

TEMPUS

ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

ECOLOGIA DE
SABERES E
TERRITÓRIO:
INTEGRAÇÃO DO ACS
E DO ACE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE

O COTIDIANO DO
AGENTE
COMUNITÁRIO DE
SAÚDE NA ZONA
RURAL: ENTRE O
SOFRIMENTO E A
PERTENÇA
PROFISSIONAL

AGENTE COMUNITÁRIO DE
SAÚDE OU "TÉCNICO DE
ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA"?: DILEMAS
E DISPUTAS NA
PROFISSIONALIZAÇÃO



TEMPUS

ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

2021, Vol. 15, N. 01

TEMPUS



ISSN 1982-8829

© 2007 Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP)

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

REVISTA TEMPUS ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

Coordenação Editorial

Ana Valéria M. Mendonça
Elmira L. M. S. Simeão
Maria Fátima de Sousa
José da Paz Oliveira Alvarenga

Gabriela Leite Melo

Revisão

Lidia Sena Batalha Ferraz
Luana de Moura Gomes
Vanessa S. Silva

Coordenação Institucional

Unidade de Tecnologia da Informação e
Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos em
Saúde Pública – UTICS/NESP/UnB

Diagramação e Publicação

José Rafael Cutrim Costa
Luanna Beatriz Lopes dos Santos de Almeida
Larissa Barros Mendes

Equipe Técnica de TI

João Paulo Fernandes da Silva
Júlio César Cabral

Editores Científicos

José da Paz Oliveira Alvarenga
Maria Fátima de Sousa

Revisão de Citações e Referências

Mônica Regina Peres (coord.)
Lidia Sena Batalha Ferraz
Luana de Moura Gomes
Vanessa S. Silva
José Rafael Cutrim Costa
Luanna Beatriz Lopes dos Santos de Almeida
Larissa Barros Mendes

Editores Consultivos

Daniela Savi Geremias
José da Paz Oliveira Alvarenga
Luana Dias Da Costa
Mônica Peres

Estagiárias Biblioteconomia

Nathalia Lima de Souza

Pareceristas *ad hoc*

Daniela Savi Geremia
Jeferson Santos Araújo

Para mais informações sobre a Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva:

Unidade de Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde Pública
SCLN 406 Bloco A, 2º andar, Asa Norte, Brasília (DF), Brasil
CEP 70847-510

Tel.: (55++61) 3340-6863

Fax: (55++61) 3349-9884

E-mail: uticsnesp@unb.br

Ficha Catalográfica - Mônica R. Peres - CBR 1339

Tempus. Actas de Saúde Coletiva / Coordenadores Ana Valéria M. Mendonça, Elmira L. M. S. Simeão, Maria Fátima de Sousa, José da Paz Oliveira Alvarenga - v. 15, n. 1. - Brasília : Editora Ecos, 2021.

Trimestral

Obra publicada em 2023 para atualização da coleção

ISSN 1982-8829

1. Saúde pública 2. Agentes Comunitários de Saúde - Periódicos. I. Brasil. Núcleo de Estudos em Saúde Pública

CDU 614(051)(817.4)



CONSELHO EDITORIAL

Coordenação Editorial

Ana Valéria Machado Mendonça, Editora Executiva - Universidade de Brasília, Brasil

Elmira Luzia Melo Soares Simeão - Universidade de Brasília, Brasil

Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília, Brasil

Editores Científicos

Ana Valéria Machado Mendonça - Universidade de Brasília, Brasil

Cláudio Fortes Garcia Lorenzo - Universidade de Brasília, Brasil

Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília, Brasil

Conselho Consultivo

Jairnilson Silva Paim, Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Magda Duarte dos Anjos Scherer - Universidade de Brasília (UnB)

Maria Cecília Minayo - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

Comissão Científica - Editores Associados

Andreia de Oliveira - Universidade de Brasília (UnB)

Aurora Cuevas Cerveró - Universidade Complutense de Madrid (UCM)

Carmen Fontes de Souza Teixeira - Instituto de Saúde Coletiva (UFBA)

Fernando Passos Cupertino de Barros - Universidade Federal de Goiás (UFG)

José da Paz Oliveira Alvarenga - Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Josivania Silva Farias - Universidade de Brasília (UnB)

Lise Renaud - *Faculté de Communication* - Université du Québec à Montréal (Canadá)

Maria Célia Delduque - Fundação Oswaldo Cruz Brasília

Maria da Glória Lima - Universidade de Brasília (UnB)

Maria Isabel Loureiro - Escola Nacional de Saúde Pública - Lisboa/Portugal

Rackynelly Alves Sarmiento - Instituto Federal da Paraíba (IFPB)

Tiago Araújo Coelho de Souza - Universidade de Brasília (UnB)

Ximena Pamela Diaz Bermudez - Universidade de Brasília (UnB)

Sumário

Editorial	5
Instrumentos de gestão no sistema único de saúde em Palmas -TO: uma análise documental e das metas da atenção básica	7
Ecologia de saberes e território: integração do ACS e do ACE na Atenção Primária à Saúde	43
Qualificação de agentes comunitários de saúde para enfrentamento da pandemia de COVID-19: um relato de experiência a partir da educação popular em saúde	69
Agentes Comunitários de Saúde em tempos de COVID-19: afetos e afecções no cuidado	92
O cotidiano do Agente Comunitário de Saúde na zona rural: entre o sofrimento e a pertença profissional	111
The quality of life of community health agents: an integrative review	129
(Re)significação das práticas tradicionais dos Agentes Comunitários de Saúde como trabalhador da saúde	152
"Comunicast": podcast como ferramenta para potencializar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde durante e após a pandemia de Covid-19	183
Saber da experiência e cuidado: o impacto das Agentes Comunitárias de Saúde na Saúde Pública	198
Conflitos éticos no cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde	223
Agente comunitário de saúde ou "técnico de enfermagem comunitária"?: dilemas e disputas na profissionalização	247
Aprendizados e desafios na vivência de discentes de enfermagem com Agentes Comunitários da Saúde: experiência de projeto de extensão	275
Percepção dos usuários sobre a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde: estudo transversal em município do Extremo Sul Catarinense	288
Educação permanente com agentes comunitários de saúde: relato de um curso de extensão universitária em Pernambuco	305

Essa edição da revista *Tempus – Actas de Saúde Coletiva* apresenta uma série de artigos que trazem à tona distintas perspectivas no mundo do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os artigos apresentam as interfaces, implicações, os saberes, as formas de desenvolvimento profissional, a resignificação das práticas, os desafios para valorização do trabalho, os instrumentos de gestão e as percepções dos usuários frente a atuação dos profissionais. Tais elementos oportunizam que esse conjunto de artigos nos instigue a refletir as relações profissionais e a importância das práticas desse profissional no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desde os anos 90 com a implementação do trabalho dos ACS na atenção primária à saúde fazendo a interlocução do serviço com a comunidade, as melhorias nas condições de acompanhamento e monitoramento da população tem apresentado resultados significativos para a população e conseqüente fortalecimento do SUS. Contudo, somente agora em 2023 as profissões de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e de Agente de Combate às Endemias (ACE) foram reconhecidas como profissionais de saúde (Lei 14.536 de 2023), decisão que envolve aproximadamente 400 mil trabalhadores entre as duas categorias.

No contexto do trabalho em saúde, esses profissionais são a linha de frente da APS, tem conhecimento de perto da realidade das comunidades e estão inseridos nela, colaborando com as práticas e cuidados mais efetivos, a partir do reconhecimento cultural e social das pessoas, que são determinantes sociais de saúde essenciais na relação saúde e doença. Esse cuidado personalizado e baseado no conhecimento local tem o potencial de promover mudanças positivas na saúde e bem-estar das pessoas atendidas, que estão representadas nos artigos que compõem esse número temático.

Os artigos apresentam como os ACS atuam como educadores e promotores de saúde ao levar informações por meio de palestras e ações de conscientização para que as pessoas possam cuidar melhor de si mesmas e do seu entorno. Para potencializar o trabalho dos agentes comunitários de saúde, especialmente durante e após a pandemia de COVID-19, o uso de ferramentas inovadoras como podcasts tem se mostrado eficaz. O "Comunicast" é um exemplo disso, permitindo a disseminação de informações relevantes, o compartilhamento de experiências e o fortalecimento do trabalho em rede, contribuindo para um cuidado mais efetivo e abrangente. São ações como essas que desempenham um papel crucial na redução dos custos e eficiência dos sistemas de saúde. Observa-se que o trabalho desenvolvido, inclusive na pandemia, permitiu a resignificação das práticas desses profissionais.

Cabe destacar também os desafios e superações enfrentados, como recursos limitados, falta de infraestrutura adequada, dificuldade de acesso em algumas residências e até mesmo violências, isso ainda pode ser mais complicado para os ACS que atuam em áreas rurais. No entanto, o cotidiano

de trabalho dos ACS também pode envolver conflitos éticos. Eles podem se deparar com situações em que precisam conciliar diferentes interesses, lidar com dilemas morais e tomar decisões difíceis. É importante fornecer suporte e orientação ética adequada para que esses profissionais possam enfrentar essas situações de forma ética e responsável, mas que também tenham clareza de suas atribuições no SUS. O que certamente vai resultar em maior satisfação dos usuários.

Conforme apontado nos artigos que compõe esse volume temático, é necessário destacar a necessidade de respeito, suporte emocional e afetivo, ofertar infraestrutura moderna para agilidade no processo de trabalho, valorização e reconhecimento desses profissionais, tanto em termos de remuneração adequada como de estratégias de educação permanente, como forma de garantir que estes estejam preparados para atender as demandas dos seus territórios. Deste modo, projetos de extensão que envolvem a vivência de discentes de enfermagem com ACS e/ou cursos de capacitação, podem proporcionar aprendizados valiosos. A troca de experiências entre estudantes e profissionais da saúde fortalece a formação acadêmica e a compreensão das realidades do trabalho comunitário, são essas experiências que contribuem para uma visão mais ampla e integrada do cuidado em saúde.

Por fim, os textos reforçam que é necessário fortalecer a parceria entre os ACS, profissionais de saúde de outros pontos da rede de serviços e a comunidade. A ecologia de saberes e territórios se mostra como uma abordagem promissora para promover a troca de conhecimentos, a colaboração e a construção conjunta de estratégias de cuidado. Entretanto, é fundamental fortalecer a pesquisa e a produção de conhecimento sobre as práticas de trabalho dos ACS e reconhecer o impacto positivo desses profissionais na saúde das comunidades. Investir em pesquisa e produção de conhecimento são passos importantes para fortalecer sua atuação, inovar e melhorar a qualidade do cuidado oferecido.

Dr^a Daniela Savi Geremia

Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFFS

Dr. Jeferson Santos Araújo

Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da UFFS

Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFFS

**Instrumentos de gestão no sistema único de saúde em Palmas -
TO: uma análise documental e das metas da atenção básica**

*Management instruments in the single health system in Palmas -
TO: a documental and basic attention target analysis*

*Instrumentos de gestión en el sistema único de salud de Palmas -
TO: análisis documental y básico del objetivo de atención*

Fabiane Santos Barros¹

Airton Cardoso Cançado²

Vânia Aparecida Rezende de Oliveira³

RESUMO:

Os municípios brasileiros são corresponsáveis pela gestão plena da Atenção primária em saúde, executada a partir das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, o qual deve executar ações de planejamento, programações, avaliação e monitoramento. Para que os serviços de saúde sejam prestados de forma a atender as necessidades da população. Para isso, a gestão utiliza os instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde, sendo eles: o Plano de Saúde, as Programações Anuais e os Relatórios de Gestão. O objetivo geral do trabalho é descrever a Atenção Básica de Palmas-TO a partir dos instrumentos de gestão dos anos de 2014 a 2017. Para isso foi realizado um estudo do tipo documental, com propósito descritivo e abordagem qualitativa. Considerou-se que a Atenção Básica tem papel primordial na execução do direito à saúde. Para isso o planejamento é fundamental, assim como a plena participação popular na elaboração do Plano de Saúde e na definição das prioridades do setor, a qual pode ser efetuada a partir do Conselho e da Conferência municipal de Saúde.

Palavras-chave: Gestão pública; Instrumentos de gestão; SUS; Atenção Básica.

¹ E-mail: fabianasantosbarros@gmail.com

² E-mail: airtoncardoso@yahoo.com

³ E-mail: vaniarezende@ufsj.edu.br

ABSTRACT:

Brazilian municipalities are co-responsible for the full management of primary health care, carried out based on the guidelines of the National Primary Care Policy, which must be carried out in planning, programming, evaluation and monitoring. So that health services are provided in order to meet the needs of the population. For this, management uses the management instruments of the Unified Health System, namely: the Health Plan, the Annual Programs and the Management Reports. The general objective of the work is described in the Primary Care of Palmas-TO from the management instruments of the years 2014 to 2017. For this purpose, a documentary study was carried out, with a descriptive purpose and a qualitative approach. Consider that Primary Care has a primary role in the execution of the right to health. For this, planning is essential, as well as popular participation in the elaboration of the Health Plan and in the definition of the sector's priorities, which can be carried out through the Council and the Municipal Health Conference.

Keywords: Public management; Management tools; SUS; Basic Attention.

RESUMEN:

Los municipios brasileños son corresponsables de la gestión integral de la atención primaria de salud, realizada en base a los lineamientos de la Política Nacional de Atención Primaria, que debe ser ejecutada en la planificación, programación, evaluación y seguimiento. Para que los servicios de salud se brinden con el fin de satisfacer las necesidades de la población. Para ello, la gestión utiliza los instrumentos de gestión del Sistema Único de Salud, a saber: el Plan de Salud, los Programas Anuales y los Informes de Gestión. El objetivo general del trabajo se describe en la Atención Primaria de Palmas-TO a partir de los instrumentos de gestión de los años 2014 a 2017. Para ello se realizó un estudio documental, con finalidad descriptiva y abordaje cualitativo. Tenga en cuenta que la Atención Primaria tiene un papel primordial en la ejecución del derecho a la salud. Para ello es fundamental la planificación, así como la participación popular en la elaboración del Plan de Salud y en la definición de las prioridades del sector, que se puede realizar a través del Concejo y la Jornada Municipal de Salud.

Palabras clave: Gestión pública; Herramientas administrativas; SUS; Atención básica.

INTRODUÇÃO

O Brasil se tornou uma federação a partir da Constituição Federal (CF/1988), sendo formado por três esferas de governo: União, estados e municípios. O processo de descentralização em saúde predominante, desde então, é do tipo político-administrativo, envolvendo não apenas a transferência de serviços, mas também a transferência de poder, responsabilidades e recursos, antes concentrados no nível federal, foi repassada aos estados e, principalmente, para os municípios¹.

Antes da CF/1988, um dos movimentos sociais que incentivou essas mudanças, foi a Reforma Sanitária Brasileira que ocorreu nos anos 70, com o intuito de reorganizar o sistema de saúde, abordar uma nova concepção sobre os determinantes sociais de saúde e o processo de saúde-doença, mudar o modelo médico-hospitalocêntrico².

A gestão municipal, idealizada pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira e contemplada pela CF/1988, pode ser compreendida como a esfera de governo mais próxima da sociedade e mais sensível aos seus anseios, dessa maneira podendo apresentar resultados mais eficazes e direcionados à população. O Sistema Único de Saúde (SUS) denomina como gestão local o conjunto de atividades desenvolvidas pelos gestores municipais, visando à operacionalização, na prática e em seus contextos sociopolítico-institucionais singulares³.

A partir de uma visão ampla pode-se localizar, no contexto da Política Nacional de Saúde, a Atenção Básica em uma trajetória de descentralização onde serviços municipais foram sendo incorporados e se tornando essenciais. A percepção de que os cuidados dispensados na Atenção Básica poderiam se configurar de forma simples perde a validade a partir da constatação de sua complexidade perante as necessidades de saúde da população, seja em nível individual ou coletivo^{4,5}.

Os serviços prestados nas unidades básicas são de baixa densidade tecnológica, mas não de baixa complexidade. Isso porque as ações prestadas nesses espaços do cuidado são bastante complexas, uma vez que requerem inúmeras habilidades, competências e conhecimentos dos profissionais que ali atuam⁶.

Os municípios brasileiros são corresponsáveis pela gestão plena da Atenção Básica, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária para sua expansão e consolidação, visando ampliar a atenção e a gestão da saúde privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado^{7,8}.

A Política Nacional de Atenção Básica foi instituída pela Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006, e atualizada em 2011 e 2017. Trata como responsabilidades comuns a todas as esferas de governo, ações de planejamento, programações, avaliação e monitoramento. Para que os serviços de saúde sejam prestados de forma a atender as necessidades da população⁹.

Neste sentido a Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, estabelece três instrumentos interligados sequencialmente para o planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo eles: o Plano de Saúde, as Programações Anuais e os Relatórios de Gestão. Dentro desses instrumentos a saúde está dividida em três níveis, Atenção Básica, especializada e hospitalar¹⁰.

O Plano de Saúde é o instrumento central do planejamento e implementação das atividades no setor saúde em cada esfera de governo para o período de quatro anos, a partir desse plano, são definidas anualmente as ações que serão desenvolvidas no setor saúde (programação anual), e ao final de cada ano é elaborado o relatório de gestão para apresentar os resultados alcançados durante aquele ano¹⁰.

Nesses instrumentos existem quadros de metas prioritárias, formados a partir dos indicadores, elas são realinhadas na programação anual e servem como base para elaboração do relatório de gestão (BRASIL, 2014). Tais instrumentos são comuns às três esferas, mas especialmente importantes na

gestão municipal do SUS pelas características de descentralização e do planejamento ocorrer de forma ascendente do nível local até o federal^{10, 11}.

Estudos sobre a temática foram realizados principalmente no que diz respeito à comparação desses instrumentos entre municípios, como o estudo de Nunes¹², que fez uma análise comparativa dos Planos Municipais de Saúde vigentes dos municípios da Região de Saúde de Nanuque-MG, a fim de evidenciar a conformidade desses instrumentos com o disposto na legislação de planejamento do SUS.

Nascimento e Egry¹³ realizaram um estudo com quatro municípios a fim de identificar potencialidades e limites do Plano Municipal de Saúde como instrumento de gestão ao reconhecimento das necessidades em saúde e das vulnerabilidades dos grupos sociais. Concluiu que todos os cenários apresentaram dificuldade de identificação de grupos sociais, vulnerabilidades e necessidades diferenciados, impossibilitando gestão em saúde em prol da equidade e da integralidade na atenção.

Entretanto, essa pesquisa está mais alinhada à de Terhorst¹⁴, quando o autor analisou os Relatórios Anuais de Gestão referentes aos anos entre 2014-2017, comparando-os ao Plano de Saúde (2014-2017) do Município de Alto Alegre/RS visando verificar se as metas propostas foram cumpridas totalmente, parcialmente ou se não foram cumpridas.

A diferença é que neste estudo o foco é a análise das metas no primeiro nível de atenção, a Atenção Básica. A escolha pela Atenção Básica se dá porque o âmbito municipal é o responsável pela sua coordenação, dentro de seus limites territoriais, exercendo ações de organização, execução e gerência dos serviços de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente⁹.

O objetivo geral do trabalho é descrever a Atenção Básica de Palmas-TO a partir dos instrumentos de gestão dos anos de 2014 a 2017.

Especificamente o trabalho se propõe: realizar análise comparativa dos instrumentos entre o que foi planejado e executado e identificar as estratégias que foram utilizadas para o cumprimento das metas.

O recorte temporal (2014-2017) foi definido por se tratar do último Plano Municipal de Saúde. Segundo a Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, o Plano de Saúde é definido para o período de quatro anos e a partir desse plano, são definidas anualmente as ações que serão desenvolvidas no setor saúde (programação anual), e ao final de cada ano é elaborado o relatório de gestão para apresentar os resultados alcançados durante aquele ano¹⁰.

Este trabalho se justifica pela necessidade de reconhecer as ações da Atenção Básica do município de Palmas-TO, a partir dos instrumentos de gestão. Ele está dividido em quatro seções com esta introdução, sendo elas: metodologia e lócus de pesquisa, resultados/discussão e considerações finais.

1 Metodologia e Lócus de pesquisa

Trata-se de um estudo do tipo documental, com propósito descritivo e abordagem qualitativa, segundo Flick¹⁵ perante a perspectiva da existência de diferentes enfoques teóricos, epistemológicos e metodológicos, localiza-se na pesquisa qualitativa características comuns na forma como ela é feita, neste sentido o autor enfatiza que pesquisadores qualitativos estão interessados em ter acesso a experiências, interações e documentos em seu contexto natural.

Para o propósito do trabalho foram identificados quais seriam os documentos analisados, desta maneira selecionou-se um conjunto de documentos de forma analítica em consonância com o objetivo do trabalho, assim foram analisados os instrumentos de gestão no período de 2014 a 2017, disponibilizados no sistema SARGSUS (Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão), sítio de acesso público. Ressalta-se que o Plano de Saúde e o Relatório de Gestão devem ser inseridos pelos gestores no sistema

SARGSUS, como exigência da Lei Complementar nº. 141/2012 para garantia de transparência e visibilidade da gestão pública da saúde¹⁶.

Os documentos analisados foram: o Plano Municipal de Saúde Palmas/TO e suas revisões, Programação anual de Saúde e Relatório de Gestão, dos períodos de 2014-2017. Esses documentos se caracterizam como de natureza secundária e, sobretudo por serem de domínio público, a apreciação por um Comitê de Ética em Pesquisa foi dispensada para a execução deste estudo.

Tabela 1 – Documentos analisados:

Documentos Analisados		Parecer de aprovação			
01	Plano Municipal de Saúde / plurianual 2014-2017	Resolução (12/02/2014)	CMS	nº	02
02	1ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (2015)	Resolução (02/03/2015)	CMS	nº	02
03	2ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (2016)	Resolução (30/11/2015)	CMS	nº	26
04	3ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (2017)	Resolução (11/01/2017)	CMS	nº	02
05	Programação Anual de Saúde 2014	Resolução (19/02/2014)	CMS	nº	04
06	Programação Anual de Saúde 2015	Resolução (02/03/2015)	CMS	nº	02
07	Programação Anual de Saúde 2016	Resolução (30/11/2015)	CMS	nº	27
08	Programação Anual de Saúde 2017	Resolução (11/01/2017)	CMS	nº	01

09	Relatório Anual de Gestão 2014	Resolução CMS n° 03 (31/03/2015)
10	Relatório Anual de Gestão 2015	Resolução n° 04 (22/03/2016)
11	Relatório Anual de Gestão 2016	Resolução n° 31 (25/05/2017)
12	Relatório Anual de Gestão 2017	Resolução n° 05 (01/11/2019)

Fonte: Dados do Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS)¹⁷.

Para análise dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo conforme preconizado pela metodologia de Bardin, que, por meio da hermenêutica crítica, estrutura a elaboração e a análise de unidades de significado com o objetivo de sistematizar a captura da essência do fenômeno¹⁸.

Esta técnica se compõe de três grandes etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A primeira etapa é a fase de organização e intuições, onde devemos escolher os documentos que serão submetidos à análise, a formação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final. Na segunda etapa os dados são codificados a partir das unidades de registro. Na última etapa os resultados são tratados de maneira a serem significativos e válidos¹⁸.

Quanto aos aspectos éticos desta pesquisa, conforme Resolução n° 510 de 07 de abril de 2016, parágrafo único. “Não serão registradas nem

avaliadas pelo sistema CEP/CONEP^{4*}: II - pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei n° 12.527, de 18 de novembro de 2011”¹⁹.

A cidade da pesquisa, Palmas, está localizada no estado do Tocantins e pertence à região de saúde Capim Dourado, a população estimada pelo último censo, foi de 228.332 pessoas (IBGE, 2020). Possui atualmente, cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 34 Unidades Básicas de Saúde²⁰.

Apresenta 67.6% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 79.9% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 31.3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Em 2018, o salário médio mensal era de 3.9 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 48.3%²¹.

2 Resultados e discussão

Após a análise dos dados, os resultados foram divididos em três categorias, sendo elas: “Construção do Plano Municipal de Saúde”, “Análise das metas” e “Políticas públicas municipais de saúde”, conforme descrito a seguir.

A primeira categoria teve o intuito de descrever quais os principais dados utilizados na elaboração do plano. Já a segunda, se caracteriza pela síntese das metas utilizadas durante esse período de quatro anos (2014-2017) de execução do último plano de saúde do município. E a terceira, apresentou os principais programas e projetos utilizados pelo município para cumprir as metas estabelecidas.

^{4*} O Brasil conta com um reconhecido sistema de avaliação ética de pesquisas envolvendo seres humanos, vinculado ao Conselho Nacional de Saúde, constituído pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e pelos diversos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) distribuídos por todas regiões do País, criados em 1996, pela Resolução 196²².

Os resultados aqui apresentados contemplam, inicialmente, a análise da estrutura do Plano Municipal de Saúde com ênfase na descrição dos seus elementos constitutivos. Em seguida, apresentam a análise das metas instituídas para a atenção básica levando em consideração o Plano Municipal de Saúde, a Programação anual e o Relatório de Gestão e na última categoria, as principais propostas políticas de intervenção utilizadas para o alcance das metas.

2.1 Construção do Plano Municipal de Saúde

Nesta categoria foram analisadas a estrutura do Plano Municipal de Saúde e suas três revisões (2015, 2016 e 2017), porém podemos notar que apenas a segunda e a terceira revisão estavam com todas as páginas no SARGSUS, os quais constam a maioria das informações que serão descritas, no que diz respeito a elaboração desse instrumento de acordo com o que é preconizado pelo SUS.

O foco em se tratar inicialmente do Plano de Saúde é por ser o instrumento central de planejamento no período de quatro anos¹⁰. Garcia e Reis²³ citaram três eixos a partir da Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, para a elaboração do Plano de Saúde: condições de saúde da população, determinantes e condicionantes de saúde e gestão em saúde.

No primeiro eixo, é necessário levantar informações sobre o perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico da população, o segundo eixo está relacionado à identificação das relações intersetoriais que se configuram determinantes e/ou condicionantes da situação de saúde ou da atenção à saúde, desenvolvidas nas respectivas esferas de governo. A partir dessa identificação, caberá analisar a integração do setor de saúde nos espaços de formulação, implementação e monitoramento das políticas públicas e no terceiro, estarão compreendidos o planejamento, a descentralização/regionalização, o

financiamento, a participação social, a gestão do trabalho e da educação em saúde, a infraestrutura e a informação em saúde^{10,23}.

Palmas é a capital e também a maior cidade do estado do Tocantins. Foi fundada em 20 de maio de 1989, logo após a criação do Tocantins pela Constituição de 1988. A população do município de Palmas/TO é caracterizada por residentes predominantemente urbanos, sendo, em sua maioria, na raça/cor parda²⁰.

Somente com a compreensão dos problemas e necessidades de saúde, no contexto de vida e trabalho dos indivíduos e das populações, no lugar onde vivem, é possível estabelecer ações de prevenção e promoção da saúde. Para isso, torna-se imprescindível que se realize um diagnóstico de situação de saúde no território²⁴.

De modo esse item apresenta aspectos relevantes para o conhecimento da realidade de saúde do município de Palmas, entretanto, algumas ponderações precisam ser apontadas, em especial no que refere à forma de expor as informações e na configuração da estrutura e clareza de alguns aspectos.

No plano foram expostos os aspectos demográficos da cidade, como a quantidade de pessoas, sexo, faixa etária, moradia, esses descritos de forma clara e sucinta, já no que diz respeito ao perfil epidemiológico, podemos notar muitas informações que não são relevantes e que deixaram o documento extenso, como a conceituação e a descrição de diversas doenças.

Neste item foram verificadas se as informações epidemiológicas foram utilizadas para identificação, descrição e priorização de problemas de saúde da população, bem como se as informações político-administrativas foram utilizadas para identificação de problemas do sistema de saúde.

Para isso, foi importante destacar a utilização do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), para a descrição dos dados sobre morbidade e mortalidade. Esse sistema tem o objetivo de coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de

Vigilância Epidemiológica, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória. Sua utilização permite o conhecimento da magnitude dos agravos de notificação, além de ser um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, e permitir que seja avaliado o impacto das intervenções²⁵.

Importante destacar que na análise das doenças também houve caracterização das unidades que estavam com o maior número de casos, o que colabora com o planejamento dos planos de ações.

Tudo isso tem sua importância, mas o fato de enveredar para outros aspectos como, por exemplo: definição conceitual de doenças e agravos, sintomatologia clínica, manejo clínico e protocolos clínicos de assistência, conceitos de algumas ciências da saúde e fluxos de processos de trabalho, certamente, concorreram para a diminuição do mérito da análise, porquanto produziu uma caracterização exaustiva e de leitura cansativa. Além do mais, não há registro informando qualquer exercício de priorização de problemas a partir de critérios válidos, e que implique em fazer escolhas a partir de um olhar crítico e racional sobre um determinado conjunto de problemas pré-selecionados.

A partir desse olhar, podemos citar que entre as principais morbidades da cidade, estão as doenças do aparelho circulatório, leishmaniose visceral, hanseníase, sífilis e a dengue.

Quanto aos dados de mortalidade, em Palmas a frequência da mortalidade difere do nacional, sendo que, as causas de maior mortalidade no Brasil são em ordem decrescente: doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas. Sabe-se que as transformações na estrutura de causas de morte, por sua vez, têm afetado o padrão etário da mortalidade da população. Isso ocorre especialmente nos locais onde os óbitos por causas externas têm grande representação. Em Palmas no ano de 2014, (23,28%) dos óbitos foram

por causa externa, vitimando em sua maioria adultos jovens (15 a 39 anos de idade) e do sexo masculino²⁶.

No que diz respeito aos determinantes e condicionantes de saúde, a preocupação é com as condições de saúde da população, a partir dos determinantes sociais da saúde, que estão relacionados às condições de vida. Para isso há que se considerar, para além da doença e do corpo biológico, as relações familiares e sociais no território que determinam o processo saúde-doença.

Embora Palmas tenha sido uma cidade planejada, cresceu desordenada e dispersa. O impacto da fundação de Palmas atraiu migrantes de diversas regiões do Brasil por sua posição geográfica, fazendo fronteira com seis outros estados²⁷. Segundo o IBGE²⁰ predominam em Palmas migrantes vindos principalmente da região norte e nordeste.

Nesse sentido, em 2015 foi apresentado o Plano de Ação para Palmas “Palmas Sustentável”, dando um importante passo para a transformação de Palmas em uma cidade que se desenvolva de forma sustentável. O plano é resultado da participação da cidade no Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e na Caixa Econômica Federal Iniciativa para Cidades Emergentes Sustentáveis (ICES)²⁶.

No conjunto dos determinantes sociais de saúde, destacamos alguns que impactam diretamente na qualidade de vida da população e determinadas condições de risco à saúde humana, como bons índices de desenvolvimento humano e indicadores socioeconômicos igualmente positivos. De acordo com o Atlas de Desenvolvimento Humano, Palmas registrou a maior taxa de crescimento no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre todas as 27 capitais do País no período entre 1991 e 2010²⁸.

Quanto à educação, segundo os resultados do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB/MEC o município de Palmas apresenta melhora no seu resultado ao longo do tempo²⁸.

O sistema de esgotamento sanitário do município de Palmas está restrito a sede do município e apenas 52% das moradias estão ligadas a rede de esgoto. Os Distritos de Buritirana e Taquaruçu não dispõem de sistema de esgotamento sanitário, como também a população rural, em sua franca maioria não dispõe do tratamento adequado de efluentes domésticos. Vale ressaltar que o sistema de esgotamento instalado conta com a coleta e o respectivo tratamento, ou seja, todo esgoto coletado é tratado²⁸.

Em decorrência do clima da cidade, as condições do ar na cidade na época da seca, necessitam de atenção aos efeitos no meio urbano dos incêndios na serra, entre outros locais, devido aos ventos predominantes. Ocorrem também queimadas urbanas, devido à prática de queima de resíduos sólidos e também da utilização do fogo para limpeza dos terrenos²⁶.

Em relação às condições de trabalho, a Vigilância em Saúde do Trabalhador de Palmas possui uma equipe multiprofissional capacitada para atuar na área, dentre eles profissionais de nível médio e superior. Em Palmas, no período de 2007 a 2015, destacam-se os acidentes de trabalho graves (1.334), seguidos de acidentes com exposição a material biológico (709) e as intoxicações exógenas (317)²⁶.

Quanto à gestão em saúde, foram descritos o quadro de servidores que atuam no município, as ações da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (educação permanente, residências, integração ensino-serviço), detalha como ocorre o planejamento e o financiamento e descreve os recursos financeiros e orçamentários previsto, sistema de auditoria e os compromissos da gestão, avaliados e divulgados anualmente pelo relatório de gestão²⁶.

No município existe o Conselho Municipal de Saúde e Conferência de Saúde, conforme a Lei 8.142/1990. Importante destacar que o plano traz um resumo da última conferência municipal de saúde, o que traz mais subsídios para a formulação das metas.

As normas preceituam que o desdobramento do plano se dê por meio da programação das ações de saúde, que tem o propósito para cada ano de

vigência do plano, detalhar os objetivos, diretrizes e metas, bem como os recursos previstos. Esses estão expostos em documentos separados, feitos anualmente.

O planejamento é uma ferramenta indispensável, possui função estratégica para ampliar a capacidade resolutiva do SUS, portanto, assume papel vital para o direcionamento de ações a fim de atingir resultados integrados.

Tabela 2 – Resumo das principais informações na construção do Plano Municipal de Saúde (2014-2017)

A construção do Plano Municipal de Saúde de Palmas-TO	
Áreas e Problemas	Ações
Informações epidemiológicas	Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) .
Mortalidade, em Palmas	As transformações na estrutura de causas de morte.
Determinantes e condicionantes de saúde	Relações familiares e sociais no território que determinam o processo saúde-doença.
Plano de Ação para Palmas e desenvolvimento de ordenamento urbano	Iniciativa Cidades Emergentes Sustentáveis (ICES) do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Caixa Econômica Federal.
Determinantes sociais de saúde	Bons índices de desenvolvimento humano e indicadores socioeconômicos igualmente positivos.

	Alta taxa de crescimento no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).
Educação	Bons resultados do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB/MEC.
Sistema de esgotamento sanitário	O sistema de esgotamento instalado conta com a coleta e o respectivo tratamento, ou seja, todo esgoto coletado é tratado.
Clima da cidade	Necessitam de atenção na época da seca.
Condições de trabalho	Vigilância em Saúde do Trabalhador de Palmas possui uma equipe multiprofissional capacitada para atuar na área.
Gestão em saúde	Ações da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas. Conselho municipal de saúde e conferência de saúde.

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Palmas-TO 2014-2017²⁹.

2.2 Análise das metas

A partir do diagnóstico da situação de saúde do município, para a Atenção Básica foi instituído como objetivo: fortalecer a Atenção Básica com prioridade na Estratégia Saúde da Família através do acompanhamento, avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas pelas equipes de acordo com os ciclos de vida: criança, adolescente, idoso, mulher e homem e das áreas técnicas da saúde escolar, prisional, alimentação especial e dos sistemas de

informação, da organização e gestão do serviço e qualificação da prática clínica, garantindo melhoria no acesso e qualidade da assistência à saúde da população de Palmas – TO.

Os objetivos expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados e as metas são expressões quantitativas de um objetivo, estas concretizam o objetivo no tempo, esclarecem e quantificam o que vai ser feito, para quem vai ser feito e quando vai ser feito³⁰.

Tabela 3 – Comparativo das principais metas da Atenção Básica:

ANO	METAS ATINGIDAS	METAS NÃO ATINGIDAS
2014	Construção de unidades, ampliação da cobertura da ESF, ESB, implantação do NASF, capacitação profissional, implantação de protocolos clínicos, utilização da caderneta de saúde do adolescente, ações para as pessoas idosas, ações preconizadas pela política nacional de atenção integral à saúde do homem, ações para saúde da mulher e diminuição da proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (PALMAS 2014).	Evento de mostra de experiências exitosas da ESF, aumento da proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal tendo em vista a implementação das ações da Rede Cegonha, manter o número de óbitos maternos anualmente, aumentar para 50% o percentual de partos normais, realizar anualmente atividades educativas sobre alimentação saudável em todas as USF, ampliar a proporção de acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiários com perfil saúde do Programa Bolsa Família e redução da taxa de mortalidade infantil.
2015	Ampliação da cobertura populacional atendida pela Atenção Básica e saúde bucal, implantação de equipes do NASF, implementação anual dos serviços referentes aos testes rápido de HIV, gravidez e sífilis em todas as UBS, implantação de ações	Construção, ampliação e reforma de 45 unidades de saúde, manter anualmente menor ou igual a três o número de óbitos maternos, ofertar capacitação contínua para todos os profissionais que atuam na ESF e ESB, ampliar a oferta dos serviços de coleta de material para realização de

	<p>preconizadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, realização de pelo menos sete consultas de pré-natal, ampliação da proporção de acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiários com perfil saúde do programa bolsa família, atendimento de consultas médicas na Atenção Básica referente à saúde de todos os adolescentes vivendo em conflito com a lei, em sistema de internação e internação provisória.</p>	<p>triagem neonatal, realizar um evento anualmente de mostra de experiências exitosas da ESF, implantar três equipes do Programa do Serviço de Atenção Domiciliar, sendo duas equipes multidisciplinar de atenção domiciliar e uma equipe multidisciplinar de apoio, implantar e implementar grupos de gestantes com enfoque em todas as unidades, ampliar anualmente em 10% o número de equipes de saúde da família participantes do Programa Saúde na Escola, diminuir a proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica, proporção de exodontia em relação aos procedimentos e a proporção de parto normal.</p>
<p>2016</p>	<p>Ampliação da cobertura populacional atendida pela Atenção Básica e saúde bucal, manutenção anual da razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade, aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal, manter anualmente menor ou igual a três o número de óbitos maternos, reduzir a taxa de mortalidade infantil, construir unidades de saúde, garantir anualmente a implantação, implementação, assessoria, avaliação e monitoramento dos sistemas de informação em todas as unidades, capacitar de forma integrada profissionais que atuam na ESF E EACS, proporcionar atendimento de consultas médicas na Atenção Básica referente à saúde de todos os adolescentes vivendo em conflito com a lei, em sistema de</p>	<p>Ampliação de equipes de Saúde da Família e de Saúde de saúde bucal, habilitar equipes de NASF, manter anualmente o percentual de internações por causas sensíveis à Atenção Básica, manter anualmente a proporção de acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiários com perfil saúde do programa bolsa família, aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada, reduzir do percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos, manter anualmente a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos, aumentar o percentual de parto normal, implantar novos serviços referentes aos testes rápido de HVI, gravidez, sífilis e hepatite B e C, ampliar a oferta dos serviços de coleta de material para triagem neonatal, realizar um evento</p>

<p>internação e internação provisória e manter anualmente os trabalhadores do SUS que atuam na Atenção Básica.</p>	<p>anualmente de mostra de experiências exitosas da ESF, implantar em cinco novas unidades básicas os protocolos clínicos e de organização da Atenção Básica direcionados aos ciclos de vida, ampliar o número de unidades participantes do programa saúde na escola, garantir o acesso aos serviços de saúde no âmbito ambulatorial, nas unidades de saúde de referência para atendimento de toda população prisional.</p>
<p>2017</p> <p>Realização de pelo menos dois testes de sífilis nas gestantes usuárias do SUS, redução da incidência de sífilis congênita, aumento do acesso ao diagnóstico da hepatite C, aumento da proporção de contatos intradomiciliares examinados de casos novos de hanseníase, manutenção anual do número absoluto de óbitos por arbovírus (Dengue, Zika Vírus e Febre de CHIKV), realização anual de busca ativa de casos de tracoma em escolares da rede pública e acompanhamento dos casos, controlar a Incidência Parasitária Anual da malária autóctone, reduzir a taxa mortalidade prematura (30 a 69 anos) por Doenças do Aparelho Circulatório, Neoplasias, Diabetes mellitus, Doenças Respiratórias Crônicas, Ampliação das coberturas vacinais adequadas do calendário básico de vacinação da criança, realização de pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue em 80% dos imóveis,</p>	<p>Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, ampliar a realização de exames anti-HIV casos novos de tuberculose, ampliar o número de testagem para hepatite B (HbsAg), manter a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase, manter o número de óbitos por leishmaniose visceral, aumentar o percentual de parto normal, implantar e monitorar o Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia – SIRAM, realizar testagem rápida (HIV, Sífilis e Hepatites B e C) em gestantes na primeira consulta de pré-natal.</p>

	Assessorar, avaliar e monitorar todos os sistemas de informação.	
--	--	--

Fonte: Plano Municipal de Saúde. Plurianual 2014-2017²⁹; 1ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017³¹; 2ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017²⁶; 3ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017³²; Relatório Anual de Gestão 2014³³; Relatório Anual de Gestão 2016³⁴; Relatório Anual de Gestão 2015²⁸ e Relatório Anual de Gestão 2017³⁵.

Em 2014, por se tratar da elaboração de um novo plano municipal de saúde o qual continha inicialmente trinta e nove metas, percebe-se que houve várias metas alteradas e excluídas no decorrer dos anos, comparando-as com o relatório de gestão.

Observa-se que a maioria dessas metas estão relacionadas com o binômio mãe e filho, e tem ligação direta com o pré-natal, o qual é realizado nas UBS em consultas intercaladas entre enfermeiros e médicos. O cuidado pré-natal precoce tem como grande vantagem a detecção de eventuais complicações durante a gestação e a garantia de intervenções em tempo oportuno. Já o menor número de consultas está associado à menor adequação de exames, vacinação e orientação sobre aleitamento materno e parto³⁶.

Em 2015, notou-se que o Serviço de Atenção Domiciliar é complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das equipes multiprofissionais de atenção domiciliar e equipes multiprofissionais de apoio. Será organizado a partir de uma base territorial, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida e se relacionará com os demais serviços de saúde que compõem a RAS, em especial com a Atenção Básica, atuando como matriciadores dessas equipes, quando necessário³⁷.

A proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica pode ser minimizada com um sistema de saúde centrado em uma atenção primária de qualidade e resolutiva que requer a priorização de investimentos nesse nível para garantir a efetividade das redes de atenção. Investir na atenção

primária pode implicar, em médio e longo prazo, na redução de gastos com procedimentos de alta complexidade e otimização do uso de recursos disponíveis³⁸.

Na atualização do plano municipal de saúde em 2016, mostra-se a importância do acompanhamento dos beneficiários do programa bolsa família está em monitorar o calendário vacinal e o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de sete anos, assim como o acompanhamento do pré-natal das gestantes, busca-se assegurar o direito constitucional à saúde, além de contribuir para a prevenção ou redução de problemas como desnutrição, obesidade infantil e mortalidade materna e infantil³⁹.

O acompanhamento regular das populações mais pobres permite identificar as mais vulneráveis e que apresentam dificuldades em ter acesso a esses serviços. Com base nessas informações, o poder público pode atuar na garantia desse acesso, por meio da ampliação da cobertura da atenção primária, direcionando ações às especificidades identificadas³⁹.

Já o programa saúde na escola é reconhecido como cenário privilegiado para práticas promotoras da saúde, preventivas e de educação para a saúde. As ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos realizadas visam a garantir oportunidade a todos os educandos de fazer escolhas mais saudáveis e de serem protagonistas do processo de produção da própria saúde fomentando uma gestão coletiva e participativa das ações, buscando garantir educação e saúde integrais com base na participação dos profissionais, dos educandos e da comunidade³⁶.

No último ano do quadriênio, a terceira revisão e seguindo a avaliação do relatório anual de gestão, houve aumento das metas para sessenta e duas, destas, quarenta e nove foram atingidas, citaremos aqui principalmente as que não estavam nas metas dos anos anteriores.

Um dos grandes avanços da Atenção Básica em Palmas-TO durante esse quadriênio foi alcançar a cobertura de 100% da população com equipes de saúde da família. A expansão da ESF, em mais de duas décadas, tem favorecido

a equidade e a universalidade da assistência. Entretanto, não se pode admitir, somente pelas estatísticas da expansão do número de equipes, que o acesso a uma assistência integral deixou de ser um problema no cotidiano dos serviços⁴⁰.

Ao analisar o último ano, podemos notar muitas mudanças nas metas, sendo relevantes ao perfil epidemiológico da cidade, principalmente no que diz respeito à hanseníase, tuberculose e a dengue. Em tempos de combate ao mosquito *Aedes aegypti*, que além da dengue, transmite a Febre chikungunya e o Zikavirus, essa meta precisa ser colocada em prática e monitorada com rigor pelo poder público.

Pode-se considerar que a mudança das metas no ano de 2017, podem estar ligadas com a maior participação da sociedade e com a utilização dos sistemas de informação, as quais podem ser observadas e projetadas de acordo com a real necessidade da população. Os interesses dos grupos sociais devem ser incluídos na arena da política pública, na medida em que o Estado tem um papel fundamental na formulação das políticas e na garantia dos direitos, como no papel de provedor, regulador e financiador dos serviços⁴¹.

Durante esses quatro anos não foi realizado no município evento de mostra de experiências exitosas da ESF, o que venha a ser um déficit por não ter a oportunidade de mostrar para a sociedade as ações que estão sendo desenvolvidas.

No âmbito das políticas públicas urbanas a falta efetiva de controle social tem gerado distorções na efetividade dos planos de ação governamental propostos e implementados. A falta de estabilidade no cargo do gestor ou do técnico em planejamento também contribui para a desvalorização do planejamento estratégico e dos instrumentos de gestão⁴².

2.3 Políticas públicas municipais de saúde

“As políticas públicas são guiadas por diretrizes prioritárias que, por sua vez, norteiam as sub políticas, programas e mudanças incrementais dela

decorrentes”⁴³. Para que houvesse o cumprimento das metas, foi necessária a implantação de mudanças, dadas a partir de políticas públicas, realizadas principalmente em forma de projetos e leis.

Um dos indicadores definidos no plano nacional e municipal tem como foco a saúde da criança, o município seguiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC instituída em 2015, e entre as ações desenvolvidas a partir desse período foram: realização da semana do bebê, fortalecimento dos atendimentos de puericultura, através da disponibilização de material educativo, realização de ações educativas, monitoramento e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças e monitoramento dos 27 postos de coleta ativos da Triagem Neonatal.

A integralidade da atenção à criança é um processo em construção na Atenção primária brasileira, a qual tem encontrado terreno mais fértil nos serviços da ESF. As crianças que se encontram dentro da faixa etária de zero a dois anos de idade apresentam um acompanhamento especial chamada puericultura, que é realizado pela equipe de saúde⁴⁴.

Para a efetivação das ações e dos serviços de saúde, é importante que haja o conhecimento da área de abrangência. A territorialização da saúde é preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como pressuposto para a organização das práticas e ações de saúde da ESF, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço⁹.

Uma importante mudança na capital foi à organização territorial, com o objetivo de promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção preventiva, contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária e eficiência

econômica, visando à estruturação de um sistema integrado de seguridade e proteção social no município⁴⁵.

Essa mudança começou a criar forma a partir do Decreto Nº 1.254, de 2 de junho de 2016, que apresentou a nova estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, objetivando a implementação da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS), conforme Portaria Nº 518/SEMUS/GAB de 14 de junho de 2016. Com a implantação da RAVS, as Unidades Básicas de Saúde passaram a ser denominados Centros de Saúde da Comunidade (CSC), e compõem, junto com os demais pontos de atenção à saúde, oito territórios de saúde, sendo eles:

Quadro 1 – Territórios de Saúde de Palmas-TO:

Regiões de saúde	CSC
Território de Saúde Kanela	CSC 307 Norte, CSC 403 Norte, CSC 405 Norte, CSC 409 Norte, CSC 503 Norte e CSC 603 Norte.
Território de Saúde Apinajé	CSC 406 Norte, CSC 508 Norte, CSC Loiane Moreno e CSC 108 Sul.
Território de Saúde Xambioá	CSC 207 Sul, CSC 403 Sul, CSC 712 Sul e CSC 806 Sul.
Território de Saúde Krahô	CSC Albertino Santos, CSC Sátiro Alves, CSC Valéria Martins e CSC 1304 Sul.
Território de Saúde Karajá	CSC Eugênio Pinheiro, CSC Aurenny II, CSC Novo Horizonte, CSC Liberdade e CSC Alto Bonito.
Território de Saúde Javaé	CSC Bela Vista, CSC Santa Bárbara, CSC José Hermes, CSC Morada do Sol, CSC Santa Fé.
Território de Saúde Xerente	CSC Laurides, CSC Taquari e CSC José Lúcio.
Território de Saúde Pankararú	CSC Taquaruçu, CSC Mariazinha, CSC Walterly (Taquaruçu Grande).

Fonte: Estrutura da RAVS/Palmas-Rede de Atenção e Vigilância em Saúde de Palmas⁴⁵.

Para que fosse realizada essa divisão territorial foi produzido um diagnóstico situacional dos territórios de saúde que compõem a RAVS, com o objetivo de caracterizar a população e identificar seus problemas de saúde, para avaliação do impacto das ações desenvolvidas e fundamentar o planejamento estratégico situacional, buscando ações de saúde mais focais e efetivas em relação aos problemas encontrados⁴⁵.

A identificação dos problemas e necessidades de saúde da população deve ser feita realizando um diagnóstico da situação de saúde, que deve ser mais que uma lista de doenças e causas de morte. Não é possível realizar prevenção e promoção da saúde sem considerar o território e a vida cotidiana, que conformam os determinantes da saúde²⁴.

O território é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais, que promovem as condições particulares para a produção de doenças. Vai além de uma extensão geométrica, mas também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa como um espaço em permanente construção. Com a intenção de organizar a atenção primária em saúde, a demarcação de territórios é uma prática que permite regular e estabelecer regras para a atuação das equipes⁴⁶.

Outra prática para organizar o acesso à saúde pressupõe ações de ampliação da cobertura e a qualificação do acesso, tanto para grupos específicos, quanto para a demanda espontânea, incluindo a capacidade dos serviços de conhecer e atuar, considerando as necessidades de saúde das pessoas e comunidades, de forma cooperativa, participativa e inclusiva, efetivando a saúde como direito de cidadania⁴⁷.

Os atendimentos na Atenção Básica ocorriam de acordo com a agenda dos programas. Em 2016 foi implantado em 100% das unidades de saúde, o projeto “Palmas para Quem Acolhe”, que visava o acolhimento à demanda espontânea nas unidades de saúde da família de Palmas-TO com o objetivo de buscar a melhoria do atendimento prestado aos usuários, bem como, para

organizar os serviços e delinear fluxos de atendimento gerando acessibilidade e resolutividade. Para que o projeto pudesse ter eficácia, foi necessária a realização de capacitações com os profissionais e o acompanhamento, visando conhecer os resultados e melhorias.

Os processos de trabalho nas UBS devem ser definidos não para oferecer no balcão um cardápio de serviços de saúde, mas pelas demandas do território, reconhecendo a complexidade dos problemas e necessidades de saúde da população, que são socialmente produzidos, determinados e condicionados por fatores de ordem biológica, psicológica, cultural, econômica e política, relacionados à vida cotidiana, às condições estruturais da sociedade e a processos da globalização²⁴.

Para isso foi necessária uma mudança no fluxo de atendimentos e no modelo de agendamentos. Entre as principais mudanças, podemos citar a agilidade ao atendimento a partir da análise, usando como ferramenta um protocolo pré-estabelecido, que determina o grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção com foco na complexidade clínica e não na ordem de chegada; nenhum paciente sair sem resposta, ou seja, que ele seja acolhido e mesmo que não seja da área da abrangência, mas se depois de avaliado estiver com necessidade de atendimento imediato, que ele seja atendido e contra referenciado para a equipe de abrangência.

Ou seja, o principal foco dessa mudança do atendimento é a inserção do acolhimento com ênfase no atendimento à demanda espontânea, o qual contribui para a ampliação da clínica e contrapõe a ideia da atenção primária com foco apenas nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos⁴⁸.

Na pesquisa de Menezes *et al*⁴⁷, preconiza-se que a agenda seja formulada e compartilhada com base nas necessidades de saúde da população, contemplando as ações para grupos específicos e para demanda espontânea. O acolhimento, focado na demanda espontânea, é orientado a ser desenvolvido de forma humanizada, durante todo o período de funcionamento da unidade, com escuta qualificada, classificação de risco e vulnerabilidades, com

utilização de protocolos e definição de critérios para agendamento de consultas. Onde todas as pessoas sejam atendidas sem exclusões e preconceitos.

O fortalecimento da ESF com maior resolubilidade é o caminho para a consolidação do SUS, a partir dos territórios de vida dos sujeitos, considerando seus problemas e necessidades de saúde⁴⁹.

Outro projeto que foi instituído para universalizar o acesso, minimizar as desigualdades e discriminação foi o “Palmas para todos” instituído pela Portaria nº 12 em 24 de junho de 2016, destinado ao desenvolvimento de atividades docente-assistenciais aplicadas à pesquisa operacional de campo nos territórios de vulnerabilidade social e população prioritárias como: populações das áreas com baixa cobertura assistencial da atenção primária; população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros, áreas de extrema pobreza, ocupação urbana, rural, quilombolas; população submetida às diversas formas violência e discriminação social; população em situação de rua, de zonas de meretrício, usuários de drogas e ou substâncias psicoativas; e populações de necessidades especiais⁵⁰.

Como ações desenvolvidas destacam-se o Consultório na Rua, as atividades assistenciais nos diversos pontos de atenção à saúde, nos aparelhos sociais e equipamentos públicos nos territórios de saúde de Palmas, as ações de promoção e prevenção à saúde, o mapeamento e análises de situação de saúde de territórios e populações, e o desenvolvimento de pesquisa operacional e crítica⁵⁰.

Os objetivos do projeto eram: universalizar o acesso às populações vulneráveis a ações e serviços de saúde que visem a garantia da cidadania plena, reduzir as iniquidades em saúde, articular e desenhar uma rede de proteção, seguridade e desenvolvimento social e promover redução de danos e busca ativa de pessoas em situação de vulnerabilidade⁵⁰.

Uma das doenças emergentes e endêmicas que teve ênfase no plano municipal de saúde é a hanseníase, diante do agravo, o município foi criado pela Portaria conjunta SEMUS/FESP nº 257 de 23 de março de 2016 o Projeto

“Palmas Livre da Hanseníase”, com o objetivo de qualificar a rede de atenção à saúde aos pacientes com hanseníase⁵¹.

Dentre as ações de diagnóstico da rede de ações e serviços de saúde em seus diversos níveis de atenção, que atendem aos pacientes com hanseníase e seus comunicantes, avaliação amostral em toda a rede de Atenção Básica de: casos novos; comunicantes, casos em tratamento, casos de reações hansênicas, casos de alta, avaliação de pós-alta, avaliação de suspeitas de recidiva e insuficiência terapêutica, avaliação do perfil de competências em atenção a pacientes com hanseníase realizada pelos profissionais da rede municipal da saúde, seminários e encontros problematizadores, monitoramento e opinião formativa por plataforma de ensino à distância da avaliação de casos da rede e elaboração de relatório. Para coordenar o projeto foi nomeado o hansenólogo Dr. Jaison Antônio Barreto⁵¹.

Monteiro *et al*⁵² avaliou a tendência dos indicadores prioritários da hanseníase antes e durante a implementação do projeto “Palmas livre da Hanseníase” os resultados mostraram que o projeto sucedeu na detecção extremamente elevada com transmissão ativa da doença. Comprovaram ainda a efetividade e potencialidade do treinamento proposto para as ações de diagnóstico e controle da hanseníase.

No ano de implementação do projeto, foram detectados 827 casos de hanseníase residentes em Palmas, sendo 648 (78,35%) casos novos e 121 (14,6%) casos que entraram para tratamento da doença por outros reingressos (insuficiência terapêutica, reinfecção e erro de classificação operacional). Mais de 90% dos diagnósticos foram realizados na Atenção Básica. Esses dados comprovaram a efetividade e potencialidade do treinamento proposto para as ações de diagnóstico e controle da hanseníase no Município de Palmas⁵².

“A qualidade das ações de controle da hanseníase realizadas pelos profissionais da Atenção Básica produz efeitos nos indicadores de monitoramento da doença”⁵³. Diante disso, um dos pilares da estratégia nacional para o enfrentamento da hanseníase 2019 – 2022 (enfrentamento da

hanseníase e suas complicações) tem como um dos objetivos, promover e fortalecer a formação e educação permanente em hanseníase na rede ensino-serviço⁵⁴.

Para o incentivo na realização desses projetos e ações, o município teve como meta nesse período o fortalecimento do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) nas equipes de saúde da família²⁶. O PMAQ é um programa de âmbito nacional que tem como objetivo promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde e ainda possibilitar a garantia de um padrão de qualidade de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde no município⁵⁵.

Palmas tinha em 2015, 49 equipes de saúde da família com adesão ao 2º ciclo do programa, onde são realizadas acompanhamento das ações propostas e dos indicadores do PMAQ com as equipes de saúde da família. Após avaliação externa realizada por técnico do MS, é realizado pagamento de gratificação aos servidores da Atenção Básica de acordo com a nota certificada pelo MS para cada equipe²⁶.

As equipes que não tiveram adesão pelo Ministério da Saúde estão sendo monitoradas pela Atenção Básica através da coordenação de Estratégia Saúde da Família com o objetivo de possibilitar que todas as equipes sejam avaliadas utilizando os mesmos parâmetros a fim de alinhar os conceitos, bem como, para buscar a manutenção de um padrão único de acesso e qualidade da atenção à saúde²⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Básica tem papel primordial na execução do direito à saúde. Para isso o planejamento é fundamental, assim como a plena participação popular na elaboração do Plano de Saúde e na definição das

prioridades do setor, a qual pode ser efetuada a partir do CMS e da Conferência de Saúde.

No CMS é realizada a monitorização das ações e a partir do relatório final das Conferências de Saúde podem ser obtidas propostas relevantes, apontadas como as principais estratégias de empoderamento que podem ser adotadas pela gestão do SUS.

Pode-se notar que no decorrer dos anos houve mudanças no plano, isso se torna necessário para a avaliação do andamento dos trabalhos, além de proporcionar correções e adaptações das estimativas do Plano, ajustando as metas. Para isso é essencial a continuidade dos planos de saúde, independente de mudanças de secretários de saúde.

Porém apenas definir metas não é o suficiente, torna-se necessário compreender os problemas e definir as políticas de saúde que a tomam como uma estratégia concreta, organizada e especificamente orientada por meio de recortes das ações e programas nas diferentes situações.

É importante destacar também sobre o processo de formação do plano plurianual, o qual deve considerar os determinantes sociais e o processo saúde doença, na identificação das necessidades em saúde dos grupos socialmente vulneráveis.

Pois a partir da construção do Plano Municipal de Saúde e demais instrumentos de gestão, os gestores do município têm a possibilidade de implementar ações necessárias para uma melhoria das condições de saúde, advindas tanto da percepção dos profissionais envolvidos quanto da população. Direta e indiretamente, estes instrumentos de gestão dão condições para a transformação da sociedade, pois abrangem ações tanto no âmbito específico da saúde quanto ações intersetoriais.

Para futuras pesquisas, sugere-se entrevistas com os gestores sobre a forma com que ocorre o planejamento e como o CMS tem atuado, a fim de verificar a forma com que a sociedade participa do planejamento e acompanha a execução das ações.

REFERÊNCIAS

- 1- Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: OLIVEIRA, Roberta Gondim de, organizadores. Qualificação de gestores no SUS. Rio de Janeiro: EAD, Ensp; 2011. p. 47-72.
- 2- Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. Hist. ciênc. saúde - Manguinhos. 2014;21(1):15-36.
- 3- Cecílio LCO, et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. RECIIS. 2007;1(2):200-07.
- 4- Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública. 2006;22(6):1171-81.
- 5- Figueiredo EN. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. UNA-SUS, UNIFESP; 2015. Available from: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf.
- 6- Gil CRR, Luiz IC, Gil MCR. Gestão pública em saúde: a importância do planejamento na gestão do SUS. EDUFMA: Maranhão; 2016.
- 7- Costa EMA, Carbone MH. Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2009.
- 8- Arcari JM, et al. Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. Ciênc. saúde coletiva. 2020;25(2):407-20.
- 9- Brasil. 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- 10- Brasil. Portaria nº 2.135/ 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- 11- Luz ABC, Pereira MF, Silva MLB. Análise dos Instrumentos de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS). In: Pereira MF, Costa, AM, Moritz GO, Bunn DA, organizadores. Gestão da Saúde Pública
- 12- Contribuições para a Gestão do SUS. vol. 3. Florianópolis: Fundação Boiteux; 2013.
- 13- Nunes LG. Um estudo do plano municipal de saúde dos municípios da região de saúde Nanuque-MG. Timóteo: Especialista em Gestão Pública; 2018.
- 14- Nascimento AB, Egry EY. Os planos municipais de saúde e as potencialidades de reconhecimento das necessidades em saúde: estudo de quatro municípios brasileiros. Saúde soc. 2017;26(4):861-71.
- 15- Terhorst VB. Análise do Plano de Saúde (2014-2017) do Município de Alto Alegre/RS com base nos Relatórios Anuais de Gestão [especialização] Porto Alegre: Especialista em Gestão em Saúde; 2019.
- 16- Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. 405 p.
- 17- Brasil. Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012: regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, 2012.
- 18- Brasil. Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão – SARGSUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. Available from: <https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=17&codTpRel=01>.
- 19- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- 20- Brasil. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016.

- 21- IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama da cidade de Palmas-TO [Internet]. Brasil: IBGE; 2020. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama>.
- 22- IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidade de Palmas-TO. Trabalho e rendimento [Internet]. Brasil: IBGE; 2018. [cited 2021 Jan 27]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama>.
- 23- Amorim KPC. Ética em pesquisa no sistema CEP-CONEP brasileiro: reflexões necessárias. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019;24(3):1033-40.
- 24- Garcia PT, Reis RS. Gestão pública em saúde: o plano de saúde como ferramenta de gestão. Universidade Federal do Maranhão. São Luís: UNA-SUS/UFMA; 2016.
- 25- Lima SC. Território e Promoção da Saúde Perspectivas para a Atenção Primária à Saúde. Jundiaí-SP: Paco editorial; 2017.
- 26- Brasil. Caderno de Análise: roteiro para uso do SINAN NET, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
- 27- Palmas (TO). Resolução CMS n° 26. 2ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Palmas-TO, 2015.
- 28- Carvalhêdo WS, Lira ER. Palmas ontem e hoje: do interior do Cerrado ao Portal da Amazônia. *Observatorium*. 2009;1(2)51-73.
- 29- Palmas (TO). Resolução CMS n° 04. Relatório Anual de Gestão 2015. Palmas-TO, 2016.
- 30- Palmas (TO). Resolução CMS n° 02. Plano Municipal de Saúde. Plurianual 2014-2017. Palmas-TO, 2014.
- 31- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) : uma construção coletiva, trajetória e orientações de operacionalização. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2009.
- 32- Palmas (TO). Resolução CMS n° 02. 1ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Palmas-TO, 2015.
- 33- Palmas (TO). Resolução CMS n° 02. 3ª Revisão Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Palmas-TO, 2017.

- 34- Palmas (TO). Resolução CMS n° 03. Relatório Anual de Gestão 2014. Palmas-TO, 2015.
- 35- Palmas (TO). Resolução CMS n° 31. Relatório Anual de Gestão 2016. Palmas-TO, 2017.
- 36- Palmas (TO). Resolução CMS n° 05. Relatório Anual de Gestão 2017. Palmas-TO, 2019.
- 37- Silva EP, Leite AFB, Lima RT, Osório MM. Avaliação do pré-natal na atenção primária no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação. *Rev. Saúde Pública.* 2019;53:43.
- 38- Brasil. Portaria n° 825/2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. 2016.
- 39- Alves JWS, Cavalcanti CGCS, Alves RSM, Costa PC. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no estado do Ceará, 2010-2014. *Saúde debate.* 2018; 42(spe4):223-35.
- 40- Brasil. Ministério da Cidadania. Guia para acompanhamento das Condicionalidades do Programa Bolsa Família. Brasília, 2020.
- 41- Viegas SMF, Penna CMM. Integralidade: princípio de vida e de direito à saúde. *Invista. educ. enferm [online].* 2015;33(2): 237-47.
- 42- Fleury S, Ouverney AM. Política de saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil. 3. reimpr.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. p. 25-57
- 43- Moura EAC. As políticas públicas urbanas brasileiras e a gestão democrática: o controle social na efetivação do direito à cidade. *Rev. Dir. Cid.* 2016;08(3):1064-95.
- 44- Oliveira VE, Couto CG. Diretrizes prioritárias e fases da implementação: como mudam as políticas públicas. In: Lotta G, organizadora. *Teoria e análises sobre a implantação de políticas públicas no Brasil.* Brasília: Enap; 2019.
- 45- Damasceno SS, et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2016;21(9):2961-73.

- 46- Palmas (TO). Secretaria Municipal de Saúde. Portaria nº 518/SEMUS/GAB, de 14 de junho de 2016. Institui a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-PALMAS).Diário Oficial do Município de Palmas, 2016 jun 1.533:12-14.
- 47- Perhouskei NA, Angelis BLD, Fonzar UJV. A organização dos serviços de saúde na práxis territorial. *Sociedade e Território*. 2015;27(1):101-116.
- 48- Menezes ELC, Verdi MIM, Scherer MDA, Finkler, M. Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso – análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020;25(5):1751-64.
- 49- Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saude soc*. 2014;23(3):869-83.
- 50- Alves MA. Reterritorialização da estratégia saúde da família em Uberlândia: ações a partir do território de vida, seus fixos e fluxos [Tese] (Doutorado em Geografia). Minas Gerais: Universidade Federal de Uberlândia; 2014.
- 51- Palmas (TO). Portaria conjunta SEMUS/FESP nº 12, de 24 de junho de 2016 Institui o Projeto de Pesquisa e Extensão “Palmas para Todos” e dá outras providências. Palmas-TO; 2016.
- 52- Palmas (TO). Portaria conjunta SEMUS/FESP nº 257 de 23 de março de 2016. Institui o Projeto “Palmas Livre da Hanseníase”. Palmas-TO, 2016.
- 53- Monteiro LD, et al. Tendências da hanseníase após implementação de um projeto de intervenção em uma capital da Região Norte do Brasil, 2002-2016. *Cad. Saúde Pública*. 2018;34(11):e00007818. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/cYSm7KhstrnQxG8phGtPtZw/>
- 54- Vieira NF, Martinez-Riera JR, Lana FCF. Qualidade da atenção primária e seus efeitos nos indicadores de monitoramento da hanseníase. *Rev. Bras. Enferm*. 2020;73(4):e20190038. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jj3JBDybbwBHSJby7GzMvPK/?lang=pt#:~:text=Acredita%2Dse%20que%20o%20fortalecimento,doen%C3%A7a%20e%20diminui%C3%A7%C3%A3o%20do%20estigma.>
- 55- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde,

Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

- 56- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Ecologia de saberes e território: integração do ACS e do ACE na Atenção Primária à Saúde

Ecology of knowledge and territory: integration of ACS and ACE in Primary Health Care

Ecología del conocimiento y territorio: integración de ACS y ACE en Atención Primaria de Salud

Isabelle Maria Mendes de Araújo¹

Luciana Maria Pereira de Sousa²

RESUMO:

Contextos de vulnerabilidades e de riscos socioambientais, que afetam grupos sociais gerando adoecimentos e agravos à saúde, demandam ações de vigilância e atenção cada vez mais articuladas e integradas no território. No SUS temos o agente comunitário de saúde e o agente de combate a endemias como atores estratégicos para o processo de territorialização, os quais, quando integrados na APS, podem contribuir na identificação de vulnerabilidades sociais e de riscos ambientais, bem como no desenvolvimento de ações de comunicação e promoção da saúde. Nesse sentido, o objetivo do estudo é compreender as convergências no processo de trabalho dos ACS e ACE à luz da ecologia de saberes, que reconhece no encontro plural de saberes a base para a intervenção na realidade. Para tal, realizamos uma revisão integrativa com base em análise documental, leis e portarias ministeriais; e, em periódicos disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde, através das bases LILACS, MEDLINE, Scielo e ColecionaSUS. Foram observados avanços no sentido das diretrizes políticas para a integração do trabalho desses profissionais, experiências de integração em diferentes cenários, principalmente na atuação conjunta no enfrentamento às arboviroses; também foram apontados desafios e fragilidades, como a necessidade de capacitações, vínculos precários, ausência de coordenação para o trabalho integrado. Concluímos que para compreendermos a integração dos ACS e ACE, faz-se necessário a observação do trabalho desenvolvido por ambos em territórios comuns e seus fazeres

¹ Doutora em Saúde Coletiva – UFRN. Docente da Escola de Saúde da UFRN. Email: isabellesaude@live.com

² Doutoranda em Saúde Coletiva – UFRN. Email: lucianamaria.nut@gmail.com

convergentes, os quais oportunizam um encontro de saberes mediados pela saúde, sendo a Atenção Primária *locus* da ecologia de saberes.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Vigilância em Saúde Pública; Agentes Comunitários de Saúde; Comunicação em Saúde.

ABSTRACT:

Contexts of vulnerabilities and socio-environmental risks that affect social groups, generating illnesses and health problems, demand surveillance and care actions increasingly articulated and integrated into the territory. In the SUS, we have the community health agent and the agent to fight endemic diseases as strategic actors in the territorialization process, which, when integrated into the PHC, can contribute to the identification of social vulnerabilities and environmental risks, as well as in the development of actions of communication and health prevention. In this sense, the study's objective is to understand the convergences in the work process of the ACS and ACE in the light of the ecology of knowledge, which recognizes in the plural encounter of knowledge the basis for intervention in reality. To this end, we carried out an integrative review based on document analysis, laws and ministerial decrees; and in journals available in the Virtual Health Library through the LILACS, MEDLINE, Scielo and ColectionaSUS databases. Advances were observed in terms of political guidelines for the integration of the work of these professionals, integration experiences in different scenarios, especially in joint action in combating arboviruses; challenges and weaknesses were also pointed out, such as the need for training, precarious links, lack of coordination for integrated work. We conclude that to understand the integration of ACS and ACE, it is necessary to observe the work developed by both in common territories and their convergent practices, which provide opportunities for a meeting of knowledge mediated by health, with Primary Care being the locus of the ecology of knowledge.

Keywords: Primary Health Care; Public Health Surveillance; Community Health Workers; Health Communication.

RESUMEN:

Contextos de vulnerabilidades y riesgos socioambientales que afectan a grupos sociales, generando enfermedades y problemas de salud, demandan acciones de vigilancia y atención cada vez más articuladas e integradas en el territorio. En el SUS contamos con el agente de salud comunitaria y el agente de combate a las enfermedades endémicas como actores estratégicos en el proceso de territorialización, que al integrarse en la APS pueden contribuir a la identificación de vulnerabilidades sociales y riesgos ambientales, así como en la desarrollo de acciones de comunicación y prevención sanitaria. En este

sentido, el objetivo del estudio es comprender las convergencias en el proceso de trabajo de la ACS y ACE a la luz de la ecología del conocimiento, que reconoce en el encuentro plural del conocimiento la base para la intervención en la realidad. Para ello, realizamos una revisión integradora basada en análisis de documentos, leyes y decretos ministeriales; y, en revistas disponibles en la Biblioteca Virtual en Salud, a través de las bases de datos LILACS, MEDLINE, Scielo y ColecciónSUS. Se observaron avances en cuanto a lineamientos políticos para la integración del trabajo de estos profesionales, experiencias de integración en diferentes escenarios, especialmente en la acción conjunta en el combate a los arbovirus; También se señalaron desafíos y debilidades, como la necesidad de capacitación, vínculos precarios, falta de coordinación para el trabajo integrado. Concluimos que para entender la integración de ACS y ACE es necesario observar el trabajo desarrollado por ambos en territorios comunes y sus prácticas convergentes, que brindan oportunidades para un encuentro de saberes mediado por la salud, siendo la Atención Primaria el locus de la ecología del conocimiento.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Vigilancia en Salud Pública; Agentes Comunitarios de Salud; Comunicación en Salud.

INTRODUÇÃO

A produção do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) se dá no território vivo¹. Contextos e situações de vulnerabilidades e de riscos socioambientais, que afetam grupos sociais gerando adoecimentos e agravos à saúde, demandam ações, cada vez mais articuladas e integradas, de vigilância e atenção à saúde². Compreende-se, neste estudo, território, na condição de cotidiano vivido, integrado ao sistema-mundo, como território-redes permeados por fluxos de diversas naturezas, externos a suas fronteiras, que os conectam ao mesmo tempo a inúmeras redes também externas ao seu espaço. Esse espaço, para além de uma delimitação geográfica, representa uma dimensão histórica, demográfica, epidemiológico, política, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção³.

Historicamente temos no SUS os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Combate a Endemias (ACE) como atores estratégicos, com saberes e fazeres singulares e específicos, atuando em territórios comuns, muitas vezes sem comunicação e desarticulados. Nesse sentido, pretende-se

abordar perspectivas para a integração do ACS e ACE na APS, traçando um paralelo com a ecologia de saberes⁴, a qual reconhece no encontro plural de saberes a base para a intervenção no real, reavaliação das intervenções e relações concretas entre a sociedade e a natureza.

No Brasil, há aproximadamente 265 mil ACS e cerca de 60 mil ACE em atuação nos territórios e na APS, inclusive com um papel estratégico no enfrentamento da pandemia pela COVID-19, envolvidos na adaptação das equipes para preservar a rotina de atividades, desenvolvimento de novas estratégias para evitar aumento de barreiras de acesso aos serviços de saúde e agravamento das desigualdades. Com as medidas de distanciamento social e a redução de atividades coletivas presenciais nas Unidades de Saúde, o processo de trabalho desses agentes converge no sentido de orientar a população nos domicílios, com objetivo de diminuir a transmissão de doenças, identificar situações de risco e auxiliar a equipe no monitoramento da situação epidemiológica e ambiental^{5,6}.

A perspectiva da ecologia de saberes aproxima-se da práxis da educação popular freiriana, a qual, segundo Vasconcelos⁷, pauta-se na relação da troca de saberes entre o saber popular e o científico, tendo como balizador ético-político os interesses das classes populares. A educação popular em saúde oportuniza a inclusão de novos atores no campo da saúde, fortalecendo a organização popular, e permite às equipes de saúde ampliarem suas práticas ao dialogar com o saber popular⁸.

No mesmo horizonte, Nunes⁹ aponta que a ecologia de saberes concebe a construção de conhecimento a partir da experiência do mundo dos grupos sociais populares; e, que a avaliação de um dado conhecimento depende do modo como ele afeta a existência dos povos numa práxis indissociável da produção, avaliação e legitimação pelos sujeitos envolvidos.

O campo da saúde coletiva também dialoga com a ecologia de saberes ao fomentar a construção compartilhada do conhecimento, construída pelos sujeitos em seus territórios, em suas experiências cotidianas, compreendidas

em articulação com ações sociais e coletivas. Sendo o ambiente uma dimensão inseparável dos sujeitos que nele vivem e dele dependem para a sua reprodução social¹⁰.

Estabelecer relação entre território, ambiente e saúde, torna-se cada vez mais importante no contexto da (re)emergência de doenças e agravos, entendendo que para haver vigilância em saúde em áreas que apresentam, por exemplo, rápida urbanização, são necessárias não somente ações de saúde, mas também políticas públicas que integrem a mobilização da sociedade, a saúde ambiental, educação, acesso à habitação, ao saneamento e à água potável¹¹.

Ao abordarmos a necessidade de ações integradas no campo da saúde, bem como o esforço da integração da Atenção Primária à Saúde (APS) e Vigilância em Saúde (VS), torna-se fundamental para os profissionais de saúde o conhecimento real do território onde atuam (determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, população de risco, situações de vulnerabilidade, territórios indígenas, quilombolas, população ribeirinha, campesina, etc) e a organização do processo de trabalho das equipes com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde-doença da comunidade².

A integração da APS e VS demanda, em especial, a identificação de processos socioambientais geradores de condições que favorecem a exposição a fatores de risco¹² e o adoecimento da população, a exemplo da situação de abastecimento e da qualidade da água para consumo humano, do saneamento ambiental, do uso de agrotóxicos, dentre outras situações. Nesse contexto, tem-se o ACS e o ACE como importantes atores no processo de territorialização, com vínculo comunitário, que podem contribuir na identificação de fatores de riscos ambientais e no desenvolvimento de ações de comunicação, prevenção e proteção da saúde.

No Guia da PNAB² é destacada a participação dos agentes nas ações de vigilância em saúde ambiental, com atuação no controle vetorial, na comunicação em saúde, no estímulo à participação da comunidade, orientando

as famílias quanto à utilização e o funcionamento dos serviços de saúde disponíveis em seu território.

Assim, para compreendermos as convergências no processo de trabalho dos ACS e ACE à luz da ecologia de saberes, objetiva-se sistematizar através de uma revisão integrativa, com base em análise documental e de periódicos, as estratégias e desafios da atuação desses profissionais de saúde na APS.

METODOLOGIA

Estudo exploratório e descritivo de revisão integrativa mediante análise documental, em leis e portarias do Ministério da Saúde, acerca das referências de convergências para a atuação integrada entre os agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias; bem como, levantamento na base de periódicos da Biblioteca Virtual em Saúde de artigos que discutam a atuação profissional do ACS e ACE.

A análise documental toma como referência inicial a Portaria n.1886/1997¹³ que institui as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família, a qual estabelece como atividade do ACS a orientação às famílias e à comunidade para a prevenção e o controle das doenças endêmicas; considera também portarias e leis posteriores até a Lei n. 13.595/2018¹⁴, a qual reformula atribuições, jornada e condições de trabalho, dispondo sobre o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.

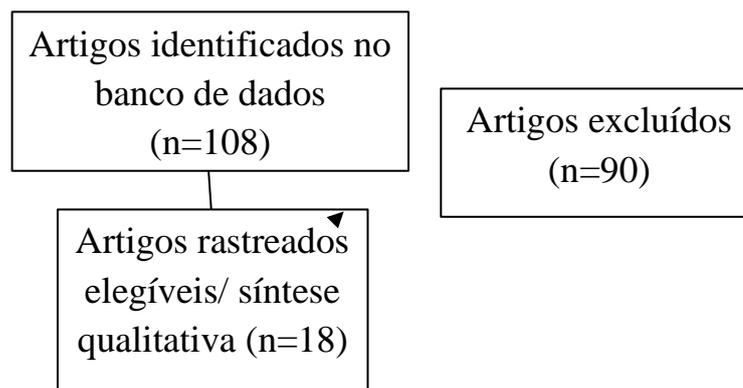
Para o alcance da revisão integrativa como método para a análise dos artigos¹⁵, desenvolveu-se as etapas: a) formulação da questão da pesquisa; b) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos na base de dados; c) definição das informações a serem extraídas dos trabalhos

selecionados; d) análise dos estudos incluídos na revisão; e) interpretação dos resultados; e f) síntese do conhecimento.

Desse modo, iniciou-se o estudo com a questão norteadora: quais as convergências no processo de trabalho dos ACS e ACE na APS?

A sistematização de artigos na base de periódicos da Biblioteca Virtual em Saúde considerou para busca os descritores, utilizando o operador booleano “AND”: (agentes) AND (ACS) AND (ACE); considerando o título, resumo e assunto; a produção disponível na BVS até 2020, publicações nos idiomas português, espanhol e inglês, Figura 1. Tendo como critérios de inclusão: textos completos e com referência à integração e/ou atuação profissional do ACS e ACE no território e na Atenção Primária. E, critérios de exclusão: artigos duplicados, monografias, instrutivos, ausência de abordagem sobre a atuação dos ACS e ACE.

Figura 1 - Seleção dos estudos



O levantamento dos artigos na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) resultou na análise de 18 artigos: 10 na base LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), 4 na SCIELO (Scientific Electronic Library Online), 2 na MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e 2 na ColecionaSUS.

Os artigos foram organizados nos seguintes itens: autores, título, ano de publicação, objetivos do estudo, tipo de estudo/abordagem metodológica e

conclusões dos artigos. Os artigos foram lidos e relidos conforme necessário e foram todos analisados de forma crítica. Este procedimento tem por finalidade garantir a validade da revisão¹⁵.

A análise e síntese dos artigos foram realizadas na forma descritiva, possibilitando ao leitor reconhecer a qualidade das evidências e tipos de estudos disponíveis na literatura sobre o tema, fornecer subsídios para a tomada de decisão e outros estudos, no que se refere a integração do ACS e ACE, além de identificar lacunas do conhecimento para o desenvolvimento de futuras pesquisas. Foram respeitados os preceitos éticos inerentes às citações e referências dos estudos utilizados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Além do histórico de lutas e auto-organização enquanto categorias profissionais, alcançando no pilar Constitucional Federal o direito a Planos de Carreiras e a regulamentação de suas atividades profissionais, os ACS e ACE incurram em diferentes aspectos na história do SUS com cada saber-fazer particular e comuns nos territórios de atuação.

Durante muito tempo, as ações de controle de endemias foram centralizadas, em especial nos anos 1970, quando o Ministério da Saúde criou a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), os trabalhadores envolvidos nas ações de controle vetorial eram chamados de ‘agentes de saúde pública’. Quando as ações de vigilância foram descentralizadas no âmbito do SUS, no final da década de 1990, coube à Funasa capacitar e ceder aos estados e municípios os agentes de endemias¹⁶.

Também nos anos 1990 há a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) pelo Ministério da Saúde, expandindo para todo o país uma experiência institucional iniciada no Ceará, onde houve atuação em escala com agentes de saúde para um plano

emergencial em regiões atingidas pela seca¹⁷; transformando em política nacional as experiências locais de agentes de saúde.

Em 1997, há a publicação da portaria nº 1.886 pelo Ministério da Saúde¹³, na qual é reconhecida o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) como importante estratégia para contribuir o aprimoramento e a consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar. Nessa portaria, percebe-se uma das primeiras referências sobre a convergência do fazer entre o ACS e ACE, ao apontar como atividade do ACS além da orientação às famílias e à comunidade, a atuação na “prevenção e o controle das doenças endêmicas”.

Todavia, apenas em 2006 com a Lei 11.350, torna-se regulamentado o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, a qual garante vinculação direta dos ACS e ACE aos entes federados, garantindo, portanto, estabilidade laboral no âmbito do SUS¹⁸.

Em 2009, o Ministério da Saúde aponta a necessidade de reorganização dos processos de trabalho e redefinição de papéis e responsabilidades desses profissionais com integração das bases territoriais¹⁹. No ano seguinte, a Portaria Ministerial GM/MS nº 1.007, de 4 de maio de 2010²⁰, reafirma a integração dos ACEs na Atenção Primária à Saúde a fim de fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família.

Mais recentemente, temos a atualização da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB²¹ em 2017, na qual são evidenciadas convergências e possibilidades da atuação integrada do ACS e ACE no funcionamento da Atenção Primária. O ACS e ACE podem compor a equipe mínima da estratégia Saúde da Família, seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes. A PNAB - 2017 orienta, ainda, que as atividades

específicas e comuns dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas, Quadro 1.

Quadro 1 - Atribuições e objetivos comuns dos ACSs e ACEs no território

Realizar Diagnóstico Demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;
Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;
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;
Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;
Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;
Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;
Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;
Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros.

Fonte: PNAB, 2017²¹.

Além dessa articulação de olhares para a compreensão do território sob a responsabilidade das equipes que atuam na APS, a integração entre as ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde concretiza-se na adoção de um

território único²¹ para ambas as equipes, em que o Agente de Combate às Endemias trabalhe em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde e os demais membros da equipe multiprofissional de APS, identificando as necessidades de saúde da população e atuando no planejamento das intervenções clínicas e sanitárias.

Ratifica também a perspectiva de integração da APS e VS, a Política Nacional de Vigilância em Saúde pela Resolução do CNS n. 588 de 2018, a qual aponta que as ações integradas de Vigilância em Saúde e de Atenção Básica são essenciais para o atendimento das reais necessidades de saúde da população. Nesse sentido, o trabalho conjunto e complementar entre os Agentes de Combate às Endemias (ACE) e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em uma base territorial comum, é estratégico e desejável para identificar e intervir oportunamente nos problemas de saúde-doença da comunidade, facilitar o acesso da população às ações e serviços de saúde e prevenir doenças²².

De acordo com a Lei n. 13.595/2018¹⁶, a qual dispõe sobre a reformulação das atribuições específicas do ACS e ACE, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada desses profissionais; e também propõe o estímulo das ações integradas da APS e VS, destaca atribuições comuns para esses atores no território. É preconizado que o ACS e ACE atuem em atividades de forma integrada, desenvolvendo mobilizações sociais a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, dentro das áreas geográficas de exercício, especialmente nas seguintes situações: I - na orientação da comunidade quanto à adoção de medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores, de medidas de proteção individual e coletiva e de outras ações de promoção de saúde, para a prevenção de doenças infecciosas, zoonoses, doenças de transmissão vetorial e agravos causados por animais peçonhentos; II - no planejamento, na programação e no desenvolvimento de atividades de vigilância em saúde, de forma articulada com as equipes de saúde da família; - na identificação e no encaminhamento,

para a unidade de saúde de referência, de situações que, relacionadas a fatores ambientais, interfiram no curso de doenças ou tenham importância epidemiológica; III - na realização de campanhas ou de mutirões para o combate à transmissão de doenças infecciosas e a outros agravos.

Nesta Lei n. 13.595/2018, entende por Educação Popular em Saúde as práticas político-pedagógicas que decorrem das ações voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, estimulando o autocuidado, a prevenção de doenças e a promoção da saúde individual e coletiva a partir do diálogo sobre a diversidade de saberes culturais, sociais e científicos e a valorização dos saberes populares, com vistas à ampliação da participação popular no SUS e ao fortalecimento do vínculo entre os trabalhadores da saúde e os usuários do SUS¹⁴. Todavia, tal entendimento, demonstra-se ainda limitado visto que na Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS)²³, Portaria n. 2.761 de 2013, reafirma-se, além dessas intencionalidades, o compromisso com a construção do projeto democrático e popular, a construção compartilhada do conhecimento, a problematização, a amorosidade e a emancipação social.

Em outra perspectiva, ampliando a revisão integrativa da literatura sobre as convergências e estratégicas de integração do processo de

trabalho do ACS e ACE, no Quadro 2, sistematizamos os artigos analisados de acordo com a autoria, título, objetivos, tipo/metodologia do estudo e conclusões dos artigos.

Quadro 2 - Artigos sobre atuação dos ACS e ACE

Autor (ano)	Título do Artigo	Objetivos do estudo	Tipo/metodologia de estudo	Conclusão
Villela M, et al. (2007) ²⁴	Vigilância epidemiológica da doença de Chagas em programa descentralizado	Avaliar a vigilância epidemiológica sobre a doença de Chagas na região centro-oeste de Minas Gerais, Brasil, a partir	Estudo de avaliação	As atividades de apoio técnico e supervisão ao programa são exercidas por

	o: avaliação de conhecimentos e práticas de agentes municipais em região endêmica de Minas Gerais, Brasil	dos conhecimentos e práticas adotadas pelos agentes municipais que trabalham no Programa de Controle da Doença de Chagas		agentes e técnicos oriundos da FUNASA. A descentralização da vigilância é um desafio.
Cazola L, et al. (2011) ²⁵	O controle da dengue em duas áreas urbanas do Brasil central: percepção dos moradores	Levantar aspectos sobre a percepção da população frente à atuação dos ACS na ESF e no Programa Nacional de Controle da Dengue.	Análise de discurso do sujeito coletivo a partir de grupo focal	A população considera que o enfrentamento à dengue é específico do ACE, mas manifesta maior satisfação com a atuação do ACS. Apesar da sobrecarga do ACS, o estudo revela o potencial da organização do trabalho dos agentes na APS.
Cazola L, Tamaki E, Pontes E. (2014) ²⁶	Incorporação do controle da dengue pelo agente comunitário de saúde	Caracterizar as diferenças no processo de trabalho de agentes comunitários de saúde (ACS) em dois municípios sul-matogrossenses, segundo sua percepção, frente às atividades desenvolvidas no controle da dengue e na saúde da família.	Avaliação de desempenho	A incorporação do Programa Nacional de Controle da Dengue na Estratégia Saúde da Família é viável. A carga adicional de trabalho dos agentes comunitários de saúde pode ser a hipótese mais provável do declínio do desempenho desses agentes nas atividades da Estratégia

				Saúde da Família.
Fraga L, Monteiro S. (2014) ²⁷	A gente é um passador de informação: práticas educativas de agentes de combate a endemias no serviço de controle de zoonoses em Belo Horizonte, MG	Analisar as práticas educativas desenvolvidas por agentes de combate a endemias (ACEs), a partir de um estudo de caso numa região de Belo Horizonte, MG	Estudo de caso	Aponta-se a necessidade de reorganização do serviço e desenvolvimento de cursos de formação para ACEs, centrados na multideterminação do processo saúde-doença, no contexto socioeconômico e ambiental no controle das zoonoses e na educação participativa.
Libanio K, Favoreto C, Pinheiro R. (2014) ²⁸	Análise da integração da Vigilância Ambiental no controle da dengue com a Estratégia Saúde da Família: impacto nos saberes e práticas dos agentes comunitários de saúde	Analisar as repercussões da integração do controle da dengue à ESF, em particular, com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS),	Análise documental, entrevistas e grupo focal	A integração é um processo dinâmico, em constante transformação, implicando exercício de avaliação e diálogo sobre as questões envolvidas no cotidiano das práticas em saúde.
Gonçalves R, et al. (2015) ²⁹	Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue	Buscar evidências na literatura científica sobre a participação da população no controle da dengue no país	Revisão Integrativa	Há um distanciamento entre as ações governamentais e a realidade da população, é sugerido a necessidade de implantação de uma política de prevenção e

				controle menos verticalizada, na qual os conhecimentos sociais possam nortear as estratégias de controle da doença de acordo com os interesses, necessidades, desejos e visões de mundo da comunidade.
Pessoa J, et al. (2016) ³⁰	Controle da dengue: os consensos produzidos por Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde sobre as ações integradas	Analisar os consensos produzidos pelos ACS e ACE sobre ações integradas com a implantação da Portaria de Incorporação dos ACE nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).	Análise do Discurso do Sujeito Coletivo a partir de grupo focal	Aponta-se a dificuldade no processo de integração do ACS e ACE para o controle da dengue e a inexistência de acompanhamento e avaliação das ações integradas.
Sunguya B, et al. (2017) ³¹	Towards eliminating malaria in high endemic countries: the roles of community health workers and related cadres and their challenges in integrated community case management for malaria: a systematic review	Resumir as evidências sobre os papéis e desafios dos ACS e quadros relacionados na gestão integrada de casos de malária na comunidade	Revisão sistemática	Os agentes comunitários de saúde tiveram importante papel em ações preventivas, de gestão de casos e de promoção à saúde nas intervenções contra a malária.
Evangelista J, Flisch	A formação dos agentes de combate às	Analisar a temática da formação dos ACE nas políticas públicas	Estudo documental	Aponta a necessidade de haver

T, Pimenta D. (2017) ³²	endemias no contexto da dengue: análise documental das políticas de saúde			regulamentação do trabalho técnico do ACE no controle de vetores.
França L, et al. (2017) ³³	Desafios para o controle e prevenção do mosquito <i>Aedes aegypti</i>	Identificar os desafios enfrentados pelos agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias na prevenção e controle da disseminação do mosquito <i>Aedes aegypti</i> .	Análise do Discurso do Sujeito Coletivo a partir de entrevistas semiestruturadas	Propõe-se uma maior efetivação das ações de educação em saúde junto à população, investimento em educação permanente e sensibilização da gestão pública.
Nisihara R, et al. (2018) ³⁴	Avaliação do perfil sociodemográfico, laboral e a qualidade de vida dos agentes de saúde responsáveis pelo combate à dengue em duas cidades do estado do Paraná	Investigar o perfil sociodemográfico, as atividades e a qualidade de vida (QV) dos ACS e ACE em duas cidades do Paraná, uma endêmica (Paranavaí) e outra em surto epidêmico (Paranaguá).	Estudo quantitativo transversal	O perfil dos ACS e ACE é feminino, de adultos jovens, com boa escolaridade e baixa renda. O treinamento para combate à dengue é insuficiente. Baixo índice de QV, justificado principalmente pela carga de trabalho e pela baixa remuneração.
Gualdi C, et al. (2018) ³⁵	Análise da Dificuldade de Integração entre Agentes de Controle de Endemias e Agentes Comunitários de Saúde do RS	Analisar a dificuldade de integração entre ACEs e ACSs do RS, no que tange ao Programa Estadual de Vigilância e Controle do Aedes (PEVCA), utilizando o Diagrama de Ishikawa	Estudo descritivo através de análise a partir do diagrama de Ishikawa	Foi destacada a falta de incentivo para integração das equipes; desvalorização dos ACSs e ACEs; sendo necessário maior empenho de todos os atores

				envolvidos para que ocorra a integração entre VS e APS.
Souza K, et al. (2018) ³⁶	Saberes e práticas sobre controle do <i>Aedes aegypti</i> por diferentes sujeitos sociais na cidade de Salvador, Bahia, Brasil	Analisar os saberes e práticas sobre controle da dengue por diferentes sujeitos sociais: moradores e agentes	Estudo descrito mediante grupo focal	Há necessidade de intervenções educativas regulares, pautadas no diálogo e na sensibilização sobre a realidade cotidiana, trazendo os moradores e agentes como sujeitos do processo de construção de conhecimento a fim de promover melhorias na comunidade e para o controle da dengue.
Silva P, Lutinski J. (2018) ³⁷	Enfermeiro do trabalho: contribuições para saúde de agentes de combate às endemias	Avaliar os fatores de riscos aos quais os ACE estão expostos e descrever as ações do enfermeiro do trabalho sobre a saúde ocupacional destes trabalhadores	Revisão integrativa	Os ACE estão expostos a riscos físicos, químicos, biológicos, territoriais ou de acidentes. O enfermeiro do trabalho tem papel relevante na proteção à saúde dos ACE. Seja avaliando, reconhecendo e descrevendo os riscos associados ao trabalho dos ACE, seja

				atuando na orientação, definição de procedimentos operacionais seguros ou na disponibilização e uso de EPI.
Cavalli, F, et al. (2019) ³⁸	Controle do vetor <i>Aedes Aegypti</i> e manejo dos pacientes com dengue	Identificar as ações adotadas de combate ao vetor e as formas de manejo dos pacientes com sinais e sintomas de alarme para dengue grave.	Estudo quantitativo transversal	Os serviços precisam estar atentos às tendências dessa doença para rapidamente conseguir detectar mudanças em seu perfil e orientar ações de controle.
Almeida W, Cavalcante L, Miranda T. (2020) ³⁹	Educação permanente como ferramenta de integração entre agentes de saúde e de endemias	Relatar a experiência de desenvolvimento de oficinas de educação permanente em saúde (EPS) com foco na promoção da saúde para a comunidade com um grupo formado por agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate às endemias (ACE)	Relato de experiência	Deve-se investir na EPS como uma ferramenta em potencial para promoção de processo de trabalho compartilhado entre agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias.
Franca L, et al. (2020) ⁴⁰	O que está errado? Percepção dos agentes comunitários de saúde e endemias sobre o combate ao <i>Aedes aegypti</i>	Discutir as percepções dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate a Endemias sobre o processo de orientação da população quanto à prevenção e controle do <i>Aedes Aegypti</i>	Análise do discurso do sujeito coletivo a partir de entrevistas semiestruturadas	Há necessidade de implementação de atividades para sensibilização da população que não coloca em prática as orientações passadas pelos agentes para prevenção e controle do

				Aedes Aegypti.
Pereira G, Pícoli R, Cazola L. (2020) ¹⁹	Integração do agente de combate às endemias na Estratégia Saúde da Família, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, em 2017	Descrever o processo de integração do agente de combate às endemias (ACE) na ESF	Estudo transversal descritivo	A integração do ACE na ESF é viável; contudo, ajustes devem ser realizados para potencializar as atividades, na perspectiva do trabalho compartilhado em uma mesma base territorial.

Fonte: Elaboração própria, 2021.

Observa-se que há maior produção sobre a atuação do ACS e ACE na década de 2010, com estudos descritivos e qualitativos, especialmente análises do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), havendo, principalmente, discussões sobre o processo de trabalho desses profissionais na Atenção Primária, no enfrentamento às arboviroses, dengue, e controle vetorial, *Aedes Aegypti*. Há também estudos sobre a atuação de ACE sobre a doença de Chagas²⁴, malária³¹ e zoonoses²⁷. Fraga e Monyeiro²⁷ discutem que na atuação do ACE ainda predomina a transmissão de informações técnico-científicas relacionadas ao controle de focos, criadouros de vetores e reservatórios de zoonoses, sendo pouco valorizados os saberes e a lógica popular.

O estudo de Pessoa e colaboradores³⁰ aponta que, quando as atividades conjuntas funcionam, ACS e ACE ganham no sentido da construção de diálogo com a população e a criação de vínculo. Os autores relatam que ambos têm papéis fundamentais no desenvolvimento das ações de vigilância e são corresponsáveis pela saúde da população de sua área de abrangência. A integração das atividades deve potencializar o trabalho e os profissionais se complementam na atuação no território. De modo que o ACE ao ser incorporado nas atividades das equipes da Atenção Básica, pode contribuir na

programação e nos planejamentos, pois a efetiva integração está no processo de trabalho realizado cotidianamente, em articulação sistemática da vigilância epidemiológica e entomológica na APS.

Já Gualdi e colaboradores³⁵ discutem que entre as principais causas identificadas quanto à dificuldade de integração entre ACEs e ACSs na APS relacionada ao controle do *Aedes* estão: ausência de legislação específica, falta de comprometimento dos profissionais, necessidade de capacitações, educação permanente, contratação fragilizada, diferenças no território de trabalho, falta de vínculo do ACE com a APS e necessidade de coordenação/supervisão do trabalho dos agentes.

Identificou-se, também, a preocupação de ACSs com a possibilidade das ações de vigilância interferirem no vínculo com a comunidade. De modo que Libanio, Favoreto e Pinheiro²⁸ apontam para a frágil compreensão de ACS e ACE sobre a proposta da integração das ações de vigilância ambiental com as perspectivas de educação em saúde e de mobilização comunitária da APS. Sendo necessárias reflexões contínuas sobre o processo de trabalho que envolve a integração desses sujeitos, saberes e práticas.

De todo modo, discutir integração da APS e VS implica desenvolver ações a partir da realidade local, aprender a olhar a diversidade do território e identificar prioridades, assumindo o compromisso efetivo com a saúde da população, desde o planejamento e definição de prioridades, competências e atribuições até o cuidado efetivo das pessoas⁴¹.

Apontamos que para haver uma efetiva integração das ações, é importante que os profissionais da atenção primária utilizem além da epidemiologia² como ferramenta para mapear vulnerabilidades do território e riscos à saúde, a cartografia⁴² e também a ecologia de saberes⁴³.

Cada visita domiciliar pode ser uma oportunidade para se detectar riscos e vulnerabilidades no território que possam vir a gerar processos de adoecimento ou agravos à saúde, como também para se construir vínculo familiar e comunitário. Nesse sentido, a atuação singular e comum dos ACS e

ACE são fundamentais para a territorialização³, o diagnóstico das condições de saúde e de vida da população na Atenção Primária. Com tal integração também podem ocorrer experiências de vigilância popular em saúde⁴⁴ a partir da construção horizontal entre saberes técnico-científicos e saberes populares para formação de uma nova racionalidade do processo saúde-doença-cuidado de grupos populares e movimentos sociais.

À luz da ecologia de saberes⁴, o saber-fazer desses agentes de saúde parece emergir como uma ação-com-*clinamen*, no sentido da capacidade de gerar movimento espontâneo, inclinação e desvio da inércia cujos efeitos cumulativos promovem complexas e criativas combinações entre indivíduos e grupos sociais.

Nesse horizonte, a possibilidade de emergência das ecologias de saberes, segundo Santos⁴⁵, depende da capacidade dos “conjuntos de semelhanças/proximidades”, que permitem o reconhecimento de preocupações e o trabalho conjunto de criação de respostas a problemas definidos como comuns. Essas respostas se assentam, simultaneamente, no reconhecimento e respeito das diferenças e na procura dos pontos de convergência e acordo para a ação comum⁴⁶. Elas podem emergir no processo de trabalho, como destacamos no nosso estudo nas dinâmicas para a integração do ACS e do ACE na APS, como também nas lutas contra diferentes formas de opressão, de exclusão e de violência presentes nos territórios vivos. Neste processo, os saberes e práticas associados à saúde são levados a reconhecer os seus limites e as possibilidades de diálogo com outros saberes e práticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a análise documental dos marcos legais sobre a atuação profissional dos ACSs e ACES foram observados avanços no sentido das diretrizes políticas para a integração do trabalho desses atores sociais no território. A consolidação da revisão integrativa da literatura em periódicos

evidencia experiências concretas de integração das ações de ACS e ACE em diferentes contextos, além de apontar fragilidades para a integração da VS e APS e desafios no processo de trabalho dos agentes de saúde.

Por fim, destaca-se que a integração dos ACS e ACE passa pela observância do trabalho desenvolvido por ambos em territórios comuns e dos fazeres convergentes que oportunizam um encontro de saberes mediados pela saúde, desse modo, a Atenção Primária é *locus* da ecologia de saberes.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro MA et al. Oficina Mapa Vivo na atenção básica: estratégia de planejamento local ao combate ao *Aedes aegypti*. Saúde em Debate. 2017; 41(2 Spec NO): 338-46. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VyqsWqKhp8N5qLmKtLNMsRq/abstract/?lang=pt>.
2. Brasil. Guia Política Nacional de Atenção Básica: módulo 1: integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
3. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. Trab. educ. saúde. 2010; 8(3): 387-406. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>.
4. Santos BS. Para além do pensamento abissal: linhas globais a uma ecologia de saberes. In: Santos BS, Meneses MP, organizadores. Epistemologias do Sul. São Paulo: Cortez; 2010.
5. Ministério da Saúde. ACS e ACE são fundamentais no combate à Covid-19 [Internet]. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde; [2020]. Available from: <https://aps.saude.gov.br/noticia/9996>.
6. Medina MG, et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? Cad. Saúde Pública [Internet]. 2020; 36 (8):e00149720. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>.
7. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 4 ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2008.

- 8- Gomes LB, Merhy E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(1):7-18. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100002>.
- 9- Nunes JA. O resgate da epistemologia. *Rev Crit Cienc Soc*. 2008; 80(1):45-70. Available from: <https://doi.org/10.4000/rccs.693>.
- 10- Silva JM, Gurgel IG, Augusto LG. Saúde, ecologia de saberes e estudos de impactos ambientais de refinarias no Brasil. *Interface*. 2016; 20(56): 111-22. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0544>.
- 11- Almeida LS et al. Saneamento, Arboviroses e Determinantes Ambientais: impactos na saúde urbana. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020; 25(10):3857-68.
- 12- Augusto LG. Saúde e vigilância ambiental: um tema em construção. *Epidemiol. serv. saúde*. 2003;12(4):177-87.
- 13- Brasil. Portaria GM nº. 1.886 de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF, 1997.
- 14- Brasil. Lei nº 13.595 de 05 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. Brasil: Presidência da república; 2018. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113595.htm.
- 15- Mendes KDS, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm*. 2008; 17(4): 758-64.
- 16- Torres R. Agente de combate a endemias: a construção de uma identidade sólida e a formação ampla em vigilância são desafios dessa categoria. *Trab. educ. saúde*. 2009;1(3):16-17.
- 17- Morosini MV, Corbo AM, Guimarães CC. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. *Trab. educ. saúde* . 2007;5(2):287-10.
- 18- BRASIL. Lei nº. 11.350 de 05 de outubro de 2006. Revoga a Lei nº. 10.507 de 10 de julho de 2002 e regulamenta o § 5º. do art. 198 da

Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º. da Emenda Constitucional nº. 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasil: Presidência da república; 2018. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm#art21.

- 19- Pereira GA, Pícoli RP, Cazola LHO. Integração do agente de combate às endemias na Estratégia Saúde da Família, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, em 2017. *Epidemiol Serv Saúde* [preprint]. 2020.
- 20- Brasil. Portaria MS/GM nº 1.007, de 04 de maio de 2010. Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias - ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. Brasil: Ministério da Saúde; 2010. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1007_04_05_2010.html.
- 21- Brasil. 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). Brasil: Ministério da Saúde; 2017. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
- 22- Brasil. Manual sobre Medidas de Proteção à Saúde dos Agentes de Combate às Endemias: arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti*. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
- 23- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de Novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- 24- Villela MM, et al. Vigilância epidemiológica da doença de Chagas em programa descentralizado: avaliação de conhecimentos e práticas de agentes municipais em região endêmica de Minas Gerais, Brasil. *Cad. saúde pública*. 2007;23(10): 2428-38.
- 25- Cazola LHO, et al. O controle da dengue em duas áreas urbanas do Brasil central: percepção dos moradores. *Saúde Soc*. 2011; 20(3): 786-96.

- 26- Cazola LHO, Tamaki EM, Pontes, ER. Incorporação do controle da dengue pelo agente comunitário de saúde. *Rev. bras. enferm.* 2014; 67(4):637-45.
- 27- Fraga LS, Monteiro S. A gente é um passador de informação: práticas educativas de agentes de combate a endemias no serviço de controle de zoonoses em Belo Horizonte, MG. *Saúde Soc.* 2014; 23(3):993-1006.
- 28- Libanio KR, Favoreto C, Pinheiro, R. Análise da integração da Vigilância Ambiental no controle da dengue com a Estratégia Saúde da Família: impacto nos saberes e práticas dos agentes comunitários de saúde. *Physis.* 2014; 24(1):147-63.
- 29- Gonçalves RP, et al. Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue. *Saúde Soc.* 2015; 24(2):578-93.
- 30- Pessoa JP, et al. Controle da dengue: os consensos produzidos por Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde sobre as ações integradas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(8): 2329-38.
- 31- Sunguya BF et al. Towards eliminating malaria in high endemic countries: the roles of community health workers and related cadres and their challenges in integrated community case management for malaria: a systematic review. *Malar J.* 2017;16(1):10.
- 32- Evangelista JG, Flisch TM, Pimenta DN. A formação dos agentes de combate às endemias no contexto da dengue: análise documental das políticas de saúde. *Reciis.* 2017; 11(1).
- 33- França LS, et al. Desafios para o controle e prevenção do mosquito *Aedes aegypti*. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2017; 11(12): 4913-18.
- 34- Nisihara R, et al. Avaliação do perfil sociodemográfico, laboral e a qualidade de vida dos agentes de saúde responsáveis pelo combate à dengue em duas cidades do estado do Paraná. Rio de Janeiro: *Rev Bras Med Trab.* 2018; 16(4):393-9.
- 35- Gualdi CB et al. Análise da Dificuldade de Integração entre Agentes de Controle de Endemias e Agentes Comunitários de Saúde do RS. *Bol. epidemiol.* 2018; 20(3/4): 1-3.
- 36- Souza KR et al. Saberes e práticas sobre controle do *Aedes aegypti* por diferentes sujeitos sociais na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad.*

Saúde Pública. 2018; 34(5).

- 37- Silva PF, Lutinski, JA. Enfermeiro do trabalho: contribuições para saúde de agentes de combate às endemias. Rev. Saúde Pública St. Catarina. 2018;11(1): 63-72.
- 38- Cavalli FS, et al. Controle do Vetor Aedes Aegypti e Manejo dos Pacientes com Dengue. Rev. Pesqui. 2019; 11(5): 1333-39.
- 39- Almeida WNM, Cavalcante LM, Miranda TKS. Educação permanente como ferramenta de integração entre agentes de saúde e de endemias. Rev Bras Promoç Saúde. 2020; 33:102-66.
- 40- Franca LS, et al . O que está errado? Percepção dos agentes comunitários de saúde e endemias sobre o combate ao aedes aegypti. Enferm. actual Costa Rica. 2020; 38:61-74.
- 41- Brito P, et al. O que pensam os agentes comunitários de saúde (ACS) e os agentes de combate às endemias (ACE) de João Pessoa-PB sobre os cartazes de dengue, zika e chikungunya veiculados pelo Ministério da Saúde (2013-2017)? Tempus. 2020; 14(2), 43-58.
- 42- Danilevicz VM. Semeaduras: uma cartografia na Atenção Primária em Saúde. Psicol. soc. 2020; 32(1).
- 43- Antonio GD, Tesser CD, Moretti-Pires R. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. Interface. 2013; 17(46):615-33.
- 44- Arjona FB. O espaço da/na vigilância popular em saúde: construção teórica inicial. Revista eletrônica história, natureza e espaço. 2017; 6(2).
- 45- Santos BS. O fim do império cognitivo: a afirmação das epistemologias do Sul. Coimbra: Almedina; 2018.
- 46- Nunes JA, Louvison M. Epistemologias do Sul e descolonização da saúde: por uma ecologia de cuidados na saúde coletiva. Saúde Soc.. 2020; 29(3).

Qualificação de agentes comunitários de saúde para enfrentamento da pandemia de COVID-19: um relato de experiência a partir da educação popular em saúde

Calificación de agentes de salud comunitarios para enfrentar la pandemia del COVID-19: un informe de experiencia de educación en salud popular

Qualification of community health workers to face the COVID-19 pandemic: an experience based on popular health education

Romário Correia dos Santos¹
Lívia Milena Barbosa de Deus e Mello²
Ana Wlândia Silva de Lima³

RESUMO:

A importância dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para prevenção, controle, redução e mitigação dos efeitos da pandemia de COVID-19 se reapresenta no cenário atual, sendo a educação popular a base epistemológica que o sustenta. O objetivo deste artigo é relatar a experiência de implantação de um “Curso para Enfrentamento à Pandemia na Atenção Primária à Saúde (APS) para ACS”, em parceria entre municípios e Universidade Federal de Pernambuco. São descritas as etapas da implantação, envolvendo ensino presencial e online, os sujeitos participantes, conteúdos e metodologias baseadas na educação popular: o contexto da pandemia e o papel da APS e dos ACS; a estrutura do vírus da COVID-19 e as formas de prevenção; oficinas de avaliação sobre uso de máscara, lavagem correta das mãos e preparação de solução de água clorada; o papel dos ACS no fluxo da vigilância epidemiológica e de atenção à saúde; vacinas; cuidados de si e da comunidade; estratégias de comunicação e mobilização comunitárias. O curso envolveu 340 ACS, 76 Agentes de Combate às Endemias, 70 profissionais de nível superior,

¹ Residente em saúde coletiva no Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães – Fiocruz, Pernambuco. Email: romario.correia@outlook.com

² Mestra em Saúde Coletiva, docente da Universidade Federal de Pernambuco – Curso de bacharelado em saúde coletiva, Campus Vitória de Santo Antão. Email: livia.me@ufpe.br

³ Doutora em enfermagem, docente da Universidade Federal de Pernambuco – Curso de enfermagem, Campus Vitória de Santo Antão. Email: anawladia.lima@ufpe.br

14 residentes, 02 docentes. A formação se apresentou como oportunidade de inovar práticas profissionais e de ensino, estreitando a relação entre ciência e serviços de saúde, em vista de transformar sujeitos e realidades, a partir da educação popular em saúde.

Palavras-chaves: Agente Comunitário de Saúde, Educação Continuada, COVID-19.

ABSTRACT:

The importance of Community Health Work (CHW) for the prevention, control, reduction and mitigation of the effects of the COVID-19 pandemic is re-presented in the current scenario, with popular education being the epistemological basis that supports it. The aim of this article is to report the experience of implementing a “Course for Confronting the Pandemic in Primary Health Care (PHC) for CHW”, in partnership between municipalities and Federal University of Pernambuco. The stages of implementation are described, involving face-to-face and online teaching, the participating subjects, contents and methodologies based on popular education: the context of the pandemic and the role of PHC and CHW; the structure of the COVID-19 virus and forms of prevention; workshops on mask use, proper hand washing and preparation of a chlorinated water solution; the role of CHW in the flow of epidemiological surveillance and health care; vaccines; self and community care; communication and community mobilization strategies. The course involved 340 CHW, 76 Agents to Combat Endemic Diseases, 70 higher education professionals, 14 residents, 02 professors. Training was presented as an opportunity to innovate professional and teaching practices, strengthening the relationship between science and health services, with a view to transforming subjects and realities, based on popular health education.

Keywords: Community Health Workers, Education Continuing, COVID-19.

RESUMEN:

La importancia de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) para la prevención, control, reducción y mitigación de los efectos de la pandemia COVID-19 se re-presenta en el escenario actual, siendo la educación popular la base epistemológica que la sustenta. El objetivo de este artículo es reportar la experiencia de implementar un “Curso de Afrontamiento de la Pandemia en Atención Primaria de Salud (APS) para la ACS”, en alianza entre municipios y Universidad Federal de Pernambuco. Se describen las etapas de implementación, involucrando la enseñanza presencial y en línea, las materias participantes, contenidos y metodologías basadas en la educación popular: el contexto de la pandemia y el rol de la APS y la ACS; la estructura del virus COVID-19 y formas de prevención; talleres sobre uso de mascarillas, lavado

de manos adecuado y preparación de una solución de agua clorada; el papel de la ACS en el flujo de la vigilancia epidemiológica y la atención de la salud; vacunas; cuidado personal y comunitario; estrategias de comunicación y movilización comunitaria. El curso involucró a 340 ACS, 76 Agentes de Combate de Enfermedades Endémicas, 70 profesionales de educación superior, 14 residentes, 02 profesores. La formación se presentó como una oportunidad para innovar las prácticas profesionales y docentes, fortaleciendo la relación entre ciencia y servicios de salud, con miras a transformar sujetos y realidades, a partir de la educación popular en salud.

Palabras clave: Agentes Comunitarios de Salud, Educación Continua, COVID-19.

INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19, causada pelo novo coronavírus (SARS-COV-2), representa um dos maiores desafios sanitários mundiais deste século, exaurindo os sistemas de saúde e atingindo de forma desigual as sociedades¹. Apresenta piores desfechos em populações de baixa renda, negras, indígenas, com baixo nível de escolaridade, além de desencadear novos transtornos mentais, aumento da violência doméstica, agudização ou desenvolvimento de agravos crônicos^{2,3,4}.

Aproximando-se da marca de dois anos de pandemia, até o dia 14 de fevereiro de 2022, o Brasil registra cerca de 27.479.963 de casos e 638.362 óbitos, com 762.893 casos e 20.835 óbitos registrados no estado de Pernambuco⁵. Considerando que 80% dos casos da COVID-19 apresentam um quadro leve ou moderado e que, dentre os 20% hospitalizados, 15% precisam de acesso à terapia intensiva, ganha destaque e importância a Atenção Primária à Saúde (APS) seja pela proximidade do acesso, integralidade da assistência, possibilidade de monitoramento e acompanhamento dos casos, como também para realizar ações de promoção e educação em saúde^{4,6}.

No caso do Brasil, ressalta-se a magnitude e relevância dos mais de 250 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS) presentes na Estratégia Saúde da Família (ESF). Esses, por residirem na área de atuação, possuem maior

conhecimento do território, vínculo, capacidade de orientação familiar e educação em saúde, baseado nas premissas de solidariedade, com ajuda mútua de lideranças comunitárias⁷.

Experiências com ACS ocorreram no Brasil desde a década de 1970, com um programa pioneiro no estado do Ceará que impactou positivamente nos indicadores de mortalidade infantil e outros agravos à saúde. Esta e outras experiências no Nordeste brasileiro inspiraram sua nacionalização e institucionalização através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) na década de 1990 e posterior inserção na ESF no início dos anos 2000, garantindo expansão do acesso à saúde e redução das internações por condições sensíveis à APS^{8,9}.

Salienta-se que os ACS enfrentaram várias endemias e epidemias no Brasil, que vão do combate à mortalidade infantil na década de 1970, à epidemia de Cólera nos anos de 1980-1990, à filariose e tuberculose endêmicas em regiões específicas do Brasil, até a epidemia das arboviroses dengue, zika e chikungunya nas duas primeiras décadas do ano 2000¹⁰. Para essas últimas, outro ator ganha espaço no cenário nacional e no campo da saúde coletiva em tempos de Covid-19, pelo risco aumentado de surtos correlatos de arboviroses e sua importância para a vigilância em saúde, os Agentes de Combate as Endemias (ACE) que teve suas funções integradas com as dos ACS na ESF em uma tentativa de maximizar as ações de vigilância e promoção da saúde^{11,12,13}.

No trajeto de passagem do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), à ESF, até os dias atuais, houve perdas e ganhos de legitimidade para esses atores. Todavia, é a educação popular, pautada no diálogo do saber tradicional e saber científico, a base epistemológica que tem sustentado o ACS como sujeito da saúde e da comunidade.

Assim, a atuação e importância dos ACS para a prevenção, controle, redução e mitigação dos efeitos da pandemia de COVID-19 se recoloca na cena atual, estando já bem descrita na literatura internacional^{3,14,15,16}. No caso do Brasil, se apresenta um desafio extra, visto que “não receberam orientações

claras sobre o seu papel na resposta à COVID-19” tendo sido cancelados como trabalhadores essenciais para enfrentar a pandemia, apenas em julho de 2020, através da lei nº 14.023, cinco meses depois do primeiro caso de COVID-19 no país¹⁷.

Além disso, vários municípios emitiram decretos diminuindo a carga horária desse trabalhador, possibilitando desvio de função, suspensão das visitas domiciliares ou realocação para trabalharem em barreiras sanitárias, desconsiderando a potência do trabalho dos ACS^{18,19,20}.

Em pesquisa realizada pela Fiocruz (com 1978 ACS de várias regiões do país) 46,9% afirmaram não ter recebido nenhum tipo de formação ou treinamento sobre a COVID-19²¹, enquanto o apontamento geral dos estudos sobre ACS em pandemias afirma a necessidade de qualificação profissional que viabilize a necessária reorganização do processo de trabalho^{22,23,24}.

Pensando nisso, em busca de responder a essa demanda, professores da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) criaram um curso de qualificação dos ACS para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 na APS, orientados a partir das premissas da educação popular.

A Educação Popular em Saúde (EPS), tem o propósito de estimular os indivíduos a olharem para sua realidade e despertar a “capacidade de perceberem-se de fato sujeitos na construção de seu processo histórico, conseqüentemente, dos cuidados em saúde, da promoção e prevenção, das relações das determinações sociais do processo saúde-doença”²⁵. Desta forma, foi escolhida por possibilitar romper com a lógica da educação tradicional, reconhecendo os múltiplos saberes e fazeres característicos das práticas dos ACS, além de partir do diálogo, amorosidade, problematização e construção compartilhada do conhecimento²⁶. A partir da EPS os ACS potencializam as ações de promoção da saúde ao reduzirem a distância existente entre saberes técnicos e populares, mobilizando o território, legitimando e reconhecendo o protagonismo da comunidade^{27,28}.

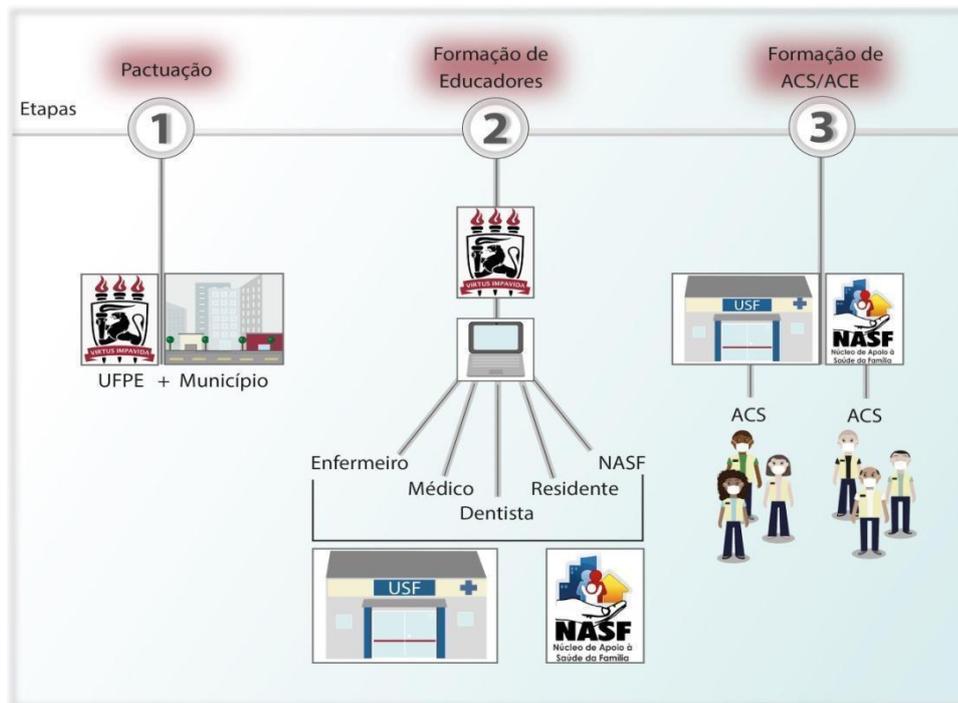
Sendo assim, esse artigo tem como objetivo descrever a operacionalização do “Curso para Enfrentamento à Pandemia na APS para Agentes Comunitários de Saúde”, implantado em vários municípios do estado de Pernambuco.

1 Desenvolvimento

A realização dos cursos de qualificação aqui mencionados ocorreu entre janeiro e julho de 2021, momento em que o Brasil registrou, até o dia 08 de julho desse ano, aproximadamente 18.909.037 de casos e 528.540 óbitos. No estado de Pernambuco, estes valores foram 564.789 e 18.023, respectivamente, além de 16,86% da população atingir o esquema vacinal completo²⁹.

O Curso para Enfrentamento à Pandemia na APS para Agentes Comunitários de Saúde teve duração de 08 horas, tendo sido implantado a partir de três etapas: 1ª) pactuação, 2ª) formação de educadores e 3ª) formação de ACS e Agentes de Combate a Endemias (ACE) (Figura 01).

Figura 01 - Fluxograma de implantação do curso



Fonte: elaborado pelos autores.

A pactuação entre a Universidade e a equipe gestora dos municípios foi realizada a partir do uso de uma plataforma online de reuniões, sendo feito um diagnóstico prévio das demandas e nós críticos do processo de trabalho da vigilância em saúde e da APS local, discutido os recursos físicos e humanos necessários para o bom desenvolvimento das atividades propostas no curso.

A formação de educadores também foi realizada de forma remota, sendo voltada para, no mínimo, um representante de cada ESF do município, Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) ou residente em saúde que, porventura, atuasse nesses territórios. Nesta etapa foram problematizados e exercitados conteúdos e práticas, distribuídos em dois módulos. No primeiro módulo trabalhou-se sobre: a) o contexto da pandemia e o papel dos ACS; b) conhecendo o vírus, a doença e as formas de prevenção; c) oficina de avaliação do uso de máscaras, d) oficina de lavagem das mãos; e) oficina de preparo da solução clorada. No segundo módulo: f) vigilância epidemiológica,

estratificação da população de risco à COVID-19 na microárea e fluxo de atenção à saúde no município; g) vacinas e fluxo de vacinação; h) cuidando de si e da comunidade; i) estratégias de comunicação e mobilização da comunidade.

Ressalta-se aqui a importância do uso de ferramentas digitais e plataformas virtuais como estratégia de pactuação de agendas interinstitucionais, disseminação de informações e educação permanente dos trabalhadores, o que depende por um lado da conectividade à internet mas também da iniciativa e busca das instituições, sendo um diferencial em relação a outras pandemias³⁰.

No caso do Brasil, com dimensões continentais e desigualdades regionais importantes, tanto de serviços de saúde mais complexos, como de acesso a centros de ensino e pesquisa, as Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) muitas vezes são a única forma de estreitar laços e acelerar o acesso a novos conhecimentos³¹. A experiência aqui relatada permitiu a construção de diálogos entre universidades e serviços de saúde localizados a mais de 600 km de distância.

Após o momento formativo com educadores (profissionais de nível superior da APS), estes replicaram o conhecimento junto aos ACS/ACE de suas Equipe de Saúde da Família (EqSF), usando os materiais didáticos disponibilizados pela equipe formadora da UFPE: roteiro metodológico das atividades, slides, vídeos, oficinas e spots de rádio.

Considerando o contexto já avançado da pandemia, todo o processo formativo com profissionais do ensino superior e/ou com ACS/ACE foi norteado pelos princípios da educação popular em saúde, partindo-se da escuta de conhecimentos prévios já adquiridos sobre cada assunto abordado no curso e sobre o processo de trabalho em andamento. A partir do diálogo e reflexão, foram feitos apontamentos para novas possibilidades de prática no cotidiano dos ACS/ACE, em vista de um maior comprometimento com a transformação sanitária e social daquela realidade^{32,33}.

Assim, foram trabalhados os seguintes aspectos na formação:

a) *O contexto da Pandemia e o papel dos ACS*

Objetivou-se aqui a apresentação do atual quadro epidemiológico da COVID-19 no Brasil, em Pernambuco e no município solicitante; o papel dos ACS nesse contexto epidemiológico, refletindo sobre quais os desafios impostos pela pandemia nos territórios e os obstáculos enfrentados para o seu controle. Neste momento também foram apresentadas experiências de atuação de ACS, no contexto da pandemia de COVID-19, em vários países do mundo, refletindo sobre a identidade profissional, a relevância social, a diversidade de ações realizadas em cada país, ressaltando seu papel como vigilantes em saúde, cuidadores, mobilizadores e educadores em saúde.

b) *Conhecendo o vírus, a doença e as formas de prevenção*

Este momento partiu de uma roda de conversa onde os ACS foram questionados sobre quais informações já conheciam sobre a história e estrutura do coronavírus. Após o debate, foi desenhado o vírus no quadro para demonstrar suas estruturas, salientando as espículas envoltas em uma camada lipídica³⁴ e fazendo analogia quanto à importância do sabão para a quebra dessa camada lipídica (gordura). Aqui ressaltou-se a necessidade da lavagem das mãos com água e sabão, fazendo um paralelo com a eficácia do sabão na lavagem de uma panela engordurada.

No segundo momento os ACS expuseram novamente o que sabiam sobre as formas de contágio da doença, partindo-se para a discussão sobre as rotas de transmissão, distanciamento seguro, importância do uso da máscara, características da doença, período de transmissão, período de sintomas, estratificação em casos leves/moderados e graves, diferenças da COVID-19

para uma gripe comum e critérios para definição de casos suspeitos e confirmados^{35, 36, 37}.

c) *Oficina de avaliação do uso de máscara*

Aqui, os ACS foram posicionados em duplas, respeitando o distanciamento, e motivados a observarem a máscara do parceiro (tipo de tecido, costura, modelo, sujeira, modo de uso e lavagem). Após essa análise, abriu-se uma roda de conversa entre todos os presentes, socializando as observações realizadas em dupla e as medidas que deveriam ser tomadas para minimizar erros.

Em um segundo momento foi feita a simulação da cadeia de transmissão respiratória, partindo de um punhado de farinha nas mãos e motivação para que os agentes simulassem um espirro (soprando a farinha). A primeira simulação foi realizada com o uso da máscara, onde não se percebe o deslocamento da farinha; enquanto a segunda simulação, sem uso da máscara, percebe-se a farinha sendo arremessada a uma distância que pode ser medida^{35,37,38}. Ou seja, a partir desta representação na oficina vê-se a importância do uso de máscara para evitar o lançamento de gotículas e proteção à principal rota de transmissão, à respiratória, abrindo um gancho para refletir sobre o tipo e diferença entre as máscaras N95, máscaras de tecido ou cirúrgicas, a eficácia de cada uma e o manejo adequado.

d) *Oficina de lavagem correta das mãos com colorau*

Nesta segunda oficina, os participantes passaram o tempero colorau nas mãos, tingindo-as de vermelho, e em seguida tocaram em objetos, roupas, deixando marcas vermelhas que estariam simbolizando a rota de transmissão por contato³⁷. Esse momento busca concretizar, deixar visível, o que acontece a nível microscópico, levando os ACS a entenderem o processo de

contaminação e as possibilidades de infecção. Assim, reflete-se que nesta rota de transmissão, o coronavírus não adentra o corpo através da pele, mas sim através das mucosas dos olhos da boca e do nariz, sendo este um vírus respiratório.

Posteriormente, com uma bacia com água e sabonete foi demonstrado o passo a passo da técnica de lavagem das mãos, considerando todas as suas etapas^{35,39}.

e) Oficina de preparação de solução de água clorada

Sabendo que a correta limpeza e desinfecção da casa, dos objetos e alimentos são de suma importância para o controle e eliminação de várias doenças infectocontagiosas, se fez necessário criar alternativas aos materiais de limpeza de alto custo, além de selecionar aquele mais eficaz para a eliminação do coronavírus. Desta forma, esta oficina foi elaborada como alternativa rápida, fácil, barata e eficaz, partindo de pesquisa na literatura científica quanto aos produtos ideais para limpeza de superfícies e redução de risco de transmissão por contato.

Foram feitas três misturas demonstrativas de diluição de água sanitária, indicadas pelo Conselho Federal de Química, seja para limpeza de superfícies, higiene dos alimentos, seja para limpeza das mãos em situações de pouca água e economia de recursos: I - duas colheres de sopa com água sanitária e 1 litro de água, atingindo a concentração de água clorada de 0,05%, útil para higiene das mãos, limpeza de objetos e compras; II- Quatro colheres de sopa com água sanitária e 1 litro de água, atingindo a concentração de água clorada de 0,1% útil para limpeza da sola dos calçados, pisos e banheiro; III- Uma colher de sopa de água sanitária e 1 litro de água, atingindo a concentração de água clorada de 0,025% devendo ser utilizada para higienização de frutas e verduras⁴⁰. Após a demonstração da diluição e tipos de uso, foram feitas orientações de armazenamento, não exposição à luz solar e validade da solução,

procurando saber a realidade das famílias quanto ao acesso à água e produtos de higiene nesse período.

Todas as oficinas partiram do entendimento de que a prática facilitaria a aprendizagem do conteúdo teórico, contextualizado à realidade dos sujeitos envolvidos, para uma nova concepção de educação em saúde no exercício profissional que se diferencie das prescrições normativas tão presentes no modelo higienista e autoritário da saúde pública⁴¹. Desta forma, a cada exercício prático, era possível corrigir dificuldades ocorridas no processo de ensino-aprendizagem, a partir dos diálogos até então construídos^{42,43}.

f) *Vigilância epidemiológica e fluxo de atenção à saúde no município*

Invertendo a tenda do conhecimento, foram lançadas perguntas condutoras aos ACS e ACE sobre os grupos de maior risco para a COVID-19, estratégias de classificação de risco e registro das famílias do território e se há mecanismos de acompanhamento remoto ou presencial dessas famílias. Com base nas respostas foram apresentadas as orientações sobre o processo de trabalho, segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica e o Caderno para Agente Comunitário de Saúde na pandemia de coronavírus do estado de Pernambuco tais quais: Incentivar e apoiar o isolamento social; Mapear usuários de maior risco para a COVID-19 e reforçar medidas de prevenção domiciliar; Identificar casos suspeitos e contatos domiciliares e, se possível, contatos comunitários nos últimos 14 dias; Nos casos suspeitos e confirmados, recomendar isolamento, realizar monitoramento por teleatendimento e por visita domiciliar a cada 12hs ou 24hs dependendo da evolução e da rede de apoio familiar^{35,36}.

Nesse momento foram reforçados os fluxos da notificação e monitoramento dos casos da COVID-19 estabelecidos pela vigilância do município assim como o fluxo assistencial da rede de referência regulada para

casos de COVID-19. Em alguns municípios, em que os ACS não estavam incluídos nos fluxos, foi pactuado com a gestão tal inclusão, sendo o curso uma oportunidade de reforçar seu papel como vigilante e cuidador.

Por fim, foi problematizada a estratégia “Fique em casa” levando em consideração as desigualdades sociais existentes, apresentando alternativas para o isolamento domiciliar em casas pequenas e adaptando as estratégias de cuidado e proteção de acordo com a realidade das famílias^{32,33}.

g) Vacinas e fluxo de vacinação

A propagação massiva de notícias falsas, *fake news*, objetivando enganar, desinformar e induzir ao erro se tornou um dos principais obstáculos no enfrentamento da pandemia de COVID-19⁴⁴. Tal realidade impactou diretamente em uma das principais formas de superação da crise sanitária que é a vacinação⁴⁵. Diante disto, o curso procurou refletir sobre os tipos de vacina da COVID-19 em uso no Brasil, as diferentes tecnologias de produção, eficácia, intervalo de doses, local de aplicação e efeitos adversos esperados⁴⁶. A abordagem partiu de um rol de dúvidas mais comuns em torno do tema, que foram lançadas ao grupo de ACS e ACE para o reconhecimento de saberes já consolidados e as lacunas até ali persistentes. Com isso, buscou-se qualificar a informação levada pelos ACS sobre a temática aos territórios, garantindo maior segurança para o combate das *fake news* e aumento da aceitação do plano de vacinação pela população.

h) Cuidando de si e da comunidade

Considerando que a pandemia da COVID-19 trouxe grande sofrimento psicológico aos profissionais da saúde a partir de estressores como risco aumentado de ser infectado, medo de adoecer, de morrer, da possibilidade

de infectar outras pessoas, sobrecarga e fadiga⁴⁷, se fez fundamental abordar este aspecto no curso.

Assim, partiu-se do reconhecimento da necessidade de um acolhimento psicológico para esses profissionais, tendo sido articulada uma parceria com o projeto “Acontecer” da UFPE que tem por objetivo desenvolver atividades de promoção e prevenção do cuidado em saúde mental a partir de ações interventivas no âmbito da educação e saúde. Os ACS/ACE foram orientados sobre como podem participar do projeto, através do plantão psicológico online, vantagens e benefícios desse tipo de atendimento no contexto pandêmico^{48,49}, partindo do pressuposto que para cuidar da comunidade, é preciso cuidar de si primeiro.

Outro aspecto abordado nesse eixo, diz respeito à questão alimentar e o agravamento da fome no país⁵⁰ que foi introduzido a partir das seguintes questões: como estão as condições de alimentação da comunidade? Existem situações de fome e insegurança alimentar? Mas o que seria segurança alimentar? Como podemos saber se uma família está em situação de insegurança alimentar? Quais os alimentos que melhoram a imunidade e que podemos reforçar nas orientações às famílias?

As respostas foram sistematizadas em um quadro branco, com posterior debate quanto aos conceitos, seguido da apresentação de escala simplificada para diagnóstico e classificação da situação de insegurança alimentar das famílias visitadas. Buscou-se com isso qualificar o processo de trabalho dos ACS para que melhor reconheçam os vulneráveis nesse aspecto, já que a fome está presente no cenário nacional com considerável gravidade e exacerbada na pandemia. Assim, ao final, apresentou-se vídeos e exemplos de estratégias comunitárias em resposta às demandas de segurança alimentar, desenvolvidas no contexto da pandemia pela sociedade civil, problematizando-se a importância de acionar redes de apoio intersetorial a partir da mobilização comunitária.

i) Estratégias de comunicação e mobilização da comunidade

Segundo Melo e Cabral⁵¹, o processo de controle e diminuição dos impactos de uma pandemia dependem fortemente da comunicação, sendo a chave para o sucesso ou fracasso de seu desfecho. Diante disso, os ACS/ACE foram provocados a pensar, segundo suas áreas adscritas, sobre as estratégias de comunicação e mídias digitais utilizadas e/ou disponíveis para o enfrentamento da pandemia, discutindo o papel dos agentes na produção e disseminação de informações. Não obstante, foram exemplificadas experiências positivas utilizando grupos de WhatsApp, meios de comunicação locais, bicicleta com caixa de som, rádios comunitárias, jornais comunitários, folhetos informativos e cartazes como possibilidades para conduzir a ação nesse período, além da disponibilização de spots de rádio produzidos pelo curso de comunicação da UFPE.

Por fim, foram problematizadas formas de articulação comunitária, equipamentos e instituições locais que garantam as condições mínimas e necessárias ao isolamento social, proteção, geração de renda, segurança alimentar e cuidado em saúde tais como: 1- Articulação de costureiras para confecção de máscaras caseiras; 2- Criação de banco de alimentos comunitários; 3- Criação de hortas comunitárias; 4- Acionamento de instituições como secretaria de assistência social, centro de referência de assistência social e 5- Mobilização de movimentos sociais ativos na comunidade.

2 Resultados

O curso vem sendo ofertado no estado de Pernambuco com alcance até o presente momento, 10 de julho de 2021, de 04 municípios de portes populacionais diferentes e distância para a capital do estado, que varia de 53 km a 618 km. (Quadro 01).

Quadro 01 - População, Distância e quantitativo de profissionais qualificados segundo município solicitante

Município	População	Distância da capital	ESF	NASF	Residentes	ACS	ACE
Vitória de Santo Antão	139.583	53 km	33	08	08	178	58
Chã Grande	21.815	85 km	08	01	02	51	12
Paranamirim	22.106	563 km	08	00	03	41	00
Exú	31.766	618 km	11	01	01	70	06
TOTAL			60	10	14	340	76

Fonte: Os autores.

Além disso, pode-se elencar resultados qualitativos que se fazem fundamentais para o contexto desta pandemia, como também para outras pandemias e o pós-pandemia:

- Aproximação da universidade com o SUS, a partir do uso de TICs, com sistematização de conhecimentos e atualização dos trabalhadores de saúde quanto aos saberes científicos mais atuais, de forma oportuna e didática, para a qualificação do processo de trabalho no enfrentamento à pandemia;
- Revisão de fluxos da vigilância e fluxos assistenciais, considerando protocolos nacionais que apontam a importância da descentralização de atribuições aos ACS e ACE;
- Descentralização de materiais audiovisuais produzidos pelo curso de comunicação da UFPE, para uso pelos ACS nos seus respectivos territórios, sendo subsídio para o combate às *fake news* e ao medo;

- Socialização de estratégias de cuidado desenvolvidas para saúde mental dos trabalhadores, a partir de projeto de extensão da UFPE com plantões psicológicos online;

- Resgate e fortalecimento da identidade dos ACS como educadores populares e mobilizadores sociais, dando dimensão internacional do seu papel a partir das pesquisas socializadas, e da discussão de projetos exitosos com caráter intersetorial que envolvem a comunidade.

Posteriormente ao curso, alguns ACS e ACE deram retorno do impacto da qualificação no processo de trabalho no território, referindo a adesão dos pacientes às vacinas e ao uso de máscaras a partir da argumentação baseada nos exemplos da oficina da farinha e do coloral. Também afirmaram que se munir de informações sobre como as vacinas agem no corpo, foi fundamental no processo educativo para garantir o diálogo do saber popular e científico na abordagem de usuários resistentes. Além disso, relataram que a formação supriu uma lacuna de qualificação ausente desde o início da pandemia o que os deixavam inseguros e com medo de se contaminarem e de transmitirem informações erradas.

Os desafios enfrentados para a realização do curso variaram de cidade para cidade, de ESF para ESF, mas, de uma forma geral, pode-se citar: a) a hegemonia do modelo de atenção médico-hospitalocêntrico que tensiona os saberes e fazeres dos ACS, a ponto de desconsiderar as necessidades dos territórios mesmo em contexto de pandemia; b) a desarticulação entre os profissionais de ensino superior da ESF e os ACS; c) a histórica burocratização do trabalho dos ACS dentro da ESF com perda progressiva de habilidades da educação popular e mobilização comunitária.

CONCLUSÃO

A pandemia se apresentou como desafio, mas também como oportunidade de inovar práticas de saúde e de ensino, de estreitar a relação entre

ciência e serviço, atualizando de forma permanente as universidades e o sistema de saúde.

No sistema de saúde brasileiro, os ACS são trabalhadores estratégicos, podendo responder melhor ou não aos episódios pandêmicos a depender da convocação e reconhecimento do seu papel, sendo a educação permanente e popular um requisito fundamental para seu engajamento com segurança e efetividade.

Não apenas a gestão e os profissionais de saúde se fortalecem com o curso de qualificação aqui apresentado, mas toda a comunidade, uma vez que o saber se multiplica, transforma sujeitos e realidades, fazendo valer a educação popular como estratégia de construção de uma sociedade mais justa, ampla, inclusiva e democrática.

REFERÊNCIAS

- 1- Barreto ML, Barros AJD, Carvalho MS, Codeço CR, Hallal PRC, Medronho RA, et al. O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil?. *Bras Epidemiol.* 2020;23(01):1-4.
- 2- Reigada CLL, Smiderle CASL. Atenção à saúde da mulher durante a pandemia COVID-19: orientações para o trabalho na APS. *Bras Med Fam Comunidade.* 2021;16(43):2535.
- 3- Corburn J, Vlahov D, Mberu B, Riley L, Caiaffa WT, Rashid SF, et al. Slum Health: Arresting COVID-19 and Improving Well-Being in Urban Informal Settlements. *J Urban Health.* 2020; 97(3): 348-57.
- 4- Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* [Internet] 2020; 29(2): e2020166. Available from: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpF7w/?lang=pt&format=pdf>.
- 5- Pernambuco. Secretaria de Saúde. Informe epidemiológico 45 de 14 de fevereiro de 2022. Available from: https://www.cievspe.com/_files/ugd/3293a8_0595fd5a228b41fdb957d52

df9adbd69.pdf. Acesso em: 2022 Fev 14.

- 6- Guimarães F. Approach of the physiotherapist in intensive care units in the context of the COVID-19 pandemic. *Fisioter. Mov.* [Internet] 2020; 33:e0033001. Available from: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/340>.
- 7- Guanaes-Lorenzi C, Pinheiro RL. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet.* 2016;21(8):2537-46.
- 8- Ávila MMM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Cien Saude Colet.* 2011;(16):349-60.
- 9- Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Cien Saude Colet.* 2018;23(6):1903-13.
- 10- França LS, Macedo CMA, Lima JJP, Silva JM, Almeida MB, Sales SN. O que está errado? Percepção dos agentes comunitários de saúde e endemias sobre o combate ao aedes aegypti1. *Enferm. actual de Costa Rica.* 2020;38:61-74.
- 11- Pereira GA, Picoli RP, Cazola LHO. Integração do agente de combate às endemias na Estratégia Saúde da Família, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2017*. *Epidemiol. Serv. Saúde.* [Internet] 2021;30:e2019500. Available from: <https://www.scielo.br/j/ress/a/HnhXyXzwRTL56ntcSP6Lj5r/?lang=pt>.
- 12- Evangelista JG, Flisch TMP, Valente PA, Pimenta DN. Agentes de combate às endemias: construção de identidades profissionais no controle da dengue. *Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro,* [Internet] 2019; 17(1): e0017303. Available from: <https://www.scielo.br/j/tes/a/S6t8CMQGttrBx9vsvvzyt7y/>.
- 13- Oliveira WK, Duarte E, França GVA, Garcia LP. Como o Brasil pode deter a COVID-19. *Epidemiol. Serv. Saúde.* [Internet] 2020;29(2):e2020044. Available from: <https://www.scielo.br/j/ress/a/KYN SHRcc8MdQcZHGZzVChKd/?lang=pt>.
- 14- Omoronyia O, Ekpenyong N, Ukweh I, Mpama E. Knowledge and practice of COVID-19 prevention among community health workers in rural Cross River State, Nigeria: implications for disease control in Africa. *Pan Afr Med J.* [Internet] 2020;37:50: e33209177. Available

from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33209177/>.

- 15- Sham L, Ciccone O, Patel AA. The COVID-19 pandemic and Community Health Workers: An opportunity to maintain delivery of care and education for families of children with epilepsy in Zambia. *Journal of Global Health*. [Internet] 2020; 10(2):020329:e33110529. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33110529/>.
- 16- Logan RI, Castañeda H. Addressing Health Disparities in the Rural United States: Advocacy as Caregiving among Community Health Workers and Promotores de Salud. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet] 2020; 17(24):9223: e33321718. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33321718/>.
- 17- Lotta G, Lima DD, Magri G, Corrêa M, Beck A. Nota Técnica – A pandemia de Covid-19 e os profissionais de saúde pública no país. Fundação Getúlio Vargas. Núcleo de Estudos da Burocracia. 2020 Mai.
- 18- Prefeitura Municipal de Paranavaí. Decreto 21.074 de 18 de março de 2020. Definições sobre a atuação dos servidores públicos do município durante o período de combate ao coronavírus (Covid-19).
- 19- Secretaria Municipal de Saúde de Paulista. Superintendência de Atenção a saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Nota técnica n° 02, de 2020. Informativa e orientativa para rede assistencial de saúde para o covid-19. Paulista-PE.
- 20- Prefeitura Municipal de Suzanápolis. Decreto n° 1350 de 19 de março de 2020. Dispõe sobre medidas temporárias e emergenciais de prevenção ao contágio pelo Novo Coronavírus (COVID19).
- 21- Nogueira ML, Borges CF, Lacerda A, Fonseca AF, Vellasques AP, Morel CMM, et al. Boletim da Pesquisa "Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de Covid-19". Fundação Oswaldo Cruz, 2020. 65p.
- 22- Maciel FBM, Santos HLPCD, Carneiro RADS, Souza EAD, Prado NMDBL, Teixeira CFS. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. *Cien Saude Colet* 2020; 25(suppl 2): 4185-95.
- 23- Akseer, N, Kandru, G, Keats, EC, Bhutta, ZA. COVID-19 pandemic and mitigation strategies: implications for maternal and child health and nutrition. *Am J Clin Nutr.*, 2020; 112(2): 251-6.

- 24- Ballard M, Bancroft E, Nesbit J, Johnson A, Holeman I, Foth J, et al. Prioritising the role of community health workers in the COVID-19 response. *BMJ Glob Health*. [Internet] 2020; 5(6):e002550. Available from: <https://gh.bmj.com/content/5/6/e002550>.
- 25- Matielo E, Zuliani MQ, Bonetti OP. Essa tal educação popular em saúde... In: Cerioli PR, Kolling EJ, Caldart RS, Pomme L, organizadores. *Paulo Freire e a pedagogia do trabalho popular*. São Paulo: Expressão popular; 2020.p. 133-7.
- 26- Pinheiro BC, Bittar CML. Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa. *Cinergis*. 2017;18(01): 77-82.
- 27- Maciazeki-Gomes RC, Souza CD, Baggio L, Wachs F. trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Cien Saude Colet*. 2016;1(5):1637-46.
- 28- Souza EM, Silva DPP, Barros AS. Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: uma revisão bibliográfica integrativa. *Cien Saude Colet*. 2021;26(4):1355-68.
- 29- Pernambuco. Secretaria de Saúde. Boletim de Covid-19 nº 491. Recife, 08 de julho de [Internet] 2021. [cited 2021 Jul. 08]. Available from: https://drive.google.com/file/d/1yUNCRXhIazQi-__x7S_hW7WPSWtawrsm/view.
- 30- Coelho AL, Morais IA, Rosa WVS. A utilização de tecnologias da informação em saúde para o enfrentamento da pandemia do Covid-19 no Brasil. *Cad. Ibero am. Direito Sanit*. 2020;09(03):183-99.
- 31- Soares LV, Colares MLIS. Educação e tecnologias em tempos de pandemia no Brasil. *Debates em educação*. 2020;12(28):19-41.
- 32- Lima LO, Silva MRF, Cruz PJSC, Pekelman R, Pulga VL, Dantas VLA. Perspectivas da Educação Popular em Saúde e de seu Grupo Temático na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). *Cien Saude Colet*. 2020; 25(7):2737-42.
- 33- Mendes R, Fernandez JCAS, Daniele P. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. *Saúde Debate*. 2016; 40 (108): 190-203.
- 34- Uzunian A. Coronavirus SARS-CoV-2 and Covid-19. *J. Bras. Patol. Med. Lab*. 2020; 56:1-4.

- 35- Mélló LMBDM, Albuquerque PC, Lima AW, Gouveia HC, Cordeiro ES, Lages I, et al. Agentes populares de saúde: ajudando minha comunidade no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Recife: Fiocruz, [Internet] 2020.[cited 2021 Jul. 02] 76 p. Available from: <<https://www.campanhamaossolidarias.org/agentes>>.
- 36- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Guia de vigilância epidemiológica Emergência de saúde pública de Importância nacional pela Doença pelo coronavírus 2019 – covid-19 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, [Internet] 2021. Available from: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/coronavirus/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19_2021.pdf/view.
- 37- Peng X, Xu X, Li Y, Cheng L, Zhou X, Ren B. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *Int J Oral Sci.* 2020; 12(1):1-6.
- 38- Souza FB, Lundgren RB, Sobrinho CRW, Gusmão GN. Graphic Simulation of SARS-CoV-2 Droplets: Why Respirators should be used in Dental Healthcare Settings? *Jour. Clin. & Diag. Res.* 2020;14 (8):31-5.
- 39- Felix CCP, Miyadahira AMK. Avaliação da técnica de lavagem das mãos executada por alunos do Curso de Graduação em Enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP.* 2009; 43(1):139-45.
- 40- Conselho Federal de Química. Perguntas e Respostas Água Sanitária. [Internet] 2020. [cited 2021 Jun. 02]14 p. Available from: http://cfq.org.br/wp-content/uploads/2020/05/020-05-04_cartilha-perguntas-e-respostas-CFQ-V2-baixa-3.pdf.
- 41- Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Rev. Bras. Enf.* 2008; 61(1): 117-21.
- 42- Oliveira JAS, Silva NC. O lúdico como ferramenta de aprendizagem na educação infantil. *Revista saber acadêmico.* 2018;25:30-45.
- 43- Santos CCS, Costa LF, Martins E. A prática educativa lúdica: uma ferramenta facilitadora na aprendizagem na educação infantil. *Revista Eletrônica do Curso de Pedagogia das Faculdades OPET.* 2015;01:74-89.
- 44- Galhardi CP, Freire NP, Minayo MCDS, Fagundes MCM. Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil.

Cien Saude Colet. 2020; 25: 4201-10.

- 45- Domingues, CMAS. Desafios para a realização da campanha de vacinação contra COVID-19 no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. [Internet] 2021; 37(1): :e00344620. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KzYXRtNwy4fZjTXsgwSZvPr/>.
- 46- Lima EJDF, Almeida AM, Kfourí RDÁ. Vaccines for COVID-19-state of the art. *Rev. Bras. Saú. Mat. Inf.* 2021; 21:13-9.
- 47- Schmidt B, Crepaldi MA, Bolze SDA, Neiva-Silva L, Demenech LM. Impactos na Saúde Mental e Intervenções Psicológicas Diante da Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia*. 2020;37: e200063. Available from: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/L6j64vKkynZH9Gc4PtNWQng>.
- 48- Viana DM. Atendimento psicológico online no contexto da pandemia de Covid-19. *Cad. ESP.* 2020; 14(1):74-9.
- 49- Barcellos AACG, Ferreira MLL, Santos MAM, Júnior CR. Plantão Psicológico Online em Tempos de Pandemia: Um relato de Experiência. *Revista Unimontes Científica*. 2020; 22(02):1–15.
- 50- Schappo S. Fome e insegurança alimentar em tempos de pandemia da Covid-19. *Ser Soc.* 2021;23(48):28-52.
- 51- Melo C, Cabral S. Pandemics and communication: an experimental assessment. *Rev. Adm. Púb.* 2020; 54(4): 735-57.

**Agentes Comunitários de Saúde em tempos de COVID-19:
afetos e afecções no cuidado**

*Community Health Agents in COVID-19:
affections and affections in care*

*Agentes de Salud de la Comunidad frente al COVID-19:
experiencias con profesionales de enfermería*

Olga Maria de Alencar¹

Mirna Neyara Alexandre de Sá Barreto Marinho²

Rafael Bezerra Duarte Enfermeiro³

Maria Rocineide Ferreira da Silva⁴

RESUMO:

Objetivou-se produzir análise dos sentidos, dos afetos, das afecções e dos sentimentos de Agentes Comunitárias de Saúde diante da pandemia do novo coronavírus, de modo a identificar as estratégias de enfrentamento e as tecnologias de cuidado utilizadas em territórios. Trata-se de estudo com abordagem metodológica da cartografia para produção e análise de dados. Pesquisa realizada em Tauá, Ceará, Brasil, com 10 agentes comunitárias de saúde atuantes na pandemia. Os dados foram coletados por mídias digitais, organizados na forma de narrativas. A pesquisa seguiu os aspectos éticos recomendados para pesquisas com seres humanos. Emergiram-se dois núcleos

¹ Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza-CE-Brasil. E-mail: olgaalencar17@gmail.com. Fortaleza-Ceará, Brasil. ORCID- 0000-0003-2477-7503

² Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS) pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza-CE-Brasil. E-mail: mirna.neyara@gmail.com. ORCID: 0000-0002-5853-6532

³ Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza-CE-Brasil. Docente do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS), Icó-CE-Brasil. E-mail: rafaelduarte@univs.edu.br. ORCID: 0000-0002-2280-0864

⁴ Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE), do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) e do Programa de Pós-Graduação de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS) da UECE. Fortaleza-CE-Brasil. E-mail: rocineide.ferreira@uece.br ORCID: 0000-0002-6086-6901

narrativos: Reinventando novas tecnologias e Interseccionalidades entre velhos e novos modos de cuidado. A pandemia trouxe impactos significativos no processo de trabalho das agentes, produzindo encontros entre velhos e novos modos de cuidado. As mídias digitais se destacaram como potência nesse contexto. A pandemia gerou repercussão significativa e ainda não completamente dimensionada no processo de trabalho das agentes comunitárias, tanto nos aspectos organizacionais como nas relações sociais estabelecidas nos territórios. O uso do *WhatsApp* despontou como potência no processo de trabalho, com indicativo considerável de incorporação na prática, também, para o pós-pandemia, apesar das limitações dos usuários quanto ao uso e à disponibilidade deste recurso, como também do não investimento do setor público para utilização das mídias sociais no processo de trabalho.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Infecções pelo Coronavírus; Cartografia; Cuidado.

ABSTRACT:

The objective was to produce an analysis of the meanings, affections, affections and feelings of Community Health Agents in the face of the new coronavirus pandemic, identifying the coping strategies and the care technologies used in their territories. This is a study with a methodological approach to cartography for data production and analysis. Research carried out in Tauá, in the state of Ceará, with 10 community health agents working in the pandemic. Data were collected by digital media, organized in the form of narratives. The research followed the recommended ethical aspects for research with human beings. Two narrative cores emerged in the study: Reinventing new technologies and intersections between old and new modes of care. The pandemic had significant impacts on the agents' work process, producing encounters between old and new modes of care. Digital media stood out as a power in this context. The pandemic brought significant impacts and not yet fully dimensioned in the work process of community agents, both in organizational aspects and in the social relations established in the territories. The use of whatsapp emerged as a power in the work process, with strong indication of incorporation in its practice also for the post-pandemic, despite the limitations of users regarding the use and availability of this resource, as well as the non-investment by the public sector for use of social media in the work process.

Keywords: Community Health Agent; Primary Health Care; Coronavirus Infections; Cartography; Caution.

RESUMEN:

El objetivo fue producir análisis de significados, afectos, afectos y sentimientos de Agentes Comunitarios de Salud ante la nueva pandemia de coronavirus, identificándose estrategias de afrontamiento y tecnologías de atención

utilizadas en territorios. Estudio con enfoque metodológico de la cartografía para producción y análisis de datos. Investigación realizada en Tauá, Ceará, Brasil, con 10 agentes comunitarios de salud trabajando en la pandemia. Datos recolectados por medios digitales, organizados en forma de narrativas. La investigación siguió los aspectos éticos recomendados para la investigación con seres humanos. En el estudio surgieron dos categorías narrativas: reinventar las nuevas tecnologías y las intersecciones entre los viejos y los nuevos modos de atención. La pandemia tuvo impactos significativos en el proceso de trabajo de los agentes, produciendo encuentros entre antiguos y nuevos modos de atención. Los medios digitales se destacaron como potencia en este contexto. La pandemia trajo impactos significativos y aún no plenamente dimensionados en el proceso de trabajo de los agentes comunitarios, tanto en los aspectos organizativos como en las relaciones sociales establecidas en los territorios. El uso de WhatsApp surgió como poder en el proceso de trabajo, con fuerte indicio de inclusión en la práctica post pandemia, a pesar de las limitaciones de usuarios en cuanto al uso y disponibilidad de este recurso, así como la no inversión por parte del sector público por el uso de las redes sociales en el proceso de trabajo.

Palabras clave: Agente de Salud Comunitaria; Primeros auxilios; Infecciones por coronavirus; Cartografía; Precaución.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história, a humanidade tem passado por diversidade de desafios, provocando necessidade de novas configurações e, conseqüentemente, novos modos de existências. No início do ano de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou a pandemia do novo coronavírus como emergência em saúde pública, que vem desafiando nações e governos a tomarem medidas em tempo oportuno para o controle do número de casos, exigindo dos sistemas de saúde desempenho eficaz, sobretudo, de ajustamentos às necessidades urgentes para o combate à nova doença¹.

A doença, denominada COVID-19, provocou mudanças paradigmáticas nos aspectos sociais e pessoais. Dentre estas, o trabalho enquanto força produtiva talvez tenha sido a questão mais emblemática, uma vez que trouxe desterritorialização aos processos de trabalho, produzindo novos arranjos laborais e, ainda, um conjunto de contradições que atravessam

as instituições da saúde, provocando nos trabalhadores a perplexidade, semelhante a outros acontecimentos, como a pandemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e da Influenza A (H1N1).

No Brasil, o ingresso da COVID-19 ocorreu por São Paulo, em fevereiro de 2020, espalhando-se rapidamente por todo território nacional. Assim, em 25 de junho do ano de 2021, o país acumulava a marca de 18.322.760 casos da doença, com 511.142 óbitos, equivalente a uma letalidade de 2,8%².

O estado do Ceará registrou, neste mesmo período, 878.665 casos confirmados da COVID-19 e 22.420 óbitos, equivalente a uma letalidade de 2,6%, sendo o nono estado com maior número de casos do país e o segundo da Região Nordeste²⁻³. Para tanto, os dados epidemiológicos apontam para necessidade de serviços de saúde eficientes e com capacidade instalada para atender a esta demanda.

Estudo aponta que países com sistemas de saúde universais e organizados a partir das necessidades da população são mais eficientes diante de crises e epidemias, como no caso brasileiro, em que o Sistema Único de Saúde (SUS), apesar das limitações, consegue dar acesso aos serviços, uma vez que a população reconhece sua potência⁴.

No contexto do sistema de saúde brasileiro, a Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), precisa ocupar a posição de protagonista, ao adotar medidas de reorganização dos fluxos de usuários e reorientação de processos de trabalho para tomadas de decisões imediatas e oportunas frente à pandemia⁴.

Portanto, no território das Unidades Básicas de Saúde (UBS), encontra-se grande força do sistema, pela utilização de tecnologias e dispositivos, como clínica ampliada, trabalho em equipe, vínculo, produção de autonomia e desenvolvimento de ações educativas na comunidade e educação permanente para os profissionais de saúde. Assim, a APS contribui

substancialmente no controle da epidemia, realizando orientações e executando as ações de saúde comunitárias necessárias⁵.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS), trabalhador inserido no campo de práticas da APS, ocupa posição singular nesse contexto pandêmico, pelo conhecimento e pela aproximação nos territórios, desempenhando ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, por meio de práticas educativas, especialmente com foco na educação popular em saúde, junto à comunidade⁶. São legítimos mobilizadores sociais no território onde vivem, trabalham e relacionam-se com o mundo da comunidade e do serviço de saúde, em movimento complexo de territorialidades, que inclui a vivência concomitante de diversos territórios, configurando multiterritorialidade, com mudanças permanentes de fluxos, contornos e desenhos⁷.

O Ministério da Saúde, órgão que regula a profissão do ACS, estabeleceu um conjunto de atribuições, padronizando a prática e estabelecendo os limites de atuação para o trabalho inerente à pandemia. Dentre elas, destacam-se: orientações sobre a doença; apoio à equipe na identificação de casos suspeitos; monitoramento dos casos confirmados e suspeitos; busca ativa de suspeitos; suporte às atividades de campanha de vacinação; realização de atividades educativas na unidade, dentre outras atribuições⁸. Ressalta-se que a construção dessas atribuições não teve a participação efetiva das associações e dos movimentos sociais da categoria dos ACS, como ocorreu em outros cenários pandêmicos.

O trabalho dos ACS, no campo institucional, é tido como prática mecanicista, reprodutora das determinações do Estado. No entanto, no mundo real, onde os encontros acontecem, e dadas as necessidades e especificidades dos territórios de atuação, os ACS encontram linhas de fuga, para realização de prática autônoma, libertária e que respeite a diversidade dos territórios, compostos por emaranhado de linhas dura e maleáveis⁹.

As linhas de fuga (flexíveis/maleáveis) são processos de desterritorialização, em que ocorrem rupturas, arrombamentos, mudanças

inesperadas no fluxo, novos jeitos de seguir explorando novas potencialidades e possibilidades de “peito aberto”, receptivos a mudanças e inovações. Ou ainda, as linhas de fuga são fendas e rachaduras capazes de desfazer relações preestabelecidas, pura entrega e mergulho em experimentações com intensidades e durações⁹. Assim como no trabalho do ACS, um mergulho no mundo das incertezas.

Nesse tempo de incertezas, é importante reconhecer que, no encontro em que se produz o cuidado, faz-se necessário desestabilizar a certeza sobre o outro e os acontecimentos decorrentes deste encontro⁹. Neste sentido, o ACS se veste de personagem híbrido entre o instituído e o instituinte, produzindo diferença entre o que regulamenta a prática e o trabalho vivo em ato.

Entende-se que a ocorrência da COVID-19 se configura como acontecimento na vida dos ACS, levando-os a reinventar-se e produzir novas experiências, mais simples e solidárias de estar no mundo⁹. Por ter sido algo inédito na prática e com conhecimentos que aos poucos vão se desvelando, novos agenciamentos no trabalho vivo em ato vão sendo produzidos no trabalho do ACS, promovendo rupturas em processos de desterritorialização e reterritorialização.

Para feitura deste artigo, aventurou-se na concepção da filosofia da diferença, em especial do conceito de acontecimento, que postula o acontecimento como algo inesperado, que nos deixa perplexos, sem saber como agir. Da ordem do tempo *Aiônico*, tempo que excede todas as formas classificáveis e mensuráveis do tempo *Chronos*; e que se apresenta como imenso vazio. Tempo cujos instantes se sucedem, mas na ordem do devir em imanência¹⁰.

O acontecimento é a atualização das virtualidades, é imaterial, invisível e incorpóreo⁹. Assim, a COVID-19, enquanto doença emergente, é um acontecimento na saúde pública e, conseqüentemente, na máquina social, uma vez que ele não se preocupa com o lugar ou tempo em que ele está⁹. Fomos pegos de surpresa. Sem chances de preparação, chegou de mansinho em forma

de vírus, esse ser minúsculo que nos atormenta há séculos: um simulacro. Seria o Coronavírus um simulacro?¹¹ Simulacro entendido como aquele que foge ao igual, que não se adequa a um modelo preestabelecido¹².

Do ponto de vista da Biologia, vírus são organismos microscópicos que não possuem células, portanto, não sobrevivem sozinhos, precisam do outro e necessitam de outras vidas (hospedeiros) para se multiplicar¹¹. E, no caso do coronavírus, encontrou no homem, território fecundo e fácil, produzindo o acoplamento: homem/mulher – vírus - comunidade; ou como diria Deleuze e Guattari, misturas de heterogêneos e multiplicidades - agenciamento coletivo⁹⁻¹⁰.

O agenciamento é um conjunto de singularidades e traços extraídos do fluxo-selecionados, organizados, estratificados, de maneira a convergir em consistências artificial e naturalmente. Neste sentido, todo agenciamento é uma invenção de mundo, que podem se organizar em conjuntos muito vastos e diversificados: culturas, idades, saberes, práticas, entre outros¹⁰.

Portanto, cabe a celebração das diferenças, das criações, das transgressões, das resistências e da teimosa liberdade em buscar alternativas¹¹ para ressignificar as práticas de saúde frente às emergências sanitárias que acontecem mundialmente. E, com o ACS, isso não se faz diferente.

Este artigo objetivou produzir análise dos sentidos, afetos, afecções e sentimentos dos ACS diante da pandemia causada pelo novo coronavírus, de modo a identificar estratégias de enfrentamento e tecnologias de cuidado utilizadas em territórios de atuação.

1. Material e método

Trata-se de pesquisa-intervenção, do tipo método da cartografia, que se compromete com a criação de um mundo comum e heterogêneo, em que cabe ao cartógrafo, a abertura atencional e sensibilidade a diversos e imprevisíveis atravessamentos¹³.

O método da cartografia se ancora em epistemologia da cognição inventiva e em política criativa, reafirmando o afastamento das abordagens da política cognitivista representacional, em que o mundo é dado a priori. Portanto, foi plausível para este estudo o uso do método cartográfico, uma vez que as coisas acontecem na vida como ela é: em movimentos de desterritorialização e reterritorialização permanente¹³.

O cenário da pesquisa foi o município de Tauá, Ceará, localizado no sertão dos Inhamuns, distante aproximadamente 345 km da capital do estado. No campo da saúde, o município é referência regional, contando com um hospital/maternidade, uma policlínica regional, um centro de especialidades odontológicas, um centro de hematologia e hemoterapia estadual, um núcleo do Laboratório Central de Saúde Pública e 19 UBS que possuem Saúde da Família, trazendo cobertura de 100% da população¹⁴.

A pesquisa foi composta pelo coletivo de 10 ACS, todas mulheres, atuantes na zona urbana do município e com mais de 20 anos de experiência na profissão. As ACS da zona rural não participaram deste momento, devido à dificuldade de acesso à internet, inviabilizando o envio das questões. A seleção dos participantes ocorreu mediante a indicação pelos próprios ACS que, após participarem de roda de conversa realizada em cada equipe de Saúde da Família, dialogavam sobre quem seriam os representantes da equipe para participar das oficinas seguintes. Elas participaram da primeira oficina para validação do processo da pesquisa (entrada no campo e pactuações) e concordaram em responder às questões-problema pelo *WhatsApp*, em virtude da restrição ao encontro presencial nesse período, respeitando-se os decretos estaduais. A coleta foi realizada de junho a julho de 2020.

Produziram-se encontros virtuais, via tecnologias digitais. Portanto, os dados aqui apresentados foram colhidos via *WhatsApp*, a partir das questões-problemas: quais sentidos e sentimentos vocês têm vivenciado em tempos da pandemia da COVID-19? Quais estratégias têm sido utilizadas para enfrentar este acontecimento?

O uso de tecnologias digitais, no âmbito da pesquisa científica, é uma inovação largamente adotada, principalmente para minimizar as distâncias, alcançar maior número de pessoas frente a situações em que são inviáveis a colheita de informações de forma presencial¹⁵. Para os autores/pesquisadores deste estudo, constituíram-se em novidade e ousadia revolucionária, experimentada devido à pandemia.

Os ACS produziram áudio com duração de, no máximo, 5 minutos, narrando as situações vivenciadas nesse contexto da COVID-19. Os áudios posteriormente foram transcritos e organizados em forma de narrativas.

As narrativas são formas de estar, sentir e agir dentro de determinada comunidade, serviço ou coletivo profissional, como meio para reconstrução de histórias, vidas e destinos. No campo da pesquisa cartográfica, a narrativa emerge como possibilidade, a partir do encontro com os heterogêneos, de recriar experiências, transmitidas pela história coletiva de conhecimentos, sentimentos, sentidos, cultura e práticas sociais¹⁶.

As narrativas foram analisadas à luz da cartografia¹⁰, uma vez que pesquisadores e pesquisados estavam mergulhados na experiência da pesquisa, e, portanto, o acontecimento faz parte da cartografia produzida.

A pesquisa seguiu os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, aprovada conforme parecer número 3.797.996/2019 do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética número 265353329.2.0000.5534. Este artigo integra pesquisa de doutorado que, durante o trabalho de campo, foi atravessado pela pandemia.

Ainda respeitando os aspectos éticos, os nomes de cada ACS apresentados nos resultados são fictícios e escolhidos por eles. No mais, a pesquisa não apresentou conflitos de interesse entre pesquisadores e participantes, assim como materiais e recursos financeiros necessários foram de total responsabilidade dos pesquisadores.

2. Resultados

Das narrativas, emergiu-se diversidade de sentidos, que ora se justapõem, ora se diferenciam num “vai e vem” de borramentos, contornos, rupturas e desvios que, por questões metodológicas e didáticas, organizou-se em núcleos narrativos. Neste artigo, apresentam-se dois núcleos: Reinventando novas tecnologias no mundo do trabalho: uso do *WhatsApp* como meio de comunicação e Interseccionalidade entre velhos e novos modos de cuidado na perspectiva das ACS.

2.1 Reinventando novas tecnologias no mundo do trabalho: uso de *WhatsApp* como meio de comunicação

O sentimento de perplexidade diante da pandemia se apresenta de forma avassaladora nas narrativas, em que “*nem o presente fica como estar e nem o passado como era*”, soma-se, ainda, o fato de que *os ACS vêm enfrentando essa luta como já enfrentou outros obstáculos que surgem no dia a dia* (ACS Valentina).

O trabalho vivo em ato¹⁷ dos ACS é reinventado a cada nova descoberta e outras possibilidades e jeitos de trabalhar se anunciam, como o uso do *WhatsApp*, que se descortina como nova tecnologia comunicacional, antes não utilizado pelos ACS, como evidenciado na fala: *Eu criei um grupo (WhatsApp) com as minhas famílias, que na minha micro área, as famílias têm um poder aquisitivo maior e conhecimento e outras não, mas mesmo assim, eu criei um grupo com basicamente todas (//as famílias), alguns já saíram do grupo. No começo, foram muitas postagens, postagens, postagens e eu fui até orientando, inclusive cheguei a deixar só o administrador postar, mas aqui acolá, eu libero e eles mandam mensagem [...] tiram dúvidas* (ACS Ana).

As redes sociais têm sido usadas frequentemente, como anunciado pela ACS Grayce, ao referir que *acompanha as famílias com essa nova*

estratégia, usando as redes sociais e a informação através das mídias, usando a tecnologia nesse momento ao nosso favor, é bom e, ao mesmo tempo, é desgastante, por que a gente não está ali com aquele trabalho diário, vendo a realidade das famílias dentro da área. A gente fica um pouco apreensiva com medo de perder o controle e não saber o que está acontecendo de fato na área, a gente fica distante das pessoas, apesar de estar entrando em contato com as pessoas, mas nada como ali vivenciando, estando na rua.

Apesar da potência do uso do *WhatsApp*, muitas pessoas na comunidade são excluídas do processo de cuidado, por não ter celular ou acesso à internet, conforme evocado na fala da agente, que segue o instituído pelos órgãos do Estado: *A orientação da Secretaria de Saúde é que as visitas devem ser feitas via WhatsApp, Instagram, ligações telefônicas e outros meios de comunicação, mas nem toda população disponibiliza desses meios e, portanto, para isso, precisamos sair de casa e nos expor em muitos casos (ACS Valentina).*

Outra questão-problema apontada pelos ACS diz respeito aos horários de trabalho, uma vez que estando disponíveis via mídias digitais, a comunidade passa a acessá-los após o horário referido como de trabalho, como já foi um dia antes da institucionalização da profissão, mas, em tempo digitais, com singularidades e urgências. Esses encontros entre velhos e novos modos de produção do cuidado têm acarretado exaustão dessas trabalhadoras, que já ficam à margem dos serviços de saúde.

As vidas precárias das ACS são reforçadas no contexto da epidemia, uma vez que relataram sentir-se duplamente excluídas do sistema formal de saúde: são esquecidas pela secretaria quanto à transmissão de informações. Na maioria das vezes, ficam sabendo acerca da pandemia pelos usuários, como também acabam fazendo extensão de jornada de trabalho, devido às exigências da comunidade, agora com livre acesso, via internet. *Eu digo muito: aqui o que fazer não faltou, por que eu me sento na mesa, começo a orientar. Até famílias que eu tinha dificuldade de visitar e orientar eu consegui atualizar alguns*

cadastros, tudo por telefone. Se preciso, a gente usa vídeo chamada que a gente pode estar vendo o usuário e orientando (ACS Ana).

No entanto, evidenciam-se, também, restrições nas visitas domiciliares: *No meu trabalho como ACS, a gente está bem restrito, estamos obedecendo às recomendações da secretaria de saúde, a gente está trabalhando mais pela internet, telefone e fazendo algumas visitas em caso emergencial, mas uma visita que a gente não adentra a casa, ficamos do lado de fora, a uma certa distância do paciente (ACS Maria).*

Nas narrativas, encontra-se o campo da saúde como processo de produção capitalista, gerativo de subjetividade homogeneizadora das diferenças, que são produzidas via mídia. Entender esse contexto é importante, para que não se naturalize a assistência e as relações entre as pessoas na APS, mas se busque, na intersubjetividade, construir outras possibilidades de trabalho.

2.2 Novos jeitos de cuidar em saúde: interseccionalidade entre velhos e novos modos de cuidado na perspectiva das ACS

O segundo núcleo narrativo que se desenhou foi produzido a partir das linhas de fuga encontradas pelas ACS diante da necessidade de reorientar as visitas domiciliares às famílias sobre responsabilidade sanitária, levando-as a remodelarem as estratégias para alcançar os usuários que não têm acesso à internet ou ao telefone, como a visita de calçada, conforme relatada na fala: *As pessoas que eu não tenho telefone ou que às vezes eu preciso falar e não dá certo a ligação, eu estou indo na calçada, eu estou indo até a porta, eu falo com essa pessoa, pergunto como está, vejo a situação do que eu estou querendo saber e também, assim, tenho encontrado com elas na rua e temos conversado. O trabalho tem dado certo, não tem atrapalhado não. Está sendo um momento muito bom e de muito aprendizado (ACS Maria Fernanda).*

Visita na calçada pode soar estranho, mas em tempo de pandemia passou a ser um local de encontro para o cuidado em saúde. É necessário, assim, trabalho, talvez duplicado, ressignificado, constituído de multiplicidades, a partir do cuidado ampliado na perspectiva individual, familiar e comunitário, com uso de comunicação a distância ou comunicação reinventada. Precisa-se inovar em alguns métodos e talvez recuperar outros antigos, como as conversas nas calçadas.

O medo do contágio surge como preocupação das ACS, que tanto pensam na própria segurança, como da comunidade que assistem. Neste sentido, a pandemia surge como algo que desestabiliza o processo de trabalho e afasta as pessoas: *As visitas domiciliares deixam de ser aconchegantes, visto que, quando precisa desse recurso, se faz necessário cumprir o protocolo recomendado, os números caíram, muitos procedimentos são impossíveis de realizar, no entanto, acredita-se que experimentando esses desafios possam ficar para a nossa vida* (ACS Mel).

Por outro lado, possibilita-se recriação, principalmente no que concerne à visita domiciliar, uma vez que passa a ser limitada e fortemente regida por novas normas e procedimentos que acabam afetando o vínculo. *A pandemia está atrapalhando muito na questão da visita domiciliar, de não poder adentrar ao domicílio, estou respeitando as normas de distanciamento para minha proteção e do indivíduo que vou visitar, fico angustiada porque tem famílias que nos recebe com muito carinho e nos pede para entrar, mas respeito as normas de distanciamentos de pessoa para pessoa, mas diante dessa infecção apocalíptica que maltrata e dizima a humanidade, tem pessoas que não aceitam visitas* (ACS Ana).

No entanto, percebe-se, ainda, centralidade do cuidado nos grupos de risco ao referir que: *Algumas famílias que não têm o telefone, não temos como nos comunicar, é, aí, onde entra a questão das visitas que preconiza o Ministério da Saúde - priorizar os pacientes de risco, as pessoas com mais de 60 anos, as doenças crônicas não transmissíveis, aqueles que tem problemas*

de asma, os imunossuprimidos e, aí, a gente tem que buscar estratégias: usar a máscara (ACS Ana). Ou como evoca a ACS Estrela: só estamos visitando puérperas, e para vacinação do idoso acamados, ou se acontecer alguma intercorrência. Na minha rotina de trabalho, está sendo um pouco difícil porque não estamos podendo sair para fazer visita, só visita de extrema necessidade, de muita urgência (ACS 2- Filó).

3. Discussão

Vive-se em um país de desigualdades sociais e que mesmo com a disponibilidade das agentes de saúde em mudar o jeito de trabalho, a narratividade elucida a carência de condições de trabalho, como indisponibilidade de telefone e dados móveis de internet institucionais. Percebe-se, então, que o discurso instituído pelo Estado de que é possível trabalhar via mídias digitais, negligência tal fato e ainda nega o acesso de milhares de pessoas, especialmente os de maior vulnerabilização social, como idosos e pessoas de baixa renda que habitam os territórios¹⁸.

A pouca valorização do trabalho do ACS coaduna com o atual cenário de desmonte da Atenção Primária à Saúde, postulado pela nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que reduziu significativamente o quantitativo de ACS, descaracterizou funções comunitárias e reduziu o papel de articulador entre a população e os serviços de saúde. Essas mudanças refletem a propagação da política neoliberal que se adensam, cada vez mais, no âmbito do Estado, tendo como consequência o não reconhecimento do potencial da APS e a redução do financiamento para este nível de atenção¹⁹.

As estratégias de uso de mídias sociais, como chat, *WhatsApp*, entre outros, tem sido utilizada em outros setores, como Tribunal de Justiça do Paraná que autorizou a realização de audiências virtuais, por intermédio de aplicativos de mensagem instantânea, facilitando o acesso à justiça, sem deixar

de dar a devida importância ao isolamento social durante a pandemia da COVID-19²⁰.

Nesse sentido, o instituído (linhas molares) remete ao momento consolidado, estratificado, delimitado, enquanto o instituinte (linha moleculares) corresponde à emergência de um acontecimento, do movimento, da novidade e da diferença^{10,21}.

É notório que a pandemia mostra que mesmo diante do caos, tem-se enfrentado injustiça pandêmica, que novamente protege os donos do capital, em detrimento daqueles que estão em situação de vulnerabilização¹¹. Assim, agentes de saúde, como tantos outros profissionais, são expostos aos riscos de contaminação, pois assumem trabalho sem saber quem são os infectados e sem garantia de Equipamentos de Proteção Individual, retratando o neocapitalismo na saúde, que sempre premia os donos do capital e pune a classe trabalhadora, criando novas subjetividades na produção do trabalho.

Dentre as atribuições do ACS, destaca-se a visita domiciliar como a principal tecnologia leve, utilizada com objetivo de apropriação do território, mapeamento das condições de saúde das famílias, identificação e priorização de grupos de maior vulnerabilidade, mas também desponta como potente espaço de troca de saberes e, conseqüentemente, facilitador do fortalecimento de vínculos em tempos de incertezas, como no caso de uma emergência em saúde pública^{17,20}.

As narrativas trazem mudanças estruturais no ato de cuidar, baseadas nas experiências das ACS, que conseguem articular as práticas institucionalizadas no campo da saúde e normatizadas pelo Ministério da Saúde, com novas experimentações vivenciadas empiricamente durante a pandemia. Para tanto, utiliza-se da rede de relações, fortalecendo a comunicação entre o serviço de saúde e a comunidade²⁰.

Apesar dos avanços e das conquistas, percebe-se certa fragilidade nas práticas educacionais no processo de cuidado das ACS, o que denota fragilidade e/ou ausência de Educação Permanente em Saúde (EPS). Estudos

apontam a EPS como dispositivo de grande relevância para qualificação das ações dos ACS, pois pode propiciar condições objetivas de aprendizado significativo, baseadas na realidade atual e em situações concretas provenientes do cotidiano de trabalho^{22,23}.

Posto isso, acredita-se ser necessário criar outras roupagens no trabalho do ACS, de maneira que o uso da comunicação mediada por tecnologias digitais se traduza em potencialidades, sem desconsiderar as diferenças dos territórios. Urge ousar e inovar em alguns modos, recuperar outros antigos e até criar um terceiro, a partir da mistura dos novos e velhos jeitos de fazer saúde.

CONCLUSÃO

A pandemia da COVID-19 gerou impactos significativos e, ainda, não completamente dimensionados no processo de trabalho dos ACS, tanto nos aspectos organizacionais como nas relações sociais estabelecidas nos territórios. O mundo não será o mesmo. O trabalho dos ACS passa por mudanças cruciais, dentre as quais, cita-se a recriação de modos de subjetivação no mundo vivo do trabalho.

O uso do *WhatsApp* despontou como potência no processo de trabalho, com forte indicativo de incorporação na prática, também, para o pós-pandemia, apesar das limitações dos usuários quanto ao uso e à disponibilidade deste recurso, como também o não investimento do setor público para utilização das mídias sociais no processo de trabalho.

As narrativas apontam novas possibilidades de reinvenção da visita domiciliar, principal atividade desses profissionais, inclusive o resgate de velhos hábitos em novas configurações, como a visita na calçada.

Sentimentos como medo, angústia e impotência foram evocados nas falas das ACS desta pesquisa, assim como fatores limitadores da prática, em

tempo de uma doença desconhecida, levando-os a necessidade de ressignificar o processo de trabalho.

Assim, este estudo aponta algumas limitações, como o fato de a coleta ter sido realizada de forma remota, inviabilizando o aprofundamento de alguns pontos narrados pelos ACS. Aponta-se, ainda, a impossibilidade da participação dos ACS da zona rural, sujeitos importantes para compreensão do fenômeno em contextos distintos, em virtude do difícil acesso de comunicação via internet.

REFERÊNCIAS

- 1- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Folha informativa sobre COVID19 [Internet]. Available from: www.PAHO.org.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Painel coronavírus [Internet]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>.
- 3- Ceará. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. IntegraSUS. Indicadores Coronavírus. [Internet] 2021. Available from: <https://indicadores.integrasus.saude.ce.gov.br/indicadores/indicadores-coronavirus>.
- 4- Giovanella L, Rizzotto MLF. Atenção Primária à Saúde: da Declaração de Alma Ata à Carta de Astana. *Saúde Debate* 2018; 42(1 Spec No):6-8.
- 5- Vitória AM, Campos GWS. Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI. Frente Estamira de CAPS. [Internet] 2020. Available from: <https://frenteestamira.org>.
- 6- Maciazeki-Gomes RC, Souza CD, Baggio L, Wachs F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(5):1637-46.
- 7- Silva MRF, Pontes RJS. Território ativo: uma proposta de revisão da territorialização da Estratégia Saúde da Família. In: Silva MRF, Pinto FJM. *Produção científica e sua aproximação com a saúde coletiva: multiplicidades de objetos e métodos.* Fortaleza: EdUECE; 2013. p.21-36.

- 8- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
- 9- Deleuze G, Guattari F. O que é a filosofia? Tradução: Bento Prado Júnior e Alberto Alonso Munoz. Rio de Janeiro: editora 34; 2010.
- 10- Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs, 1. Capitalismo e Esquizofrenia. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira, Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. São Paulo: Editora 34; 2017.
- 11- Sato M, Santos D, Sanchez C. Vírus: simulacro da vida? Rio de Janeiro: GEA-SUR; UNIRIO, 2020/ Cuiabá: GPEA, UFMT; 2020.
- 12- Deleuze G. Lógica do sentido. Tradução: Luis Roberto Salinas Fortes. São Paulo: Perspectiva; 2015.
- 13- Kastrup V, Passos E. Cartografar é traçar um plano comum. In: Passos E, Kastrup V, Tedesco S. Pista do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum. Porto Alegre: Sulina; 2016. p.15-41.
- 14- Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Banco de dados: cidades. 2020. Available from: [http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br).
- 15- Vivot CC, L'abbate S, Fortuna CM, Sacardo DP, Kasper M. O uso do WhatsApp enquanto ferramenta de pesquisa na análise das práticas profissionais da enfermagem na Atenção Básica. *Mnemosine* 2019; 15(1):242-64.
- 16- Amador FS, Rocha CTM, Brito JM, Barros MEB. A Narrativa como dispositivo metodológico em clínicas do trabalho. 5º Congresso Ibero Americano de Investigação Qualitativa em Saúde; 2016.
- 17- Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2007.
- 18- Buss PM. De pandemias, desenvolvimento e multilateralismo. Agência Fiocruz de Notícias. Available from: www.fiocruz.br.
- 19- Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, Carvalho FFBC, Tavares G, Silva KC. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). *Rev. Panam. Salud Pública* 2018;

42:e180.

- 20- Paraná. Tribunal de Justiça. COVID-19: Juizados Especiais do Estado podem realizar audiências virtuais de conciliação. Available from: https://www.tjpr.jus.br/noticias/-/asset_publisher/9jZB/content/juizados-especiais-do-estado-podem-realizar-audiencias-virtuais-de-conciliacao/18319.
- 21- Grisotti M. Pandemia de Covid-19: agenda de pesquisa em contextos de incertezas e contribuições das ciências sociais. *Physis* 2020; 30(2):1-7. Available from: www.scielo.org/article/physis/2020.
- 22- Bornstein VJ, Morel CM, Pereira IDF, Lopes MR. Desafios e perspectivas da Educação Popular em Saúde na constituição da práxis do Agente Comunitário de Saúde. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(2): 1327-39.
- 23- Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos MLM, Bertussi DC, Baduy RS. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde Debate* 2019; 43(6):70-83.

**O cotidiano do Agente Comunitário de Saúde na zona rural:
entre o sofrimento e a pertença profissional**

*The daily life of Community Health Workers in the rural area:
between suffering and professional belonging*

*La vida diaria de los Agentes Comunitarios de Salud del área
rural: entre el sufrimiento y la pertenencia profesional*

Beatriz Santana Caçador¹
Samara Belisa Vieira Lobo Fonseca²
Laylla Veridiana Castória Silva³
Rodolfo Gonçalves de Melo⁴
Gian Batista Carmo⁵
Lilian Cristina Rezende⁶

RESUMO:

O estudo teve por objetivo compreender o cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde na zona rural. Para isso, foi realizado um estudo de natureza qualitativa, cujos participantes foram sete agentes comunitários de saúde atuantes na zona rural de um município no interior de Minas Gerais. Foi realizada uma entrevista aberta, orientada por roteiro semiestruturado, entre os meses de agosto a outubro de 2017. Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo de Bardin. Observa-se que o cotidiano do agente comunitário de saúde na zona rural tem sido marcado pela insegurança decorrente da ocorrência de assaltos, as longas distâncias e dificuldade de transporte e as ações da gestão que não condizem com a realidade da comunidade. Essa realidade provoca sentimentos de sofrimento moral, mas, também, percebe-se

¹ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Email: cacadorbeatriz2@gmail.com

² Enfermeira Obstétrica no Hospital Santa Teresa (Rede Santa Catarina) – Petrópolis- Rio de Janeiro

³ Especialista em Saúde da Família. Mestranda em Doenças Infecciosas na Universidade Federal do Espírito Santo

⁴ Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa

⁵ Mestre em Ciências da saúde pela Universidade Federal de Viçosa. Enfermeiro na Prefeitura Municipal de Viçosa

⁶ Enfermeira, residente pós-doutoral no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG

a presença de laços afetivos e pertença profissional. Assim, evidencia-se que é fundamental conhecer a realidade material e subjetiva do cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde na zona rural, para que seja possível contribuir para a melhoria de seu processo de trabalho bem como pensar estratégias de saúde do trabalhador e educação permanente que sejam coerentes com sua realidade de vida e de construção de suas artes do fazer.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Zona Rural; Emoções.

ABSTRACT:

The study aimed to understand the daily work of community health agents in rural areas. For this, a qualitative study was carried out, whose participants seven-community health agents were working in the rural area of a municipality in the Minas Gerais's inland city. An open interview was conducted, guided by a semi-structured script, between the months of August and October 2017. The data were submitted to Bardin's Content Analysis. It is observed that the daily life of the community health workers in the rural area has been marked by insecurity resulting from the occurrence of robberies, the long distances and difficulty in transporting and the management actions that do not match the reality of the community. This reality causes feelings of moral suffering, but also the presence of affective ties and professional belonging is perceived. Like this, it is evident that it is essential to know the material and subjective reality of the daily work of community health workers in rural areas, so that it is possible to contribute to the improvement of their work process as well as to think of occupational health and education strategies permanent that are coherent with their reality of life and construction of their arts of doing.

Keywords: Community Health Workers; Rural Areas; Emotions

RESUMEN:

El estudio tuvo como objetivo comprender el trabajo cotidiano de los agentes comunitarios de salud en las zonas rurales. Para eso, se realizó un estudio cualitativo, cuyos participantes fueron siete agentes comunitarios de salud que actúan en el área rural de un municipio del interior de Minas Gerais. Entre agosto y octubre de 2017 se realizó una entrevista abierta guiada por un guión semiestructurado. Los datos se enviaron al análisis de contenido de Bardin. Se observa que el cotidiano del agente comunitario de salud en el área rural ha sido marcado por la inseguridad debido a la ocurrencia de robos, largas distancias y dificultades en el transporte y acciones de gestión que no corresponden a la realidad de la comunidad. Esta realidad provoca sentimientos de angustia moral, pero también es posible percibir la presencia de vínculos de seguridad y pertenencia profesional. Asimismo, se evidencia que es fundamental conocer la realidad material y subjetiva del trabajador, los agentes

comunitarios de salud en el medio rural, para que se pueda contribuir al mejor mejoramiento del proceso de trabajo, así como compensar estrategias para la salud y la educación de los trabajadores permanentes perdidos, seguros de la vida y construcción de su oficio.

Palabras clave: Agentes comunitarios de salud; Media Rural; Emociones.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, representa uma importante transformação social para a garantia da saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Tem como pressuposto a compreensão ampliada de saúde de modo a reconhecer as determinações sociais como fundamentais no processo de saúde, doença e cuidado. Ademais, assume-se o cuidado integral como perspectiva da ação em saúde¹.

No que tange à perspectiva da integralidade, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF) de 1994 -posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) - surgem para aprimorar e melhorar as condições de saúde das famílias nas comunidades. Juntos, atuam na prevenção de agravos e promoção da saúde sob a ótica dos princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade².

Nesse sentido, a ESF introduz novos paradigmas de produção do cuidado e de organização do processo de trabalho dentro do qual se destaca a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS). O ACS é responsável por promover o elo entre a comunidade e o serviço de saúde, além de facilitar o acesso e a introdução dessa produção de cuidado no cotidiano de vida da comunidade¹.

Desse modo, o cotidiano de trabalho do ACS é marcado pela peculiaridade de ser trabalhador da saúde e morador da comunidade, vivenciando todas as determinações sociais que permeiam o viver da comunidade. Há que se ressaltar ainda as singularidades inscritas na zona rural

haja vista os desafios que perpassam seu cotidiano como: dificuldade para realização de busca ativa e visita domiciliar; mudança periódica de clima, entre chuva, sol, calor e outras intempéries; falta de meios de transportes para deslocamento na comunidade e grande distância entre a área atendida e a unidade de saúde; animais à solta no trajeto; presença de animais peçonhentos; estradas precárias; vulnerabilidade social; problemas sociais na comunidade, como falta de saneamento básico e proliferação de doenças infectocontagiosas; dentre outros desafios³.

Importa destacar que o processo histórico de construção da prática profissional do ACS é permeado por conflitos com relação ao escopo e natureza de seu fazer, além das fragilidades em sua formação para o exercício profissional⁴. Nesse sentido, Martines *et al*⁵ afirmam que mediante ausência de perspectiva com relação aos elementos constitutivos da organização do processo de trabalho do ACS, bem como lacunas e fragilidades estruturais do modelo de atenção à saúde fazem de seu cotidiano um lócus importante de vivências subjetivas decorrentes das contradições que lhes são inerentes e da idealização da própria prática em seu cotidiano.

Considera-se a perspectiva de Certeau⁶ sobre o cotidiano, compreendendo-o como o lugar da invenção, mas também da opressão. É no cotidiano que se expressam as micro liberdades e micro resistências do homem comum que se revelam no ordinário da vida, mediante sua prática a qual, por sua vez, subjetiva a norma, a política e imposições da ordem dominante. Assim, o cotidiano é palco de astúcias anônimas de artes que reconfiguram a realidade⁶.

Assim, tem-se como pressuposto que as singularidades inscritas no cotidiano de trabalho do ACS na zona rural mobilizam vivências subjetivas que afetam diretamente sua forma de ser e estar no mundo, inclusive, seus atos de pertencimento profissional. Dessa forma, surge a inquietação “Como é o cotidiano do agente comunitário de saúde nas áreas rurais?”

A partir dessa perspectiva, o estudo tem por objetivo compreender o cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde da zona rural.

1 Metodologia

Estudo de natureza qualitativa, a fim de compreender os significados dos fenômenos estudados, a partir do contexto no qual se insere, do lugar onde acontece, bem como do encontro entre o observador, o objeto de análise e seu entorno⁷.

O estudo foi realizado em um município no interior de Minas Gerais, que possui oito Programas de Estratégia de Saúde da Família e que atende às demandas da zona rural. Assim, foram convidados a participarem do estudo 8 agentes comunitários de saúde, um de cada ESF, entretanto, um se recusou a participar de modo que participaram sete agentes comunitários no estudo.

Os dados foram coletados por meio de entrevista aberta orientada por roteiro semiestruturado, agendada de acordo com a disponibilidade do entrevistado, gravadas e transcritas na íntegra, a fim de garantir a fidedignidade dos dados. Os pesquisadores foram treinados para a coleta. Para garantir o sigilo das entrevistas foram identificadas de E1 a E7.

A coleta ocorreu no período de agosto a outubro de 2017, em local privado, previamente agendado com o entrevistado e o entrevistador. A secretaria de saúde do município em questão liberou os profissionais para a realização da entrevista.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo proposta por Bardin⁸. Na organização foram aplicadas as três etapas: pré-análise, com transcrição das entrevistas na íntegra; exploração do material, com tratamento descritivo das informações contidas nas falas, transformando-as em dados com significados; e tratamento dos resultados, inferência e a interpretação, com confronto dos dados à luz da literatura⁸.

O estudo respeitou os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (CEPH-UFV Parecer 1.135.193) de 02 julho de 2015, e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde do município. Os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2 Resultados e discussão

Em relação ao perfil dos participantes, todos os participantes eram mulheres, sendo três casadas, três solteiras e uma divorciada. Além disso, as sete possuíam ensino médio completo. O tempo de serviço variou entre seis e vinte anos.

De forma geral, o predomínio de mulheres na pesquisa foi semelhante ao observado em outros estudos. A presença feminina, tradicionalmente, é marcante em outros profissionais de saúde, o que reforça o estereótipo da mulher como figura responsável pelo cuidado. Isso atua como algo intimamente ligado ao papel de cuidador exercido pela mulher dentro da sociedade, uma vez que em seus lares tornam-se responsáveis pelo cuidado⁹.

Acrescenta-se ainda a esses dados, o fato que o cargo de agente comunitário de saúde possibilita a inserção ou reinserção das mulheres no mercado de trabalho, a fim de incrementarem a renda familiar, sem a necessidade de se afastarem da família ou da comunidade onde moram. Sabe-se que, historicamente, a mulher assume um lugar de cuidadora, com afinidade e sensibilidade, e ao atuarem em sua comunidade e representarem seus usuários nos serviços de saúde, conseguem oferecer um cuidado mais humanizado¹⁰.

Compreende-se que o grau de escolaridade está relacionado às condições do agente comunitário de saúde de incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade. Entretanto, menores níveis de escolaridade podem estar relacionados à baixa remuneração profissional e

contínua perda do seu papel como mobilizador da comunidade e como sujeito social atuante⁹.

Assim, segundo Vidal¹¹, infere-se que, a profissão do agente comunitário de saúde, majoritariamente, é composta por mulheres que reside nas comunidades, com pouca qualificação técnica, mas, que procuram oportunidades de trabalho e de geração de renda, mesmo com remuneração menor, desde que próxima à sua residência, para conciliação com as demais atribuições socialmente impostas. Demonstra-se, também, uma grande proporção de profissionais solteiras e divorciadas, em concordância com as mudanças atuais na sociedade.

Em consonância com o presente estudo, evidencia-se que o tempo de trabalho geralmente é alto, devido à baixa rotatividade dos profissionais, que pode estar relacionado ao tipo de vínculo empregatício, quase em sua totalidade do quadro permanente municipal. Isso constitui-se um aspecto positivo, pois o grande tempo de serviço naquele local, contribui para a construção de laços firmes de confiança no trabalho do ACS com a comunidade¹².

2.1 Partindo do cotidiano de trabalho

No cotidiano de trabalho, o ACS configura-se como um elo entre a comunidade e a equipe de saúde. Dessa forma, une dois universos – senso comum e saber científico -- os quais historicamente têm se mantido distantes. O ACS atua tecendo as tramas do fio complexo da produção social da saúde, através do cuidado com o outro, cuidado de si, integralidade dessas formas de cuidado e promoção da saúde¹³.

Entretanto, alguns problemas ocorrem nesse cotidiano de produção de saúde, tanto no contexto urbano quanto no rural. Nota-se que o ACS da zona rural convive com desafios singulares, principalmente no tocante ao acesso à comunidade rural que assiste, pois não há veículo suficiente para auxiliar no percurso, os horários de ônibus são escassos, além disso, há uma grande

distância entre às residências, geralmente com estradas não asfaltadas, que causa inacessibilidade em áreas específicas. Também, há o risco de sofrer assalto, devido à incidência de violência em algumas localidades, conforme evidenciado nos depoimentos a seguir.

“[...] Agora está tendo assalto, às vezes lá eles tão achando moto roubada. Tem um paciente da minha área que foi roubado três ou quatro vezes, assim direto, sabe? E assim, não tem horário, nem casa, onde eu moro lá na zona rural um foi assaltado, três horas da tarde, então assim, eu tenho medo, eu vou, mas eu vou com medo, mas eu gosto. Assim, apesar de todas as dificuldades que tem, eu amo trabalhar na zona rural. (E5)” “Na zona rural, a distância é muito grande, aí o médico vai lá, mas horário de ônibus lá só tem 2 vezes por semana e os outros dias? Se não tiver o carro no vizinho, vai ficar doente, vai ficar passando mal, pode até morrer. (E3)” “Um pouco de dificuldade da zona rural é o transporte, tem área nossa da zona rural, uma boa área é descoberta, sem agente de saúde, está faltando dois agentes de saúde, a área mais distante está sem agente de saúde, e lá a lotação é só duas vezes por dia ou vem oito horas da manhã e quatro horas da tarde, e não tem mais horários, quer dizer, a pessoa que vem num ônibus oito horas da manhã tem que esperar três horas da tarde pra voltar. (E2)”

Os depoimentos revelam que a superação da distância entre as moradias rurais e as equipes de saúde da família tornam-se um grande desafio imposto ao ACS para organizar o acesso das populações rurais ao cuidado em saúde. Para que essa (re)organização ocorra é unânime no estudo a necessidade do apoio da gestão¹⁴.

Porém, o ACS lida no cotidiano com problemas decorrentes da gestão, que afetam diretamente a qualidade do serviço prestado, além dos inúmeros obstáculos causados pela dificuldade de acessibilidade à zona rural, conforme evidenciado abaixo.

“A forma que eles [gestão] não pensam no paciente, não senta com você, pra ver a realidade, isso várias vezes acontece, eles não querem saber da

realidade de ninguém, e a mudança sempre tem que ser o melhor pra eles, e aí a gente tem que adaptar, é coisa assim que bate e volta, porque eles tentam a mudança, a gente sabe que não dá certo, mas tem que ser assim, então fica muito difícil, é esse tipo de dificuldade que acontece diariamente, esse tipo de mudança que a gente não pode fazer nada, simplesmente, chegar para o paciente e poder falar, e para eles mais difícil ainda por ser da zona rural, a gente tá assim de pés e mãos atadas, mas tem que passar pra eles esse tipo de mudança. (E6)”

O agente comunitário de saúde constitui-se como uma personificação do acesso à saúde para a comunidade, seja por ser uma primeira referência, e às vezes única, para acolher às demandas da população, principalmente na zona rural, no qual médicos e enfermeiros possuem dias específicos para realização de consultas e visitas domiciliares, seja por identificar e construir orientações e encaminhamentos às necessidades de saúde das pessoas, buscando articulações junto aos diferentes atores para desenvolvimento de melhorias no sistema de saúde local¹⁴.

Neste contexto, o ACS é essencial para viabilizar apoio, implementação e desenvolvimento de ações voltadas para a comunidade, entretanto, não se sentem apoiados e reconhecidos pela gestão, relação essa que se for de qualidade propicia a construção de pontos de apoio para ampliar o acesso à saúde das comunidades rurais¹⁴.

Entende-se, então, que há uma grande necessidade de melhoria na qualidade da relação entre gestores, profissionais de saúde e usuários. A rede de saúde deve funcionar como uma verdadeira equipe, levando em consideração o papel de cada indivíduo que está inserido nela¹⁵.

Ademais, além da dificuldade que o ACS possui de acesso às moradias, a população rural precisa, em muitos casos, assumir o ônus físico e financeiro do deslocamento até a cidade para realizar exames e consultas, o que significa, também, uma barreira de acesso ao cuidado. Isso vai de encontro aos problemas com a gestão, pois revelam que, embora haja problemas geográficos

e iniquidades de poder aquisitivo, a continuidade do cuidado permanece pouco acessível, e, o ACS que conhece e vivencia essa situação, por diversas vezes não é ouvido¹⁴.

2.2 Adentrando nas vivências de sofrimento

O sofrimento pode ocorrer por diversas causas. Dentre elas, quando há falha na intermediação entre as expectativas do trabalhador e a realidade imposta pela organização do trabalho. Dessa forma, as fragilidades no serviço de saúde repercutem na falta de resolutividade dos problemas da comunidade, que causa sofrimento ao ACS, devido à relação de proximidade que se estabelece com o usuário da comunidade, e contribui para que se sinta responsável por essas pessoas¹.

O depoimento abaixo relata que há grande envolvimento do ACS com o seu serviço, que o leva a refletir sobre questões relacionadas à comunidade, de modo a envolver-se de tal maneira que se sente “de mãos e pés atados” em tarefas que não consegue agir em prol da sua comunidade, culminando em sofrimento. “O que causa sofrimento é algumas mudanças que vem e a gente tem que passar aquilo para o paciente, sendo que a gente não concorda com aquilo, você tem que falar, que a partir de agora vai ser dessa forma, sendo que a gente tá de pés e mãos atadas. (E6)”

Quando se vivencia um conflito ético e sobre ele não é possível imprimir uma prática coerente com que se acredita, produz-se sentimento de impotência, angústia e frustração que configuram a experiência de sofrimento moral. Assim, há uma consciência ética do que deve ser feito mediante um conflito ético, porém, não se consegue agir em consonância com o que se acredita¹⁵.

Sofrimentos decorrentes da impotência em relação ao que se acredita ser o mais correto a se fazer são experimentados no cotidiano do ACS, conforme evidenciado na situação narrada abaixo. OACS quando observa um

problema com o usuário ou com sua família e não pode interferir sente um enorme sofrimento, principalmente ao saber de situações criminosas e não conseguir ajudar. “Então, aconteceu nessas últimas semanas uma criança que tem problema mental e ela foi “estuprada” e agora de novo tem uma situação na minha área também, que é uma situação muito difícil, quando eu fiquei sabendo foi muito difícil para mim. Que eu não imaginava que ia acontecer, aí foi muito triste e eu nem consigo saber, olhar para pessoa que aí eu já choro. Eu não posso ajudar e a mãe é alcoólatra e ela não quis entrar com a ação contra o homem e aí eu fui e falei “Você tem que entrar, você tem que fazer! Tem que ir lá denunciar”, aí ela falou “não”, que aí ela foi chamada para depor e ela falou que ia negar tudo, que o filho dela é louco. Aí a gente tenta falar com eles lá e fala “Tem que falar, é seu filho” e ela “não”, mas como ele frequenta a APAE, ela acha que ele tem problema mental e aí é louco, que é mentira. Mas aí foram investigar a vida do homem e isso já acontece com várias crianças. Foi, assim, o maior sofrimento que eu tive desses anos e anos na minha área. E você vendo que a pessoa não faz nada, ela não quer fazer. (E5)”

Também, a baixa resolutividade dos problemas da comunidade gera sofrimento ao ACS. Segundo Speroni *et al*¹⁶, a resolutividade é compreendida quando o indivíduo procura o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo e, como resposta, o serviço de saúde está seguramente habilitado para enfrentar e resolver as problemáticas dos sujeitos seguindo o nível de competência desses serviços. Entretanto, isto é, o oposto ao relatado pelo entrevistado no estudo. “[...] Isso aí de não dar conta das minhas visitas na zona rural. Teve um senhor que veio a falecer, que não aceitou minha visita, não aceitou eu cadastrar ele, tipo assim poderia até agredir, mas chegou a falecer devido a condições, entendeu? Eu já liguei, acionei a ação social e ninguém faz nada. Aí a gente fica assim, de mãos atadas. (E3)”

Se de um lado tem-se o ACS enquanto profissional de saúde, pertencente à uma equipe da estratégia saúde da família, por outro tem-se o ACS que se relaciona com o usuário, àquele que estabelece uma relação

rodeada por sentimento de frustração, solidariedade e empatia, e que contribui para formação do sentimento de pertença com a comunidade em que vive, uma vez que as pessoas de sua convivência são as mesmas, dentro e fora do ambiente de trabalho¹⁷.

Dessa forma, as vivências de sofrimento produzem uma série de sentimentos que se relacionam ao estudo. Dentre eles, destacam-se: culpa, choro fácil, frustração, constrangimento e raiva. Além disso, a maioria desses sentimentos são guardados para si, a fim de não causar preocupação à família e não intervir no funcionamento da mesma, conforme os depoimentos abaixo.

“Porque a situação é muito difícil e não está na minha mão para ajudar. Aqui eu tento manter o máximo, eu não demonstro nada, mas aí quando eu chego em casa aí eu sofro, choro um pouco. Porque às vezes acontece que eu não posso desabafar em casa, a gente tem que guardar para a gente né. (E5)”. “No início, nossa, levava para casa, ficava pensando, perdia o sono, ficava preocupada com as pessoas, sonhava muito, assim, ainda sonho, mas antes levava muito para casa. Agora não, eu tento no máximo possível, quando sair daqui da porta do posto, não levar. Tentar mentalizar assim, amanhã eu resolvo, quando der eu resolvo, mas apesar de que eles ligam lá em casa perguntando “E aí, tal, não sei o que...” (risos) A gente acaba que assim, não tem como falar que não leva para casa, acaba levando sim. (E3)”. “Mas o sentimento, às vezes, de ir para casa e falar assim hoje eu não consegui, hoje foi desgastante, mas entendeu? É muito complicado, porque querendo ou não, a gente acaba levando o problema pra casa, você fica, às vezes você acorda, nossa esqueci de fulano, hoje eu tenho que fazer isso, esqueci disso, já cansei de acordar assim, nossa tem que chegar lá e ligar pra fulano porque eu esqueci de falar pra ela, porque por ser zona rural eu tenho que ligar, pra poder comunicar, que até eu voltar lá, eu não vou ter o carro, essas coisas, mais, e eles a mesma coisa, quando eles precisam de mim também eles usam o telefone para poder comunicar comigo[...]Mas a gente fica com um sentimento muito constrangido,

assim de dificuldade mesmo de poder está fazendo alguma coisa para eles (E6)”.

Nota-se que esses sentimentos invadem a vida pessoal deste trabalhador, fazendo com que ocupem espaço em sua vida pessoal, de forma a trabalhar horas além de seu turno, causar preocupações excessivas e contribuir para o aumento do sofrimento.

As descrições de vivências depressivas, de angústia, frustração e desamparo encontradas nos depoimentos do estudo, apresentam-se em conformidade ao estudo de Martines *et al*⁵, que relata que as vivências se dão visivelmente pelo fato do ACS se cobrar ostensivamente para atender e superar suas expectativas – reais e idealizadas. Essas expectativas formam uma tríade que constrói e reforça componentes de idealização com relação aos limites de atuação do ACS, por se relacionarem entre as comunidades, as próprias e as da equipe⁶.

Dessa forma, devido à falta de limites e limitações entre o trabalho do ACS e a vida comunitária, e, o usuário e os afazeres no trabalho, invadem a vida pessoal do ACS, desdobrando-se em uma fonte de sofrimento. Assim, por não conseguirem discernir sobre os limites, pelo menos àqueles relacionados à criação de vínculos, doação de tempo e empenho, reciprocidade, entre outros, o ACS passa a vivenciar sentimento de impotência, cansaço e solidão, mais que isso criam um terreno de tensões na vida pessoal⁶.

2.3 Apesar do sofrimento

O trabalho em saúde opera sempre em redes e o ACS é construtor de sua teia, através da singularidade que age para com cada sujeito e por sua tenacidade, resistência e elasticidade nos diferentes territórios. Essa teia ocorre muitas vezes através dos encontros que o ACS promove entre a comunidade e a saúde, na construção de territórios, e, também, na singularidade de seus sentidos e afetos demonstrados no processo de trabalho⁵.

Segundo Galavote *et al*⁴, o agente comunitário de saúde é considerado como um ser múltiplo e nômade, por transitarem diferentes territórios existenciais, de saberes e práticas, construindo e desconstruindo mundos, em múltiplos encontros.

Assim, apesar dos diversos obstáculos encontrados para realização do processo de trabalho no cotidiano diverso do agente comunitário de saúde na zona rural, evidencia-se no estudo, relatos de sentimento de pertença desse trabalho, devido a construção de laços de afeto com os participantes da comunidade em que atuam e da gratidão por contribuírem na qualidade de vida do cidadão através dos cuidados prestados. Ainda, sentem-se acolhidos, além de acolherem, que contribui para um melhor acesso à saúde, qualidade de vida e dignidade da comunidade assistida. Ademais, conforme os depoimentos abaixo, há ainda o sentimento de amor e carinho pela profissão em que atuam. “Mas eu não consigo, não vou conseguir viver em outra profissão. Um dia vou aposentar? Vou sim! Mas quero fazer alguma coisa que seja parecido (risos). Mas é muito bom, eu gosto! (E3)”. “Agente comunitário na zona rural, eu acho que é a área perfeita. Porque a gente é muito bem acolhida, a gente chega e eles acolhem com aquele amor. É um amor, que eu falei que nunca desisto da minha área, apesar da dificuldade que eu tenho, de ser longe, de eu usar a minha moto, que a prefeitura não me ajuda em nada e eu vou com ela, faço o que eu posso com ela, eu acho que a minha área é minha área. Eu amo trabalhar na zona rural, apesar de todas as dificuldades. (E5)”. “Então, eu gosto de ser agente de saúde da área rural. Eu até prefiro trabalhar na área rural do que trabalhar na área urbana. O pessoal é muito mais amoroso, eles dão mais valor aquilo que você está fazendo, as pequenas coisas que você faz para eles, eles veem, eles gostam daquilo que a gente faz”. (E7)

Dessa forma, compreende-se que o profissional ACS está inserido no contexto comunitário e partilha das vivências cotidianas nesse espaço de vida e trabalho. Essa interação é permeada de afetos, que atuam influenciando

diretamente na qualidade de vida, no sentimento de pertença da profissão e nos sentimentos de felicidade e dever cumprido¹⁸.

Por isso, apesar de reconhecer a existência de problemas cotidianos, o ACS não deixa que estes os impeçam de continuar o trabalho, pois há um sentimento maior de afeto, vínculo com a comunidade, respeito e consideração. O vínculo afetivo com o trabalho e a comunidade, contribuem para que o ACS fortaleça seu papel de mediador entre o serviço de saúde e a população¹⁹. Ainda, segundo Bezerra *et al*¹⁹, sentimentos de satisfação, empatia, utilidade e esperança emergem da interação do ACS com as famílias, e indicam a estima potencializadora do mesmo com o território.

Ademais, a valorização do profissional agente comunitário de saúde pela comunidade, expõe sentimentos de utilidade e empoderamento. Essa valorização permite que o mesmo veja o indivíduo de forma integral, além do processo saúde-doença, mas como um ser completo, biológico e espiritual, possuidor de necessidades humanas e existenciais. Assim, a valorização, o afeto e o prazer encontrados no trabalho servem de motivação para o enfrentamento das dificuldades e sofrimentos vivenciados neste cotidiano².

Dessa forma, então, faz-se necessário conhecer e (re)pensar o cotidiano e os sentimentos vivenciados pelo ACS, a fim de (re)significar o sofrimento, seja pela mudança da realidade causadora, ou pela atribuição de sentido ao sofrimento e, assim, (re)encontrar as vivências de prazer no trabalho e proporcionar o bem-estar e saúde a estes trabalhadores¹.

Como limitações do estudo, destaca-se a utilização de uma única fonte de coleta de dados. Através da riqueza subjetiva inscrita no cotidiano da zona rural, acredita-se que investir em estratégias de coleta de dados coletivas, como grupos focais, tenha a potencialidade de aprofundar a compreensão das artes de fazer inscritas em um cotidiano tão singular como a zona rural.

CONCLUSÃO

O cotidiano do agente comunitário na zona rural tem sido marcado pela insegurança decorrente da ocorrência de assaltos, as longas distâncias e dificuldade de transporte e as ações da gestão que não condizem com a realidade da comunidade. Essa realidade provoca sentimentos de sofrimento moral, mas, também, percebe-se a presença de laços afetivos e pertença profissional. Assim, evidencia-se que é fundamental conhecer a realidade material e subjetiva do cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde na zona rural, para que seja possível contribuir para melhoria de seu processo de trabalho bem como pensar estratégias de saúde do trabalhador e educação permanente que sejam coerentes com sua realidade de vida e de construção de suas artes do fazer.

Assim, torna-se fundamental promover mais estudos sobre o cotidiano do ACS na zona rural e as vivências subjetivas experimentadas, para dessa forma, acessar as invisibilidades com mais profundidade refletir e repensar sobre o “cuidar de quem cuida”, a fim de promover melhorias na realização do trabalho, dar voz a esse profissional, valorizá-lo e resgatar sentimentos de prazer e felicidade.

REFERÊNCIAS

- 1- Lopes DMQ, Beck CLC, Prestes FC, Weiller TH, Colomé JS, Silva GM. Community health agents and their experiences of pleasure and distress at work: a qualitative study. São Paulo (SP): Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012; 46(3): 633-640. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/sXWyX5gxbHDQxj4wjHbLmfM/?format=pdf&lang=en>.
- 2- Costa MC, Silva EB, Jahn Ac, Resta DG, Colom ICS, Carli R. Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. Rio Grande do Sul: Rev. Gaúcha Enferm [Internet].. 2012; 33(3):134-140. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000300018>.

- 3- Santos MG, Ceretta LB, Schwalm MT, Dagostim VS, Soratto MT. Desafios enfrentados pelos agentes comunitários de saúde na estratégia saúde da família. *Revista Inova Saúde* [Internet]. 2015; 4,(1):26-46. Available from: <http://dx.doi.org/10.18616/is.v4i1.1765>.
- 4- Galavote HS, Franco TB, Lima RCD, Belizário AM. Joy and sadness in the daily activities of community health agents: scenarios of passions and emotions. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2013; 17(46):575-86. Available from: <https://www.scielo.br/j/icse/a/bJVCJcGbrS5FnhVvqjq33qd/?format=pdf&lang=pt>.
- 5- Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no programa de saúde da família. São Paulo: *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2007; 41(3):426-33. Available from: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/C4Z3ytVkBpfm6HJ3XdFCxhq/?format=pdf&lang=pt>.
- 6- Certeau M. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. 21. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1994. 352p.
- 7- Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. São Paulo: *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2005; 39(3):507-514. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>.
- 8- Bardin L. *Análise de conteúdo*. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016. 288p.
- 9- Castro TA, Davoglio RS, Nascimento AAJ, Santos KJS, Coelho GMP, Lima KSB. Agentes comunitários de saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. Rio de Janeiro: *Cad. saúde colet.* [Internet]. 2017; 25(3):294-301. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700030190>.
- 10- Pedraza DF, Santos I. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da estratégia saúde da família em dois municípios da paraíba. *Interações (Campo Grande)* [Internet]. 2017; 18(3):97-105. Available from: <https://doi.org/10.20435/inter.v18i3.1507>.
- 11- Vidal SV, Gomes AP, Batista RS. Bioética e Estratégia Saúde da Família: a perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde. *APS em Revista* [Internet]. 2021; 3(1):39-47. Available from: <https://doi.org/10.14295/aps.v3i1.134>.

- 12- Garcia ACP, Lima RCD, Lima EFA, Galavote HS, Andrade MAC. Perfil e o Processo de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* [Internet]. 2019; 11(2, n. esp): 339-344. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6553/pdf_1.
- 13- Baptistini R, Figueiredo T. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. *Ambiente & Sociedade* [Internet]. 2014;17(2):53-70. Available from: <https://www.scielo.br/j/asoc/a/gFYwGbcLLT4gpcDDW9mNfLh/?format=pdf&lang=pt>.
- 14- Soares AN, Silva TL, Franco AAAM, Maia TF. Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 2020;30(3):1-19. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300332>.
- 15- Caçador BS, Ramos FRS, Brito MJM. Processo de angústia/sufrimento moral em enfermeiros da estratégia saúde da família. *Enferm. Foco* [Internet]. 2016; 7(3/4):22-6. Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n3/4.910>.
- 16- Savassi LCM. Qualidade em serviços públicos: os desafios da Atenção Primária. *Rev Bras Med Fam e Com* [Internet]. 2012;7(23):69-74. Available from: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/392/460>.
- 17- Speroni KS, Fruet IAM, Dalmolin GL, Lima SBS. Percepções dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. *Rev Cuid* [Internet]. 2016;7(2):1325-37. Available from: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.338>.
- 18- Caçador BS, Brito MJM, Moreira DA, Rezende LC, Vilela GS. Being A Nurse In The Family Health Strategy Programme: Challenges And Possibilities. *REME rev. min. enferm.* [Internet]. 2015;19(3):620-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150047>.
- 19- Bezerra YRN, Feitosa MZS. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. *Ciênc. saúde colet.* [Internet]. 2018; 23(3):813-822. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.00292016>.

The quality of life of community health agents: an integrative review

*La calidad de vida de los agentes de salud comunitarios: una
revisión integrativa*

Tiago de Souza¹
Paulo Antonio Barros Oliveira²

ABSTRACT:

This study aimed to make associations among problems in the work process and their effects on quality of life domains of community health agents, in order to present a history of the scientific literature on the subject. This is an integrative literature review, which enabled a synthesis of data and information based on the guiding question: what is the relationship between work and quality of life of community health workers? The descriptors “agente comunitário de saúde” (“community health agent”) and “saúde do trabalhador” (“occupational health”) or “qualidade de vida” (“quality of life”) were used in the search for titles, abstracts, and subjects in the following informational resources: Virtual Health Library (BVS), encompassing Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), PubMed portal (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO), and Google Scholar. The bibliographic survey resulted in a final sample of 32 articles published between 2015-2021. The problems pointed out in the articles were categorized into five types: working conditions, devaluation, living in the community, professional identity, and solvability and, later, associated with the psychological, physical and social domains. It was possible to demonstrate that the psychological domain is the most affected compared to all the categorized problems, as well as the working conditions were the main focus of study of the articles published in the period.

Keywords: Community health agent; Occupational health; Quality of life at work; Review.

RESUMEN:

Este estudio tuvo como objetivo hacer una asociación entre los problemas en el proceso de trabajo y la participación en los dominios de calidad de vida de

¹ Email: tiago.ps.fono@gmail.com.

² Email: oliveira.pauloantonio@gmail.com

los Agentes Comunitarios de Salud, con el fin de exponer una historia de la literatura científica sobre el tema. Se trata de una revisión integrativa de la literatura, que permitió una síntesis de datos e informaciones a partir de la pregunta orientadora: ¿cuál es la relación entre el trabajo y la calidad de vida de los trabajadores comunitarios de la salud? Los descriptores “agentes comunitarios de saúde” (“agente de salud comunitario”) y “saúde do trabalhador” (“salud del trabajador”) o “qualidade de vida” (“calidad de vida”) fueron utilizados en la búsqueda de títulos, resúmenes y temas en los siguientes recursos informativos: Biblioteca Virtual en Salud (BVS), englobando Literatura Latinoamericana. American and Caribbean Health Sciences (LILACS), portal PubMed (MEDLINE), biblioteca digital Scientific Electronic Library Online (SciELO) y Google Scholar. El relevamiento bibliográfico resultó en la muestra final de 32 artículos publicados entre 2015-2021. Los problemas señalados en los artículos fueron categorizados en cinco: condiciones de trabajo, desvalorización, convivencia, identidad profesional y solvencia y, posteriormente, asociados a los dominios psicológico, físico y social. Fue posible demostrar que el dominio psicológico es el más afectado frente a todos los problemas categorizados, así como las condiciones de trabajo fueron el principal foco de estudio de los artículos publicados en el período.

Palabras clave: Agente de Salud Comunitaria; Salud del trabajador; Calidad de vida en el Trabajo; Revisión.

INTRODUCTION

Community health agents (CHA) are essential professionals for the consolidation of Brazil’s Unified Health System (SUS). Their work process, although different, when compared to that of other professionals in the Family Health Strategy team (ESF), also impacts all the assisted community. In addition, their actions are closely associated with the intersectorality and other services related to primary health care, making the solvability to be tied with the group action of managers, SUS workers and the community itself, thus aiming an improvement of health conditioning factors¹.

Like any other worker, community health agents have been subject to the precariousness of work and social conditions derived from a neoliberal conjunction since its conception in the 1990s². This precariousness interferes in the satisfaction of workers, exposing a set of favorable and unfavorable feelings related to the way they see their work. There is a significant distinction

between those feelings regarding performance and differing from objective rationale and behavioral intentions (pleasure or pain), directly interfering in the quality of life of workers³.

The Quality of Life at Work (QLW) may be conceived based on the concern with the wellness of workers and the organizational efficiency, in addition to the participation in decisions and problems at work⁴. Having said that, it should be noted the importance of discussions about the creation of strategies that enhance the QLW to provide wellness, pleasure, and motivation to promote engagement in work activities⁵. Due to the extent of the concept, various areas of knowledge foster research that analyses how the quality of life is constituted for a specific group, in addition to intervening in their conditions to prevent or solve the problems which cause distress⁵.

Thus, this study aimed to make associations among work-related problems and their effects on quality of life domains of community health agents in order to expose a background of the scientific literature on the subject.

1 Development

1.1 Methods

This is an integrative review of literature, which is a method able to summarize the results in a comprehensive and ordered way, with the possibility of simultaneous inclusion of studies with diversified methodologies, thus providing a synthesis of the knowledge production on the subject in its entirety⁶.

The study was structured based on six methodological stages: a) formulation of the research problem or question; b) establishment of the criteria used for data collection in literature; c) definition of information to be extracted from the material collected; d) evaluation and categorization of the selected studies; e) analysis and interpretation of data obtained in the search; f)

presentation of the knowledge synthesis proposed with an integrative review^{7,8}.

The guiding question “What is the relationship between work and quality of life of community health agents?” used the PECO strategy (acronym for population, exposure, comparator and outcome)^{9,10}. Based on that, it was possible to establish the governing aspects of the research: a) population: community health agents; b) exposure: problems related to work; c) comparator: not applicable to this study; d) outcome: impact on the health and quality of life.

During the search stage the following descriptors were used in Portuguese: “agentes comunitários de saúde” (“community health agents”) *and* “saúde do trabalhador” (“occupational health”) *or* “qualidade de vida” (“quality of life”), in titles, abstracts and subjects as in Table 1. Data were collected by using the following computational resources: Virtual Health Library (BVS), encompassing the Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS) and the PubMed portal (MEDLINE), the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Google Scholar. The following aspects were criteria for inclusion: to be an original article, to have the full text available, to have been published in the period from 2015 to March 2021; not to have language restrictions. Literature review studies, and academic thesis and dissertations were excluded from the analysis.

Table 1 – Search strategy of the integrative review

BVS	tw:((tw:(agentes comunitários de saúde)) AND (tw:(qualidade de vida))) AND (fulltext:(“1”) AND db:(“LILACS” OR “MEDLINE”) AND la:(“pt”)) AND (year_cluster:[2015 TO 2021])
	tw:((tw:(agentes comunitários de saúde)) AND (tw:(saúde do trabalhador))) AND (fulltext:(“1”) AND db:(“LILACS” OR “MEDLINE”) AND la:(“pt”)) AND (year cluster:[2015 TO 2021])
Google Scholar	“agentes comunitários de saúde” and “saúde do trabalhador” year cluster 2015-2021 in PT
	“agentes comunitários de saúde” and “qualidade de vida” year cluster 2015-2021 in PT
SciELO	agentes comunitários de saúde AND saúde do trabalhador
	agentes comunitários de saúde AND qualidade de vida

Source: elaborated by the authors.

The analysis of pre-selected studies, described in Table 1, was carried out by a researcher with experience in the production of integrative reviews. The process was accompanied by a review researcher so that, in case of non-agreement (situation not evidenced) at any stage, a third researcher would be consulted, thus avoiding bias in the selection of studies.

Titles and abstracts were initially analyzed based on the pre-established criteria for the scanning stage, based on the compatibility of subject proposed in the research and collection of both data and information directly from the community health agents. Thus, only studies in which the number of participants had been informed were included. Afterwards, a full reading of the articles considered as an eligibility criterium the need of discussions about the working conditions, health and/or quality of life, in order to answer the guiding question of this integrative review. The studies collected were imported to the

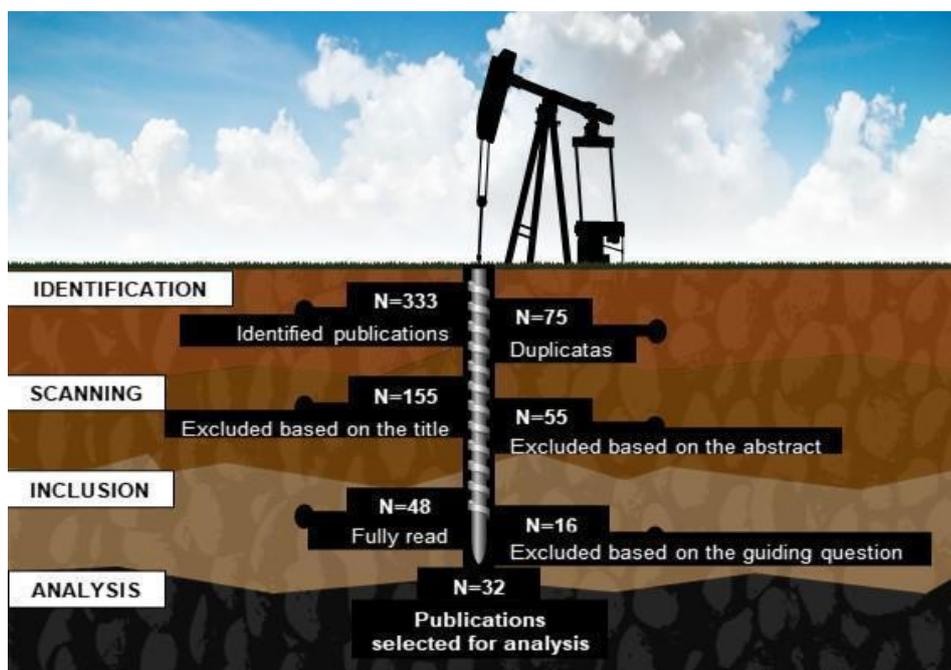
reference management software Zotero (version 5.0.93).

The data extraction stage was organized by a predetermined tool conceived by the researchers on Google Forms, automatically registered on an electronic spreadsheet. The tool is composed by questions that allow the identification of the authors, year of publication, state (location), study design, number of participants, problems regarding work process, and impacts on health and/or quality of life. The synthesis of this integrative review was described based on the cluster of the problems found set in categories. In addition, the impact on health/quality of life was arranged by domains (psychological, physical, and social)^{3,5}, aiming at a better organization and discussion of data. A graphic on the relationship between problems and impacts on health/quality of life was generated on the IRAMUTEQ software, through analysis of similitude.

1.2 Results and Analysis

In total, 333 studies were identified, of which 75 were excluded because they were duplicates. The scanning stage resulted in the exclusion of 155 articles after the reading of their titles and 55 articles after the reading of their abstracts. The analysis of titles and title-abstracts enabled the full reading of 48 research papers, which, due to eligibility criteria, excluded another 16 studies as shown in Picture 1.

Picture 1 – Flowchart of results of the integrative review



Source: elaborated by the authors.

The bibliographic search resulted in a final sample of 32 articles, presented in Table 2. The characterization of the review studies regarding the data found will be discussed in the results, as well as the categorization of the work-related problems and the presentation of impact domains on health and quality of life.

Table 2 – Details of the selected publications

Author and year	Journal	State	Method	N	Categories indicated in the work process	Domains of impairment of quality of life
Alcântara and Assunção (2016) ¹¹	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional	MG	Quant.	19	Working conditions;	Psychological ;
Almeida,	Revista da	SP	Quant.	13	Working	Psychological

Baptista and Silva (2016) ¹²	Escola de Enfermagem USP			7	conditions;	; Physical;
Almeida <i>et al.</i> (2018) ¹³	Revista Brasileira de Medicina do Trabalho	SP	Quant.	13 7	Working conditions;	Psychological ; Physical; Social;
Almeida, Baptista and Silva (2016) ¹⁴	Revista de Enfermagem UERJ	SP	Quant.	13 7	Working conditions;	Physical;
Bezerra and Lucca (2017) ¹⁵	Revista Baiana de Saúde Pública	PI	Qualit./ Quant.	16 8	Professional identity; Working conditions; Solvability; Living in the community;	Psychological ;
Broch <i>et al.</i> (2020) ¹⁶	Revista da Escola de Enfermagem USP	RS	Qualit.	25	Working conditions;	Psychological ; Social;
Chuengue and Franco (2019) ¹⁷	Physis: Revista de Saúde Coletiva	RJ	Qualit.	9	Working conditions; Living in the community; Professional identity;	Social;
Cipriano and Ferreira (2011) ¹⁸	Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia	SP	Quant.	28	Working conditions; Living in the community;	Psychological ; Physical;
Fernandes <i>et al.</i> (2018) ¹⁹	Cogitare Enfermagem	MG	Quant.	21 2	Lack of appreciation ; Working conditions; Living in the community;	Psychological ; Physical; Social;

Flumian and Fioroni (2017) ²⁰	Tempus, Actas de Saúde Coletiva	SP	Qualit.	8	Lack of appreciation ; Living in the community; Working conditions;	Psychological ; Physical; Social;
Garcia <i>et al.</i> (2019) ²¹	Revista Cuidado é Fundamental	ES	Quant.	291	Lack of appreciation ; Working conditions;	Psychological ;
Guañes-Lorenzi and Pinheiro (2016) ²²	Ciência & Saúde Coletiva	SP	Qualit.	28	Lack of appreciation ; Working conditions;	Psychological ;
Krug <i>et al.</i> (2017) ²³	Trabalho, Educação e Saúde	RS	Qualit./Quant.	251	Professional identity; Working conditions; Solvability;	Psychological ; Physical;
Lopes <i>et al.</i> (2018) ²⁴	Texto Contexto Enfermagem	RS	Qualit.	14	Devaluation ; Working conditions; Solvability;	Psychological ; Physical;
Malcher <i>et al.</i> (2019) ²⁵	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	PA	Quant.	56	Working conditions;	Physical;
Moura <i>et al.</i> (2020) ²⁶	Trabalho, Educação e Saúde	MG	Quant.	400	Working conditions; Professional identity; Lack of appreciation ; Living in the community;	Psychological ;

Neto <i>et al.</i> (2018) ²⁷	Saúde em Revista	CE	Qualit.	5	Working conditions; Solvability; Lack of appreciation ;	Psychological ;
---	------------------	----	---------	---	--	--------------------

Table 2 – Details of the selected publications
(continued)

Nisihara <i>et al.</i> (2018) ²⁸	Revista Brasileira de Medicina do Trabalho	PR	Quant.	98	Lack of appreciation; Working conditions;	Psychological; Physical; Social;
Oliveira, Leite and Sampaio (2019) ²⁹	Revista Multidisciplinar e de Psicologia	BA	Quant.	71	Lack of appreciation; Working conditions; Professional identity; Living in the community ;	Psychological; Physical;
Paula <i>et al.</i> (2015) ³⁰	Saúde e Sociedade	MG	Quant.	47	Lack of appreciation; Working conditions; Living in the community ;	Psychological; Physical;
Penna, Meneghini and Queiróz (2016) ³¹	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional	PR	Quant.	73	Professional identity; Working conditions; Living in the community ;	Psychological; Physical; Social;
Pinheiro	Revista	RN	Qualit	20	Working	Psychologic

<i>et al.</i> (2019) ³²	Brasileira de Medicina do Trabalho		.		conditions; Solvability; Living in the community ; Lack of appreciatio n;	al; Physical;
Rezende <i>et al.</i> (2021) ³³	Revista Eletrônica de Enfermagem	GO	Quant.	80	Professiona l identity; Lack of appreciatio n; Working conditions;	Physical;
Riquinho <i>et al.</i> (2018) ³⁴	Trabalho, Educação e Saúde	RS	Qualit .	25	Working conditions; Solvability; Lack of appreciatio n;	Psychologic al; Physical; Social;
Rodrigue s and Lima (2019) ³⁵	Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde	MG	Qualit .	6	Professiona l identity; Working conditions; Solvability;	Psychologic al; Physical;
Rogério <i>et al.</i> (2015) ³⁶	Cadernos de Saúde Pública	AM ES MG BA	Quant.	32 1	Lack of appreciatio n; Working conditions; Professiona l identity;	Physical;
Santos, Hoppe and Krug (2018) ³⁷	Physis: Revista de Saúde Coletiva	RS	Qualit / Quant.	25 1	Lack of appreciatio n; Living in the community ; Professiona l identity; Working	Psychologic al; Physical;

					conditions;	
Santos <i>et al.</i> (2016) ³⁸	Acta Paulista de Enfermagem	Northeast	Quant.	156	Working conditions; Living in the community ;	Psychological; Physical;
Souza <i>et al.</i> (2016) ³⁹	Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro	MG	Quant.	56	Working conditions;	Physical;
Souza and Oliveira (2019) ⁴⁰	Revista Espaço para a Saúde	RS	Qualit / Quant.	62	Lack of appreciation; Solvability; Working conditions;	Psychological; Physical; Social;
Souza and Oliveira (2019) ⁴¹	Revista Espaço para a Saúde	RS	Qualit .	62	Lack of appreciation; Professional identity; Working conditions; Solvability;	Psychological;
Souza and Oliveira (2020) ⁴²	Revista Espaço para a Saúde	RS	Qualit .	62	Lack of appreciation; Solvability; Working conditions;	Psychological;

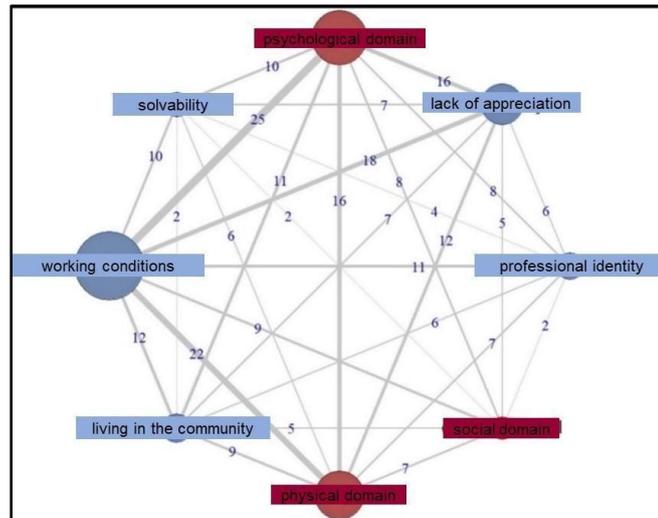
Source: elaborated by the authors.

Table 2 shows the publications of 28 main authors distributed into 20 national journals. The journals which published the most about the topic, with three publications each, were: Revista Brasileira de Medicina do Trabalho^{13,28,32}; Revista Trabalho, Educação e Saúde^{23,26,34} and Revista Espaço para a Saúde⁴⁰⁻⁴². Altogether thirteen states and one region were the study field in at least one published article. The states with more research in their

municipalities were Rio Grande do Sul (RS)^{16,23,24,34,37,40-42}, Minas Gerais (MG)^{11,19,26,30,35,36,39} and São Paulo (SP)^{12-14,18,20,22}. The research mainly used the quantitative methodology^{11-14,18,19,21,25,26,28-31,33,36,38,39}, followed by qualitative^{16,17,20,22,24,27,32,34,35,41,42} and, last of all, both qualitative and quantitative^{15,23,37,40} methodologies to analyze data and information collected from community health agents.

The problems described in the articles were categorized into five groups: working conditions; lack of appreciation; living in the community; professional identity, and solvability. Picture 2 shows the associations among categories and the quality of life domains. The number on the line represents the quantity of articles in which there was a combination between the topics, and the vertex size indicates how often the content was approached in the studies. It is important to emphasize that the representation shown in the picture is not a proposition of causal connection, which is impossible due to the methodological heterogeneity of the studies. The idea is to create a synthesis of literature published about community health agents, identifying the main factors that may cause an impact on the quality of life in the physical, social, and psychological domains.

Picture 2 – Octagon of associations between working problems and quality of life domains (IRAMUTEQ)



Source: elaborated by the authors.

The main category described is the one related to working conditions, identified in all studies ($n=32$) and strongly associated with the following quality of life domains: psychological ($n=25$)^{11,13-16,18-22,24,26-32,34,35,37,38,40-42}, physical ($n=22$)^{12-14,18-20,23-25,28-38,40} and social ($n=9$)^{13,16,17,19,20,28,31,34,40}. Such finding suggests a concern with the health and quality of life of community health agents, scientifically proving that work is an impacting factor in the wellness of those involved, in addition to the compatibility in the findings in different regions of the country^{2,43-45}.

Lack of appreciation was the second most described category, mainly associated with psychological ($n=16$)^{19-22,24,26-30,32,34,37,38,40-42}, physical ($n=12$)^{19,20,24,28-30,32-34,36,37,40} and social^{19,20,28,34,40} domains. Such factor may be considered as a trigger for individual confrontation strategies, since the appreciation of work is related to users (when respect is present, and they do not handle physical or verbal aggressions), to teams (when they work together and are able to recognize the role of each one), and also to managers (when they offer appropriate material, financial incentives, listening space and permanent education)^{1-3,46}.

Living in the community also was a present characteristic in the literature, combined with psychological (n=11)^{15,18-20,26,29-32,37,38}, physical (n=9)^{15,18-20,29-32,38}, and social (n=5)^{13,17,19,20,31} impacts. The situation is decisive to produce negative effects in the quality of life of workers, considering the difficulty to disconnect from work and stop performing, for example, bureaucratic activities after their working hours⁴⁶. In addition, the fact of working and living in the same community context expresses some kind of “freedom” to continuous access to the public health system by users, who often do not respect the limits of day and time⁴⁷⁻⁴⁹, or even by the agents themselves in an attempt to “solve” or handle people’s suffering⁵⁰.

Professional identity is an issue that is present in the studies and is under psychological (n=8)^{15,23,26,29,31,35,37,41}, physical (n=7)^{23,29,31,33,35-37}, and social (n=2)^{17,31} domains. It causes distress due to the non-understanding of responsibilities of community health agents, which usually results in the so-called “superhero culture” and misrepresents their competencies when performing tasks that are out of their sphere of competence^{1,2,49,50}. For that matter, mental health care is essential for a better relationship with several spaces of identity construction, which could result in self-awareness and best judgement regarding the society and work⁵⁰⁻⁵³.

Difficulties to solve the demands of users represent a problem associated with psychological factors in the articles (n=10)^{15,23,24,27,32,34,35,40-42}, in addition to physical (n=6)^{23,24,32,34,35,40} and social ones (n=2)^{34,40}, since they constitute a potential risk of psychological distress related to the frustration feeling due to the lack of solvability¹. For community health agents, personal satisfaction is subject to the possibility of helping the other. Consequently, when that does not happen, even if due to limitations beyond their reach, the fear of losing confidence is predominant^{5,54}. Such situation constitutes a source of excessive concern, causing work-related stress and compromising the satisfaction of the worker^{3,50,52,55-59}.

CONCLUSION

Based on this research, it was possible to synthesize the results of 32 studies published from 2015 to 2021, and propose associations between everyday problems in the work process of community health agents and the domains of quality of life. It was possible to demonstrate that the psychological domain is the most affected by the problems described in the articles and the working conditions were the focus of the studies published in the period. The heterogeneity of the applied methodologies was a limiting factor for the determination of scientifically plausible conclusions, considering the impossibility of establishing a causal relationship among the problems faced by the workers and the consequences exposed by the studied domains. However, this review is expected to raise a discussion in the academic environment, encouraging the application of scientific methods able to explore and prove the appointed relationships.

It is expected that such systematization may also be used to demonstrate the need to strengthen public health policies for these workers, raise awareness both in managers and users regarding the importance of community health agents' work, and encourage scholars to produce further research, thus contributing to an improvement in their working conditions.

REFERENCES

- 1- Speroni KS, Fruet IMA, Dalmolin GL, Lima SBS. Percepções dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. *Rev Cuidarte*. [Internet] 2016;7(2):1325-37. Available from: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/338>.
- 2- Nogueira ML. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. São Paulo: *Saude Soc*. [Internet] 2019;28:309-23. Available from: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/3p3Hn8ywngS9GWL76FNW7TF/abstract/?lang=pt>.
- 3- Moretti S, Treichel A. Qualidade de vida no trabalho x auto-realização

- humana. Paraná: Rev Leonardo. [Internet] 2003;1(3):73-80. Available from:
<http://www.ergonomia.ufpr.br/PB%20qvt%20realiz%20humana.pdf>.
- 4- Bühler LV, Silva NMB. Qualidade de vida no trabalho: contribuições para o desenvolvimento de trabalhadores e sua repercussão nas organizações. Caxias do Sul, RS, Brasil: In: VI Seminário de Pesquisa em Turismo do Mercosul; 2010 Jul 9-10.
 - 5- Pereira AM, Jucá AL, Lima IA, Facundes VLD, Falcão IV. A qualidade de vida do agente comunitário de saúde e possíveis contribuições da terapia ocupacional. São Paulo: Cad Bras Ter Ocup. [Internet] 2018;26(4):784-96. Available from:
<https://www.scielo.br/j/cadbto/a/3vbYtkyqC9NRQshQw4Y3ygg/?lang=pt>.
 - 6- Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Revisão integrativa versus revisão sistemática. REME. [Internet] 2014;18(1):9-12. available from:
<https://www.scielo.br/j/icse/a/KzGhBCC7LQkqGrNDzwxQy7n/?format=pdf&lang=pt>.
 - 7- Whittmore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. USA: J Adv Nurs. 2005;52(5):546-53.
 - 8- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. USA: Context Enferm. 2008;17(4):758-64.
 - 9- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. USA: BMJ. 2009;339:b2535.
 - 10- Morgan RL, Whaley P, Thayer KA, Schünemann HJ. Identifying the PECO: a framework for formulating good questions to explore the association of environmental and other exposures with health outcomes. USA: Environ Int. 2018;121(1):1027-31.
 - 11- Alcântara MA, Assunção AÁ. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte. Rev Bras Saude Ocup. [Internet] 2016;41:e2. Available from:
<https://www.scielo.br/j/rbso/a/psC38GZs8n8g3ZQRMYRG8Bv/abstract/?lang=pt>.
 - 12- Almeida MCDS, Baptista PCP, Silva A. Cargas de trabalho e processo de

- desgaste em agentes comunitários de saúde. São Paulo: Rev Esc Enferm USP. 2016;50(1):95-03.
- 13- Almeida MCS, Barros VG, Baptista PCP, Silva A. Fatores relacionados ao uso de equipamentos de proteção individual em agentes comunitários de saúde de um município do litoral norte de São Paulo. São Paulo: Rev Bras Med Trab. 2018;16(3):346-52.
 - 14- Almeida MCS, Baptista PCP, Silva A. Acidentes de trabalho com agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: Rev Enferm UERJ. 2016;24(5):e17104.
 - 15- Bezerra JLC, Lucca SR. Fatores psicossociais de estresse no trabalho de agentes comunitários de saúde no município de Parnaíba, Piauí. Bahia: Rev Baiana Saude Publ. 2017;40(1):169-89.
 - 16- Broch D, Riquinho DL, Vieira LB, Ramos AR, Gasparin VA. Determinantes sociais de saúde e o trabalho do agente comunitário. São Paulo: Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03558. doi: 10.1590/s1980-220x2018031403558.
 - 17- Chuengue APG, Franco TB. O reconhecer e o lidar dos agentes comunitários de saúde diante da bioética: entre a ética do cuidado e os poderes disciplinares. Rio de Janeiro: Physis. [Internet] 2019;28(4):e280423. Available from: <https://www.scielo.br/j/physis/a/5HLSv4TBz3qJFGDKDQZMKMd/abstract/?lang=pt>.
 - 18- Cipriano FG, Ferreira LP. Queixas de voz em agentes comunitários de saúde: correlação entre problemas gerais de saúde, hábitos de vida e aspectos vocais. São Paulo: Rev Soc Bras Fonoaudiol. [Internet] 2011;16(2):132-9. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsbf/a/ddsLwvP9vwRQJhgLpHqShwf/abstract/?lang=pt>.
 - 19- Fernandes GAB, Coelho ACO, Paschoalin HC, Sarquis LMM, Greco RM. Demandas psicológicas, controle e apoio social no trabalho de agentes comunitários de saúde. Paraná: Cogitare Enferm. [Internet] 2018;23(4):e55918. Available from: [file:///C:/Users/Aluno/Downloads/55918-252225-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Aluno/Downloads/55918-252225-1-PB%20(2).pdf).
 - 20- Flumian RB, Fioroni LN. Aproximações às vicissitudes e superações do trabalho do agente comunitário de saúde. Tempus. [Internet] 2017;11(2):179-98. Available from: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2026>

- 21- Garcia ACP, Lima RCD, Lima EFA, Galavote HS, Andrade MAC. Perfil e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: Rev Pesqui Cuid Fundam. 2019;11(2):339-44.
- 22- Guanaes-Lorenzi C, Pinheiro RL. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. Rio de Janeiro: Cien Saude Colet. 2016;21(8):2537-46.
- 23- Krug SBF, Dubow C, Santos AC, Dutra BD, Weigelt LD, Alves LMS. Trabalho, sofrimento e adoecimento: a realidade de agentes comunitários de saúde no sul do brasil. São Paulo: Trab Educ Saude. 2017;15(3):771-88.
- 24- Lopes DMQ, Lunardi Filho WD, Beck CLC, Coelho APF. Cargas de trabalho do agente comunitário de saúde: pesquisa e assistência na perspectiva convergente-assistencial. Texto USA: Context Enferm. 2018;27(4):e3850017. doi: 10.1590/0104-07072018003850017.
- 25- Malcher CMSR, Tembra AL, Amorim FC, Amorim FC, Souza TRM, Pessoa MS. Fotoproteção em agentes comunitários de saúde (ACS) de Belém-PA. USA: Rev Bras Med Fam Comunidade. 2019;14(41):e1798. doi: 10.5712/rbmfc14(41)1798.
- 26- Moura DCA, Leite ICG, Greco RM. Prevalência de sintomas de depressão em agentes comunitários de saúde. São Paulo: Trab Educ Saude. 2020;18(2):e0026395. doi: 10.1590/1981-7746-sol00263.
- 27- Neto FRGX, Liberato BTG, Ximenes MRG, Santos FD, Oliveira KMCP, Gurgel AGSR. Percepção do agente comunitário de saúde sobre qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho. São Paulo: Saude Rev. 2018;18(50):3-12. doi: 10.15600/2238-1244/sr.v18n50p3-12.
- 28- Nisihara R, Santos JC, Kluster GM, Favero G, Silva AB, Souza L. Avaliação do perfil sociodemográfico, laboral e a qualidade de vida dos agentes de saúde responsáveis pelo combate à dengue em duas cidades do estado do Paraná. Rio de Janeiro: Rev Bras Med Trab. 2018;16(4):393-9. doi: 10.5327/Z1679443520180248.
- 29- Oliveira FF, Leite MLS, Sampaio LC. Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde. São Paulo: Rev Psicol. 2019;13(48):323-32. doi: 10.14295/idonline.v13i48.2181.
- 30- Paula ÍR, Marcacine PR, Castro SS, Walsh IAP. Capacidade para o trabalho, sintomas osteomusculares e qualidade de vida entre agentes

- comunitários de saúde em Uberaba, Minas Gerais. São Paulo: Saude Soc. 2015;24(1):152-64. doi: 10.1590/S0104-12902015000100012.
- 31- Penna CMM, Meneghini PVS, Queiróz ES. Concepções de família na estratégia saúde da família: o olhar do agente comunitário de saúde. São Paulo: Cienc Cuid Saude. 2016;15(3):421-8.
- 32- Pinheiro LS, Medeiros TCS, Valença CN, Dantas DKF, Santos MAP. Melhorias para a qualidade de vida e trabalho na visão dos agentes comunitários de saúde. São Paulo: Rio de Janeiro: Rev Bras Med Trab. 2019;17(2):180-7. doi: 10.5327/Z1679443520190315.
- 33- Rezende FR, Mendonça KM, Galdino-Júnior H, Salgado TA, Alves CMS, Amaral TS, Tipple AFV. A vulnerabilidade de agentes comunitários de saúde frente ao risco biológico. Goiás: Rev Eletron Enferm. 2021;23:1-8. doi: 10.5216/ree.v23.62222.
- 34- Riquinho DL, Pellini TV, Ramos DT, Silveira MR, Santos VCF. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. São Paulo: Trab Educ Saude. 2018;16(1):163-82. doi: 10.1590/1981-7746-sol00086.
- 35- Rodrigues MLM, Lima SC. Sofrimento patogênico de agentes comunitários de saúde em uma UBSF. Minas Gerais: Hygeia. 2019;15(32):20-40. doi: 10.14393/Hygeia153246883.
- 36- Rogerio WP, Prado TN, Souza FM, Pinheiro JS, Rodrigues PM, Sant'anna APN, Jesus KG, Cerutti Junior C, Lima RCD, Maciel ELN. Prevalência e fatores associados à infecção pelo mycobacterium tuberculosis entre agentes comunitários de saúde no Brasil, usando-se a prova tuberculínica. São Paulo: Cad Saude Publ. 2015;31(10):2199-210. doi: 10.1590/0102-311X00152414.
- 37- Santos AC, Hoppe AS, Krug SBF. Agente comunitário de saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador. Rio de Janeiro: Physis. 2018;28(4):e280403. doi: 10.1590/S0103-73312018280403.
- 38- Santos FAAS, Sousa LP, Serra MAAO, Rocha FAC. Fatores que influenciam na qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde. São Paulo: Acta Paul Enferm. 2016;29(2):191-7.
- 39- Souza MCMR, Horta TG, Melo ES, Rocha FDB. Câncer de pele: hábitos de exposição solar e alterações cutâneas entre agentes de saúde em um município de Minas Gerais. RECOM. [Internet] 2016;6(1):1945-56.

Available from:

<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/920>.

- 40- Souza TP, Oliveira PAB. Falem bem ou falem mal, mas falem de mim: relação entre trabalho e qualidade de vida do agente Comunitário de Saúde. Ceará: Rev Esp Saude. 2019;20(2):55-66. doi: 10.22421/15177130-2019v20n2p55.
- 41- Souza TP, Oliveira PAB. Quem somos nós? A identidade não tão secreta dos agentes comunitários de saúde. Ceará: Rev Esp Saude. 2019;20(1):19-28.
- 42- Souza TP, Oliveira PAB. Eu mudo, nós mudamos? Perspectivas sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde. Ceará: Rev Esp Saude. 2020;21(1):16-25.
- 43- Araujo AF, Greco RM. Associação entre condições de trabalho e os indicadores de prazer e sofrimento no cotidiano de trabalho de agentes comunitários de saúde. APS. 2019;1(3):173-80. doi: 10.14295/aps.v1i3.46.
- 44- Silva VSS. Saúde do trabalhador na atenção básica: condições de trabalho e demandas em saúde em oficinas automotivas do território [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2020. 98 p.
- 45- Silveira LDS. Relações e condições de trabalho dos/as agentes comunitários de saúde em um município do Seridó potiguar [monografia]. Currais Novos: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2019. 48 p.
- 46- Souza TP, Soares VJ, Oliveira PAB. Caminhando e cantando: as estratégias individuais de enfrentamento dos agentes comunitários de saúde. In: Richard F. Reflexões e desafios sobre a saúde pública [Internet]. Maringá: Uniedusul; 2021 [cited 2021 feb 12]. p. 6-14. Available from: <https://www.uniedusul.com.br/wp-content/uploads/2021/07/E-BOOK-REFLEXOES-E-DESAFIOS-SOBRE-A-SAUDE-PUBLICA.pdf>.
- 47- Castro TA, Davoglio RS, Nascimento AAJ, Santos KJS, Coelho GMP, Lima KSB. Agentes comunitários de saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. Cad Saude Colet. 2017;25(3):294-301.
- 48- Morosini MV, Fonseca AF. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. São

- Paulo: Saude Debate. [Internet] 2018;42:261-74. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CtVJJm7MRgkGKjTRnSd9mxG/>.
- 49- Alonso CMC, Beguin PD, Duarte FJCM. Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis. São Paulo: Rev Saude Publ. 2018;52:1-14.
- 50- Souza TP, Oliveira PAB. Apesar de você amanhã há de ser outro dia: a interferência do trabalho na vida dos agentes comunitários de saúde. In: Andrade FM. A construção do campo da saúde coletiva [Internet]. Ponta Grossa: Atena; 2021 [cited 2021 feb 19]. p. 40-53. Available from: <https://sistema.atenaeditora.com.br/index.php/admin/api/ebookPDF/4081>.
- 51- Bachilli RG, Scavassa AJ, Spiri WC. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. Cien Saude Colet. [Internet] 2008;13(1):51-60. doi: 10.1590/S1413-81232008000100010. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pccWWDBqc5PFQg4rBmxGdYH/?lang=pt>.
- 52- Barroso SM, Guerra ARP. Burnout e qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de Caetanópolis (MG). Cad Saude Col [Internet]. Setembro de 2013 [cited 2019 aug 07];21(3):338-45. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000300016&lang=pt.
- 53- Jardim TA, Lancman S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. Interface [Internet]. Março de 2009 [cited 2019 aug 07]; 13:123-35. Available from: <https://www.scielo.org/article/icse/2009.v13n28/123-135/>.
- 54- Silva LSR, Ferreira CHS, Souza MC, Cordeiro EL, Pimenta CS, Oliveira LA, Silva CM, Douberin CA, Mendes Filho EB. Agentes comunitários de saúde: a síndrome de burnout em discussão. Braz J Health Rev [Internet]. Janeiro de 2019 [cited 2021 jan 17].;2(1):624-43. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1189>.
- 55- Abreu KL, Stoll I, Ramos LS, Baumgardt RA, Kristensen CH. Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. Psicol Cien Prof [Internet]. Junho de 2002 [cited 2019 aug 07];22(2):22-9. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-

98932002000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

- 56- Martins LMM, Bronzatti JAG, Vieira CSCA, Parra SHB, Silva YB. Agentes estressores no trabalho e sugestões para amenizá-los: opiniões de enfermeiros de pós-graduação. São Paulo: Rev Esc Enferm USP. 2000;34(1):52-8.
- 57- Mota CM, Dosea GS, Nunes PS. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. Cien Saude Colet [Internet]. Dezembro de 2014;19(12):4719-26. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204719&lang=pt.
- 58- Robazzi MLCC, Mauro MYC, Secco IAO, Dalri RCMB, Freitas FCT, Terra FS, Silveira RCP. Alterações na saúde decorrentes do excesso de trabalho entre trabalhadores da área de saúde. Rio de Janeiro: Rev Enferm UERJ [Internet]. 2012 [cited 2019 aug 07];20(4):526-32. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5657>.
- 59- Sanzovo CÉ, Coelho MEC. Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos. São Paulo: Estud Psicol. 2007;24(2):227-38. Available from: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/8JMhXG9gCLDTPpx447F5hPR/abstract/?lang=pt>.

**(Re)significação das práticas tradicionais dos Agentes
Comunitários de Saúde como trabalhador da saúde**

*(Re) meaning of the traditional practices of Community Health
Agents as health worker*

*(Re) significación de las prácticas tradicionales de los Agentes
Comunitarios de Salud como trabajadores de la salud*

Jane Mary de Miranda Lima¹
Vânia Maria Araújo Loureiro²
Fátima Sueli Neto Ribeiro³
Ana Maria Cheble Bahia Braga⁴

RESUMO:

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é estratégico na ampliação do acesso à assistência em saúde e na prevenção de doenças e agravos. Durante uma pandemia, a vigilância necessita conhecer práticas locais e os saberes ancestrais de uma comunidade, ainda que o modelo biomédico hegemônico atrelado aos interesses capitalistas exclua outros saberes. O objetivo deste estudo é identificar e analisar os saberes que compõem o processo de trabalho do ACS. Baseada na Ecologia de Saberes, a pesquisa com grupos focais foi desenvolvida em 2 estratégias de saúde da família no município de Caucaia/CE. Identificou-se uma sobreposição e a abdicação de saberes ancestrais para reforçar a legitimidade dos ACS como equipe de saúde. O desejo de ampliar a resolutividade de suas atividades só parece poder ser aceito a partir da formação em enfermagem e a abdicação dos saberes populares. Concluiu-se que atuação por estratégias educadoras reguladoras distanciou o ACS do objetivo real de seu trabalho. O afastamento do modelo adotado pela comunidade, que incorpora o uso de ervas, ritos e crendices e a não ampliação de sua participação na equipe de saúde se configura num conflito profissional e pessoal. A Ecologia dos Saberes pode permitir a coexistência de diferentes percepções e a confrontação do saber hegemônico, propiciando a reconciliação entre os

¹ Email: janemirandamar@gmail.com

² Email: vaniamaloureiro@gmail.com

³ Email: fatsuerj@gmail.com.

⁴ Email: anabraga@ensp.fiocruz.br

saberes, com novas articulações no modelo de prevenção em uma epistemologia que viabilize um novo modelo de vigilância.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Agente Comunitários de Saúde; Condições de Trabalho; Vigilância em Saúde do Trabalhador; Medicina Popular.

ABSTRACT:

The Community Health Agent (CHA) is strategic in expanding access to health care and the prevention of diseases and injuries. During a pandemic, surveillance needs to know local practices and the ancestral knowledge of a community, even if the hegemonic biomedical model linked to capitalist interests excludes other knowledge. This study aims to identify and analyze the knowledge that composes the CHA's work process. Based on Ecology of Knowledge, the research with focus groups was developed in 2 family health strategies in the city of Caucaia/CE. An overlap and abdication of ancestral knowledge were identified to reinforce the ACS' legitimacy as a health team. The desire to expand the resoluteness of their activities only seems to be accepted after nursing education and the abdication of popular knowledge. It was concluded that acting through regulatory educative strategies distanced the ACS from the real objective of their work. The withdrawal from the model adopted by the community, which incorporates the use of herbs, rites, and beliefs, and the non-expansion of their participation in the health team, configures a professional and personal conflict. The Ecology of Knowledge can allow the coexistence of different perceptions and the confrontation of hegemonic knowledge, providing reconciliation between knowledge, with new articulations in the prevention model in an epistemology that enables a new viable surveillance model.

Keywords: Occupational Health; Community Health Workers; Working Conditions; Surveillance of the Workers Health; Folk Medicine.

RESUMEN:

El Agente de Salud Comunitario (CHA) es estratégico para ampliar el acceso a la atención médica y la prevención de enfermedades y lesiones. Durante una pandemia, la vigilancia necesita conocer las prácticas locales y los conocimientos ancestrales de una comunidad, incluso si el modelo biomédico hegemónico vinculado a los intereses capitalistas excluye otros conocimientos. El objetivo de este estudio es identificar y analizar los conocimientos que componen el proceso de trabajo de la CHA. Con base en Ecología del Conocimiento, la investigación con grupos focales se desarrolló en 2 estrategias de salud familiar en la ciudad de Caucaia/CE. Se identificó una

superposición y abdicación de conocimientos ancestrales para reforzar la legitimidad de la AEC como equipo de salud. El deseo de expandir la resolución de sus actividades sólo parece aceptarse después de la formación en enfermería y la abdicación del saber popular. Se concluyó que actuar a través de estrategias educativas regulatorias alejó a la AEC del objetivo real de su trabajo. El alejamiento del modelo adoptado por la comunidad, que incorpora el uso de hierbas, ritos y creencias, y la no expansión de su participación en el equipo de salud, configura un conflicto profesional y personal. La Ecología del Conocimiento puede permitir la coexistencia de diferentes percepciones y el enfrentamiento de saberes hegemónicos, proporcionando conciliación entre saberes, con nuevas articulaciones en el modelo de prevención en una epistemología que viabilice un nuevo modelo de vigilancia.

Palabras clave: Salud Laboral; Agentes Comunitarios de Salud; Condiciones de Trabajo; Vigilancia de la Salud del Trabajador; Medicina Folclórica.

INTRODUÇÃO

O modelo de atenção em saúde ao inserir os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ampliou o acesso à assistência em saúde para as comunidades, sendo eles os interlocutores privilegiados para a detecção de agravos, notificação das condições de saúde da comunidade (prática de vigilância) e orientações de medidas de saúde (prática assistencial). Com grande eficiência, têm levado rotinas de cuidado e prevenção definidos pelo modelo biomédico, à intimidade dos domicílios, transitando entre os saberes técnicos e os saberes populares. Entretanto, ainda são pouco exitosos nas respostas de integralizar esses saberes à assistência à saúde, uma vez que, mesmo o modelo do Sistema Único de Saúde (SUS), não está preparado para fazê-lo¹. O modelo biomédico (ou mecanicista) aqui apontado e predominante no mundo ocidental considera apenas os fatores biológicos para entender a doença, e exclui componentes psicológicos, subjetivos e sociais que acompanham, em maior ou menor intensidade, qualquer doença².

A principal porta de entrada do SUS é a Atenção Básica em Saúde (ABS), que está organizada na Estratégia Saúde da Família (ESF), onde equipes multiprofissionais são responsáveis pelas populações dos territórios do

entorno, de maneira participativa e democrática. Tem como propósito, acompanhar a população, coordenar e ordenar o cuidado em saúde nos demais níveis de atenção. Neste modelo em particular, destaca-se o ACS que integra a equipe mínima da ESF sendo o elo entre a comunidade e os outros profissionais, exercendo o cuidado continuado em saúde da população sob seu acompanhamento³.

Estes trabalhadores são pessoas treinadas para auxiliar no contato com a comunidade, na avaliação das necessidades de serviços de saúde, o que não se traduz na relevância dos serviços prestados. Nascem no seio da comunidade, trazem os hábitos e costumes, tornam-se elo entre o território e a unidade de saúde movendo-se entre os saberes técnicos e populares. Entretanto, se deparam com o desafio de trabalhar um modelo biomédico que visa a cura das doenças além do atendimento à demanda espontânea⁴.

Neste cenário, é o único trabalhador da saúde que tem como requisito o fato de morar no território de atuação, com maior aproximação da população e entendimento das características culturais, da dinâmica social e familiar⁵. Esta condição somada às falhas nos processos de capacitação e supervisão, bem como o não reconhecimento do trabalho e a vida pessoal atrelada ao trabalho geram altos índices de depressão na categoria⁶.

O processo de trabalho dos ACS, longe de uma padronização, vem sofrendo mudanças conforme as dinâmicas das políticas públicas, que seguem os interesses políticos nacionais e internacionais, dando origem à programas e estratégias de atenção à saúde para países periféricos⁷, ainda atrelados à formação biomédica. De um lado, encontram-se as normas constituídas por protocolos definidos pelos gestores e/ou Ministério da Saúde; de outro, a constante busca por estratégias pessoais de gestão do trabalho, adquiridas através das vivências e experiências no território, em constante conflito com as normas. Desenvolvem atividades não apenas restritas ao setor da saúde, diferentemente do que ocorre com os outros profissionais de saúde. “Somos o

SUS na rua”, conforme relato dos próprios agentes. Assim, esse trabalhador se torna capaz de recriar suas próprias normas⁸.

Neste enfoque, destaca-se a saúde do trabalhador que “configura-se como um campo de práticas e de conhecimentos estratégicos interdisciplinares - técnicos, sociais, políticos, humanos -, multiprofissionais e interinstitucionais, voltados para analisar e intervir nas relações de trabalho que provocam doenças e agravos. Seus marcos referenciais são os da Saúde Coletiva, ou seja, a promoção, a prevenção e a vigilância”⁹.

E é a partir da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)¹⁰, que este estudo se aporta, buscando contribuir para a melhoria das condições de trabalho e de saúde dos ACS. A PNSTT tem como uma de suas finalidades, o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador com ênfase na vigilância, visando à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. Além disso, esta pesquisa busca conhecer as práticas executadas por esse trabalhador da saúde enquanto sujeito que não tem formação biomédica e traz na alma os saberes ancestrais de sua comunidade.

Para construir esta apreciação, buscamos trilhar as sociologias de Boaventura de Sousa Santos, que analisa e desconstrói criticamente, a forma de produção de conhecimento e seu uso social, argumentando que a epistemologia dominante produz um sistema hierárquico (no plano epistemológico, econômico e cultural) que prioriza o norte global (Europa e EUA) sobre o sul global (o resto do mundo). Com as ‘Epistemologias do Sul’, Santos¹¹ propõe um panorama global considerando uma linha abissal, que separa o que “existe” do que “não existe”, visto não apenas por sua dimensão geográfica. Norte e sul encontram-se dissipados por toda parte e em todos os níveis das relações sociais, incluindo o da saúde, e o das pessoas como os profissionais de saúde e usuários.

O conceito de Epistemologias do Sul surge como uma forma de orientação política e epistêmica que se configura num conjunto de procedimentos que visa reconhecer e validar o conhecimento produzido, ou a produzir, por aqueles que têm sofrido sistematicamente injustiças, opressões, dominações, exclusões etc. causadas pelo capitalismo, colonialismo e patriarcado, os três principais modos de dominação moderna. O referencial de Sul não é um sul geográfico e sim, geopolítico. É o conjunto de países, grupos sociais, nações sujeitos aos sistemas de opressão e de exclusão. Só se aprende com o Sul na resistência à dominação do Norte e nele busca o que não foi destruído por essa dominação¹².

As alternativas à epistemologia dominante partem do princípio que o mundo é epistemologicamente diverso e que a diversidade, longe de ser algo negativo, representa uma enorme riqueza das capacidades humanas conferindo inteligibilidade e intencionalidade às experiências sociais. Esta pluralidade epistemológica e, com ela o reconhecimento de sabedorias rivais dotadas de diferentes critérios de validade, tornam credíveis as visões de saúde ampliadas dos agentes sociais. Tal pluralidade não implica o relativismo epistemológico ou cultural, mas as análises e avaliações profundas dos diferentes tipos de interpretação e de intervenção no mundo, produzidos por diversos tipos de conhecimentos. Essa diversidade é identificada nas Epistemologias do Sul - Sul metafórico - do lado dos oprimidos pelas diferentes formas de dominação colonial e capitalista¹¹.

Nesta vertente, as Epistemologias do Sul visam “descolonizar” as práticas institucionais, permitindo a visibilidade de formas e saberes ‘de estar no mundo’, constituindo-se numa ‘Ecologia de Saberes’. Desta forma, faz-se necessário considerar uma reavaliação das relações concretas que os diferentes conhecimentos proporcionam e, em especial, no campo da saúde, levando em conta os valores éticos, políticos, solidários e coletivos.

A Ecologia de Saberes, nesse olhar, admite outras formas de saberes como parte da dignidade e validade epistemológica de todos eles. Pautada no

princípio da precaução, fundamenta-se pela forma de conhecimento que garante maior participação de grupos sociais envolvidos na concepção, execução, controle e intervenção no mundo¹².

Neste contexto, as práticas cotidianas de trabalho dos ACS merecem destaque pois reconhecem, por vezes de modo intuitivo, a contribuição do trabalho no processo saúde-doença das pessoas. Entretanto, não vislumbram a continuidade do cuidado aos trabalhadores/moradores do território. Referem falta de preparo técnico para entender e orientar sobre os problemas locais e dificuldade de interlocução com as equipes, pela desvalorização das observações feitas por eles^{13,14}.

Outra perspectiva sobre o processo de trabalho do ACS é a desvalorização trazida por Bornstein e Stotz¹⁵ que identifica práticas de desvio de função deste trabalhador, sobretudo no sentido de responsabilizá-lo pela execução de tarefas burocráticas. Para os autores, a recorrência deste fenômeno destaca a desvalorização do trabalho deste trabalhador como mediador no trabalho educativo. Tal atividade caracteriza o trabalho como inespecífico e de baixa complexidade, podendo ser redirecionado para atividades que supostamente exigem pouca capacitação, segundo as necessidades dos serviços,

Na mesma linha de compreensão, Santos *et al.*¹⁶ destacam que, apesar do ACS não ter formação específica no campo da saúde, ainda que inserido na equipe, adota uma posição social que confere liderança na comunidade e conseqüentemente, responsabilidade na resolução dos problemas de saúde por ela enfrentados.

Face às mudanças estruturais no mundo do trabalho, no modelo do SUS e as dificuldades enfrentadas para o atendimento aos princípios básicos, de financiamento e efetivo controle social, entre outros, tem destaque o desafio de integrar a rede de cuidado da saúde do trabalhador à Atenção Primária à Saúde - APS, com vistas a garantir a atenção integral aos trabalhadores. Uma possibilidade, a partir da Vigilância em Saúde do Trabalhador, não está livre

de culminar na imposição do modelo de conhecimento biomédico dominante sobre os trabalhadores. Destaca-se, ainda, que é através da vigilância em saúde do trabalhador que se conhece a realidade do trabalhador e os fatores determinantes de agravos à saúde, de modo a intervir sobre eles e possibilitando ainda a análise da relação da saúde com o processo de trabalho¹⁷.

É neste universo do trabalho e saúde dos ACS que buscou-se caracterizar e analisar os saberes que compõem o cotidiano do processo de trabalho, identificando aqueles construídos fora das regras tecnocientíficas, e as estratégias por eles utilizadas para adaptação ao trabalho diário.

Boaventura Santos nos descortina um horizonte que muito se aplica a esse momento dos ACS. Para além das capacitações ofertadas pelo SUS faz-se necessário um amplo olhar sobre outros saberes silenciados nos próprios profissionais e na comunidade onde atuam.

1 Percorso metodológico

Trata-se de um estudo qualitativo de cunho social, desenvolvido a partir da técnica de grupo focal, que permite compreender os processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, conhecer as principais representações, percepções, crenças, linguagem e simbolismos referentes a um determinado objeto ou fenômeno estudado¹⁸.

Nesta investigação tem-se como premissa, a interpretação dos discursos sociais produzidos pelos sujeitos, buscando evidenciar o processo de trabalho dos ACS, os saberes tradicionais do território e suas conexões.

Para a construção do material empírico, utilizou-se o grupo focal como instrumento de pesquisa e intervenção, pois esta técnica permite que diferentes visões sobre um fenômeno possam ser apresentadas e possam favorecer não apenas o compartilhamento de conhecimentos e formas de vida, mas também deslocamentos e transformações de tais representações anteriores¹⁹.

O estudo foi desenvolvido no município de Caucaia – estado do Ceará, que integra a região metropolitana de Fortaleza. A proximidade com a capital facilitou o deslocamento e a organização do trabalho, e por sua área de abrangência rural e urbana, compreendeu territórios geográficos e culturalmente distintos. O distrito de Tucunduba foi o território rural estudado, com população de 3.013 habitantes, baixa urbanização e predominantemente rural, com pequenas criações de gados e agricultura de subsistência²⁰. O território urbano situava-se na região metropolitana de Caucaia.

Anterior à seleção dos sujeitos da pesquisa, foram realizadas pactuações com a Secretaria de Saúde do Município de Caucaia e com a coordenação das unidades de Estratégia Saúde da Família que concordaram com o estudo e disponibilizaram o local para os encontros.

A orientação prática do estudo se deu na construção de dois grupos focais, sendo um com abrangência no território urbano e outro no território rural, considerando os saberes existentes para compreendê-los nas dimensões das Epistemologias do Sul.

Na dimensão da Ecologia de Saberes, o grupo focal foi operacionalizado, mobilizando a expressão dos saberes para uma missão mais ampla, de compreender e valorizar também os conhecimentos dessa comunidade.

A escolha desta metodologia foi amparada no entendimento de que o mundo do trabalho é um universo multifacetado constituído por uma variedade de fenômenos correlatos socialmente determinados, que necessitam um olhar específico, uma escuta atenta e uma escrita detalhada. Nessa perspectiva, faz-se imprescindível direcionar o olhar para os sistemas simbólicos reveladores de sentidos e significados construídos culturalmente pelos ACS e a comunidade. Buscou-se identificar o significado do processo de trabalho dos ACS, tendo em conta a noção da palavra ‘compreender’ opondo-se à palavra ‘explicar’. Explicar remete à análise causal feita de fora, enquanto compreender implica uma empatia, uma capacidade de ver as “coisas” de dentro^{21(p.107)}.

A seleção dos participantes atendeu aos critérios de seleção para composição de um grupo focal²² e, após apresentação da pesquisa e sua relevância na construção coletiva sobre os aspectos relacionados ao trabalho e saúde, foram apresentadas as implicações éticas relacionadas à investigação. Após concordância em participar, sete ACS da zona rural e dois da zona urbana integraram o estudo.

Os encontros foram conduzidos pelo pesquisador-moderador para facilitar o processo de interação e discussão entre os participantes e um observador utilizando recursos audiovisuais necessários à análise posterior do material empírico.

Os participantes foram divididos em dois grupos e o processo foi conduzido em quatro momentos distintos visando a aprofundar as abordagens propostas nos depoimentos e nas demais formas de comunicação dos envolvidos, com vistas a identificar os diversos saberes adquiridos no processo de trabalho. Os temas e dinâmicas dos quatro momentos foram pré-estabelecidos e pactuados no momento I.

No momento I, com os ACS sentados em círculo, realizou-se uma sessão de apresentação individual. A dinâmica '*Fale até queimar*' consistia em riscar um palito de fósforo e se apresentar enquanto o palito permanecia aceso. Teve como propósito, a aproximação com os participantes na busca de integrar, desinibir, divertir, apresentar e estreitar a relação entre os participantes.

Os eixos temáticos definidos e apresentados enquanto categorias para discussão e posterior análise foram o processo de trabalho, a vigilância em saúde do trabalhador e a *Ecologia de Saberes*.

A dinâmica adotada no desenvolvimento do grupo focal consistiu em formar 2 grupos (A e B), e para cada um, sete perguntas-roteiro, que estimularam a discussão. As respostas foram escritas em tarjetas. Ao grupo A coube discutir e registrar os aspectos que facilitavam e/ou dificultavam o processo de trabalho e ao grupo B, discutir e registrar os saberes técnicos advindos do SUS e sua aplicabilidade na comunidade.

Os debates visavam ampliar a dimensão da vigilância em saúde no território. Na lógica da *Ecologia de Saberes*, foram considerados os aspectos que facilitam e/ou dificultam o processo de trabalho, os saberes técnicos advindos do SUS e sua aplicabilidade na comunidade, a identificação dos saberes tradicionais de saúde, bem como a compreensão da existência da dicotomia entre saberes regulatórios e emancipatórios na saúde.

No momento II, cada grupo apresentou os relatos do momento I em discussão coletiva, onde o grupo ouvinte pode acrescentar contribuições consubstanciadas na vivência pessoal e profissional.

Para o momento III, foi realizada a construção coletiva de um quadro de memórias dos diversos saberes utilizados pela comunidade no território de atuação dos ACS relacionados ao tema Saúde.

Por fim, no momento IV, realizou-se a discussão coletiva sobre as alternativas que os ACS consideravam credíveis para os processos de tratamento e cura, suscitando falas referentes à credibilidade e aceitabilidade das práticas de saber popular no território de atuação.

A descrição dos relatos dos ACS seguiu uma padronização que identifica ACS Rural como ACS-R e Urbano como ACS-U, seguida de numeração sequencial à característica rural ou urbana.

As dimensões trabalhadas levaram em conta as *Epistemologias do Sul*, entendidas como uma abertura criativa para novas formas de organização e conhecimento social, a partir de um diagnóstico crítico do presente, baseado nos princípios de respeito aos saberes e à dignidade humana e na possibilidade de discussão democrática, contemplando a *Ecologia de Saberes*.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) sob a inscrição CAAE: 90114418.0.0000.5240.

2 Resultados e discussão

A soberania do norte global é tida como a hegemonia de cinco princípios organizativos das relações humanas, que se refletem sobre os saberes, as temporalidades, os reconhecimentos, as escalas e as formas de produtividade. São princípios considerados como monoculturas às quais o autor opõe, por correspondência, ecologias, que conceitua como “*prática de agregação da diversidade pela promoção de interação sustentáveis entre entidades parciais e heterogêneas*”^{11(p.87)}.

Esses princípios monoculturais têm raízes nas sociedades coloniais, que cometeram diversos epistemicídios, invisibilizando todas as formas de saber que não fossem da ciência moderna e das classes sociais dominantes. Santos¹¹ alerta que apesar do termo ‘*pós-colonial*’ fazer supor a superação das formas de manifestação do colonialismo, as práticas coloniais continuam vivas e ativas em nosso meio através das lógicas hegemônicas, que permeiam o mundo científico e os campos das relações sociais e políticas.

Portanto, é fundamental reconhecer que existem diferentes formas de conhecimentos para diferentes práticas sociais e que é extremamente negativo que a modernidade ocidental tenha conferido à ciência o privilégio exclusivo do rigor e feito dela, uma força de dominação e opressão, conduzindo à destruição de outros conhecimentos – os epistemicídios¹².

O corpus de análise consistiu na transcrição das gravações dos encontros buscando sistematizar os conteúdos para agrupá-los em categorias. Desta apreciação emergiram, com destaque, os saberes técnicos e tradicionais expressando nesta abordagem, o olhar dos ACS no enfrentamento das “normas” na atividade cotidiana.

Para Morosini, Corbo e Guimarães²³, a formação técnica dos ACS por si só não é garantia de que não se incorra em uma formação instrumentalizadora, agora, com o status tecnificado. É necessário que essa formação técnica parta do entendimento da educação como um conjunto de

práticas e saberes sociais que se articulam, ou seja, uma formação que, além da técnica, precisa ser popular, solidária, ética e política, no sentido de se aproximar da formação humana, indo ao encontro de uma Ecologia de Saberes referida por Boaventura Santos¹¹.

3 Saberes Técnicos

Os saberes técnicos e sua aplicabilidade nas práticas de saúde aprendidas no SUS para promover saúde e prevenir doenças ganhou destaque nas discussões em grupo, em especial sobre a forma como os saberes são aprendidos, bem como sobre o êxito deste tipo de formação, além das condições que permitem a viabilidade de sua implementação.

Na discussão, afirmam que conseguem transferir os conhecimentos aprendidos para a comunidade da sua área de abrangência, porém não são atendidos em sua plenitude. “ ‘É um pouco difícil trabalhar com alguns pacientes da comunidade, são muito teimosos, a gente, por exemplo, tenho famílias que têm hipertensos, diabéticos... Os diabéticos são os mais teimosos, eu ensino sobre a importância de se alimentar na hora certa, tomar a insulina e comer, fazer exercício... Não comer doces. Mas não tem jeito. Quando vai para as consultas no posto, a glicemia tá lá em cima, não faz nada que a gente ensina. Outros fazem, mais ou menos’ ”. (ACS-R01)

Cursos e treinamentos pontuais foram citados como aprendizados técnicos oriundos de treinamentos institucionais, com destaque para os programas conduzidos pelo Ministério da Saúde que compreendem temas como crescimento e desenvolvimento da criança, prevenção de diarreia, tabagismo, pré-natal, hipertensão, diabetes, planejamento familiar, dentre outros.

Perreault et al.²⁴ evidenciaram que as modalidades socioeducativas empregadas pelos ACS no Brasil têm sido muito mais impositivas do que

integrativas, pois o tipo de orientação é mais prescritivo do que reflexivo, como uma intervenção no modo de vida da comunidade.

Nesse tipo de atividade, o ACS exerce a função de mero reprodutor de normas técnicas. Os autores afirmam que a educação em saúde, trabalhada sob esse ponto de vista, é considerada *‘algo puro, quase mágico, de redimir as pessoas e acabar com a ignorância’*. Nessa concepção, os agentes comunitários de saúde imaginam que, automaticamente, após as pessoas receberem suas orientações, passarão a agir corretamente, numa forma quase automática, dentro do modelo proposto para Estratégia Saúde da Família²⁵.

Neste enfoque, Bornstein e Stotz²⁶ afirmam que, apesar do ACS ser um agente de mediação entre diversos saberes, normalmente ele atua em caráter impositivo e verticalizado, na medida em que sua atividade prioriza as orientações para a comunidade, procurando convencer a população da superioridade do saber técnico.

Os ACS alimentam a expectativa, e insistem junto à coordenação de saúde, para receberem a formação de técnico de enfermagem, sendo unânime o desejo de participar de um processo educativo contínuo, sem interrupções, transpondo a barreira de capacitações pontuais e temáticas. Com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)³, em 2017, houve a incorporação de atividades tradicionalmente ligadas à enfermagem no rol de atribuições dos ACS, como a aferição de pressão arterial, medição de glicemia capilar, aferição de temperatura axilar e a realização de técnicas limpas de curativo, com o propósito de aumentar a resolutividade das UBS. Entretanto, tais alterações no processo de trabalho do ACS, em atos simplificados ou parcelas extraídas de atividades mais complexas, na linha da fragmentação e do parcelamento do trabalho em saúde, baseados na lógica biomédica de compreensão e organização do processo saúde/doença, aproxima sobremaneira o perfil do ACS ao de um trabalhador genérico²⁷.

Nota-se, a partir dos relatos, que a prática desses profissionais tem contornos fragmentados e, muitas vezes, insuficientes para desenvolver as

competências necessárias para o desempenho do seu papel ou do papel requerido (aconselhamento) como uma atividade prescrita.

Sua atuação vai para além das práticas de orientação em saúde. Há um ensejo de incorporar habilidades técnicas que os habilitem a ampliar a resolutividade dos problemas que se configuram no trabalho real. “A comunidade espera que a gente resolva coisas tipo fazer curativo, aplicar injeção, etc. Até os médicos falam que a gente deveria fazer isso, pois as pessoas vão pro posto só fazer um curativo. A gente não teve essa capacitação, começamos fazer um curso técnico, mas não concluímos. Nem sei se vai voltar. Isso é ruim, acho que até a gente poderia resolver isso, mas não podemos sair com material tipo gaze, esparadrapo, nada disso, não fomos treinados para isso ainda”. (ACS-R02)

Estudos demonstram a preocupação dos ACS com a qualificação profissional. Apontam que o interesse pela formação é individual e reconhecem que falta embasamento teórico para melhor informar a população além de não se sentirem preparados na orientação do cuidado pela falta de conhecimento^{28,29}.

Na abordagem das ações de saúde com a comunidade, os ACS apresentam as informações em sua área de abrangência, porém a resposta da população em não aderir às orientações se configuram como resistência individual. “É um pouco difícil trabalhar com alguns pacientes da comunidade, são muito teimosos, a gente, por exemplo, tenho famílias que têm hipertensos, diabéticos... Os diabéticos são os mais teimosos, eu ensino sobre a importância de se alimentar na hora certa, tomar a insulina e comer, fazer exercício. Não comer doces. Mas não tem jeito. Quando vai para as consultas no posto, a glicemia tá lá em cima, não faz nada que a gente ensina. Outros fazem, mais ou menos”. (ACS-U01)

Importante destacar este enfoque na formação dos ACS que reproduzem o conteúdo no qual foram treinados: definir novas regras de vida e

de comportamentos que o modelo biomédico impõe ao tratamento e prevenção de doenças e que não garante adesão nem aceitação pela comunidade.

De acordo com os pressupostos de Santos¹¹, esse tipo de orientação repassada à comunidade é característico do conhecimento-regulação. Nota-se que com este modelo de atuação, a forma de controle de comportamento e a imposição do saber biomédico são preponderantes nas ações dos ACS. Ao mesmo tempo, essa categoria se coloca como pertencente à elite científica que domina o saber técnico sobre vida e adoecimento da população.

A expectativa de que o ACS seja reconhecido como morador que compartilha o território e, desta forma, reconhecedor das dificuldades de adaptação da vida à novas rotinas que uma doença crônica demanda, não se configuram na prática. Na verdade, são reconhecidos como profissionais de saúde que apresentam regras, modelos de vida e hábitos sem levar em consideração o "viver" cotidiano das pessoas. Morar no mesmo local onde trabalham, embora facilite a criação de vínculo e o processo de trabalho, restringe, sobremaneira, sua privacidade e o término da jornada de trabalho. São procurados em seus domicílios fora do horário de trabalho e a relação transcende a profissional³⁰.

Especificamente no campo da saúde do trabalhador, os ACS informaram que nunca participaram de nenhuma capacitação que tivesse essa temática de forma abrangente, ainda que exista um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador em Fortaleza e que o município de Caucaia está incluído na área de abrangência.

4 Saberes tradicionais

Os saberes tradicionais de saúde utilizados pela comunidade e relatados pelos ACS foram ilustrados através de gravuras, em um quadro de memórias. Os quadros construídos evidenciaram uma diversidade de práticas de cuidado utilizadas neste município.

Observou-se que o contexto cultural da zona rural e a dificuldade econômica e de acesso aos serviços favoreceram a manutenção de práticas que se baseiam em inúmeros saberes. Neste aspecto, as práticas de cuidado mais adotadas pela população, segundo os ACS de ambos os territórios, consistem no tratamento fitoterápico, no uso e preparo de remédios caseiros à base de ervas e raízes medicinais através de chás, infusões, lambedores ou garrafadas, dentre outros. O cultivo de plantas medicinais nos quintais das moradias é frequente, transformando-se em patrimônio tradicional da comunidade.

Alguns outros saberes continuam a ser utilizados pelos ACS, sem questionamento sobre a efetividade pois comprovam a eficácia através do uso. Outras práticas foram abolidas após a formação no modelo biomédico, de tratamento e prevenção. “É tiro e queda, quando sentir essa dor desviada e você não tiver nada pra tomar, pode pegar um galho verde de uma planta e colocar em cima do local, péra um pouquinho, e logo a dor passa”. (ACS-R02)

A fé faz parte do benefício da prática curativa ou, pelo menos, como um elemento potencializador. Este relato foi observado em ambos os grupos, urbano e rural.

Uma figura que mereceu destaque em ambos os grupos foram as rezadeiras, que exercem seu poder de cura por meios simbólicos, geralmente com galhos de plantas, agindo sobre enfermidades de pouca descrição no modelo biomédico, como o quebranto e o mau-olhado. Esta prática vem diminuindo no cotidiano brasileiro.

A rezadeira atua como uma figura de respeito e pertencente à tradição brasileira. Normalmente residem na comunidade e não cobram pelo trabalho de rezar. O ofício das rezadeiras é voltado para solucionar problemas especialmente no campo das ‘energias’, envolvendo os problemas ‘espirituais’ como ‘ventre quebrado’, ‘mau-olhado’, ‘quebranto’, e este ofício é percebido como um dom, no qual Deus é o responsável por curar, e elas são instrumentos intermediários para que a cura se revele. “O papel da rezadeira é levar o bem-estar. Porque assim... Muitas pessoas vêm falar com a rezadeira, mas não

conhece bem o efeito das rezas. Eu mesmo já levei minha filha; não entendo, mas ela foi curada pela fé... Porque a rezadeira vai rezar uma coisa que ela recebeu o dom de Deus, então, se você acredita tem muita chance de ficar bom ou pelo menos melhorar, né?” (ACS-R 02)

As rezadeiras possuem importância especial na comunidade, principalmente vinculada às questões da religiosidade, mas também cultural e estreitamente ligadas à cura. Percebe-se, nesta e nas demais práticas, a valorização do cuidado para além dos critérios da biomedicina, que envolve, prioritariamente, o bem-estar físico e emocional. Por serem consideradas portadoras de um dom divino, as rezadeiras não cobram por seus serviços.

Nascimento e Ayala³¹ relatam que as rezadeiras apresentam um apanhado histórico e religioso constituído como prática social que apresenta domínios específicos e ensinamentos, além de uma importante função nas comunidades, pois, por meio delas, muitos problemas são solucionados.

Junges *et al*³² salientam que, enquanto os médicos partem do paradigma biológico a partir da doença física, as rezadeiras transitam no paradigma holístico e as doenças são perturbações que afetam não só o corpo, mas estão relacionadas às questões espirituais, psicológicas e sociais, as quais afetam o indivíduo como um todo. O ofício das rezadeiras, na compreensão de Souza e Martino³³, sempre foi julgado por profissionais da saúde que acreditam unicamente no modelo biomédico, como um ato supersticioso, sem comprovação científica e sem eficácia. Na medicina convencional, fatores sobrenaturais e ou espirituais têm pouca ou nenhuma importância.

São muitos os saberes que os ACS relataram terem aprendido via comunidade e através dos próprios ancestrais. Alguns, eles ainda consideram válidos mesmo após a formação sob a lógica biomédica. Outras práticas, para muitas situações, continuam a fazer por costume, porque aprenderam na infância ou por questões que nem sabem explicar, como por hábito cultural. “Eu não costumo tomar café com leite quente e sair no sereno. Desde pequena

aprendi assim e até hoje sigo. Também faço a mesma coisa com minhas filhas”.
(ACS-U01)

A religião da família configurou-se como uma característica importante na seleção/escolha dos saberes populares. Afirmaram que as famílias ligadas à religião evangélica não acolhem com facilidade as informações ancestrais quando comparadas às famílias católicas ou espíritas.

Embora o município tenha um grupo de quilombolas, o ACS desta região não tem nenhuma informação nem demonstrou interesse em conhecer as práticas de saúde por eles adotadas.

Observou-se, pelas falas, que o modelo de cuidado proposto pelos ACS é centrado fortemente nas práticas biomédicas, para quais a subjetividade e as representações sociais da cultura popular no processo saúde-doença interessam pouco para o tratamento e a prevenção. A terapêutica é cercada de um forte poder normativo e o ACS é um profissional da saúde que leva informações ou conhecimentos hegemônicos à comunidade, de uma forma unidirecional, num pressuposto de que as pessoas não possuem conhecimentos ou são distorcidos, inadequados ou perigosos à sua saúde.

No modelo de formação biomédico identificado nesse estudo, o papel esperado do ACS é reproduzir a postura educativa prescritiva e normativa. As tentativas de problematização dessa forma de abordagem em contraposição aos saberes ancestrais ou comunitários, foram desconsideradas pela equipe de saúde na qual pertencem.

Saber comunitário e prática profissional podem produzir vários resultados, gerando também ações culpabilizantes e ou higienistas, sendo necessária atenção constante às direções éticas pelas quais se constrói o trabalho³⁴. No entanto, ao situar-se entre saberes técnicos e populares e sendo bem direcionado e pautado na solidariedade ao outro, o trabalho do ACS poderá constituir-se como um potencializador das ações de educação popular em saúde e de valorização e respeito aos saberes do território.

Maciazeki-Gomes et al.⁴ recomendam a instauração das práticas associadas ao conceito ampliado de saúde, sustentadas em um trabalho integrado em equipe, que valorize o saber/fazer do ACS e da comunidade, inspiradas nos princípios orientadores da Política Nacional de Educação Popular do SUS (PNEPS-SUS).

Neste aspecto, a *Ecologia de Saberes* se apresenta como alternativa viável, para que o reconhecimento dos saberes e as expectativas dos ACS e da comunidade sejam respeitados em sua dignidade, quebrando a monocultura do saber e do poder, possibilitando a emergência de alternativas. Portanto, na formação profissional do ACS, é fundamental e estratégico, repensar alternativas para a promoção da saúde, para além de visões restritas atreladas a uma concepção de um estado regulador.

5 Síntese analítica

A negação dos conhecimentos ancestrais remete ao pensamento de Santos¹¹ sobre a linha abissal e ajuda a compreender formas de exclusão que desconsideram saberes, tradições, culturas e práticas de saúde. A negação é essencial à constituição da ciência biomédica; é condição para afirmar a sua universalidade e validade única.

A *Ecologia de Saberes* é mais crítica ao modelo dominante e mais ampla, por estar associada a uma compreensão ampliada do mundo, da vida, das pessoas, da sociedade e, nela, da educação.

Apesar das iniciativas oficiais e da crescente busca por práticas integrativas medicamentosas, a utilização de fitoterápicos na atenção primária à saúde ainda é incipiente no Brasil, principalmente pela carência de maiores informações sobre o assunto e pela ausência de profissionais especializados e capacitados para esta prática³⁵.

Porém, o uso popular da fitoterapia é bastante expressivo no Brasil. O conhecimento tradicional, proveniente de um acúmulo de saberes, é

transmitido e mantido principalmente pela oralidade, por pessoas, muitas delas analfabetas, mas tão perspicazes como o são alguns cientistas³⁶.

No campo regulatório, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS³⁷ recomenda a inclusão das plantas medicinais e fitoterapia, como opções terapêuticas no sistema público de saúde. Essa política traz, dentre suas diretrizes, a elaboração da relação nacional de plantas medicinais e de fitoterápicos; e o provimento do acesso a essa terapia, aos usuários do SUS.

A ausência dessa política no município estudado exemplifica a questão da linha abissal definida por Boaventura Santos. Para um grupo populacional residente em áreas pobres e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde, recomenda-se modelos biomédicos hegemônicos do saber do Norte, nega-se o saber acumulado historicamente, comprometendo a possibilidade de articulação entre saberes especializados e tradicionais e o diálogo entre os conhecimentos, na contramão da *Ecologia de Saberes*.

Observa-se que estas práticas ancestrais não ocorrem isoladamente nem são excludentes da prática biomédica. No cotidiano, a população associa os cuidados dos serviços públicos de saúde com as várias práticas conhecidas. Neste aspecto, operacionalizam a *Ecologia de Saberes*, que considera todos os saberes válidos e incompletos.

Dentre os saberes populares, alguns são usados e recomendados pelos ACS, outros são ignorados. Esse movimento ocorre pela necessidade de aceitação na equipe de saúde. O discurso hegemônico do saber dominante dos profissionais, reconhecidos como "autoridade de saúde", está vinculado a categorias explicativas e recomendações de práticas que não incorporam o saber popular. O ACS, segundo análise dos grupos, ainda não se vê como componente da equipe, porquanto o seu processo de trabalho destoa do *modus operandi* dos demais. Ao incorporar o discurso, os valores e as práticas da equipe central da saúde da família, o ACS se coloca como interlocutor e adquire certo *status* no território.

Num momento de intensificação da medicalização do corpo e da alma e do afastamento da individualidade e dos aspectos subjetivos e espirituais do adoecimento, afastar os ACS desta dimensão é estratégico.

Santos¹¹ descreve este processo na categoria da sociologia das ausências, que torna as experiências sociais invisibilizadas pelo conhecimento hegemônico. A sociologia das ausências visa demonstrar que o que não existe é, na verdade, ativamente produzido como tal, isto é, como uma alternativa não credível ao que existe. Esse modo de produção, que muito bem se adapta ao modelo biomédico brasileiro, opera através da ciência moderna.

Neste estudo, identificou-se uma série de saberes do cuidado em saúde, que incluem desde a aprendizagem familiar e com antepassados, às experiências de vida dos próprios ACS. Tal experimento nos mostra a perspectiva transformadora, integral, emancipatória e produtora de cidadania da Ecologia de Saberes, contrapondo-se à posição hegemônica atualmente imposta pelas políticas de saúde. Uma reflexão nos leva à proposta de revalorização de culturas e saberes que foram, durante séculos, intencionalmente ignorados pelo colonialismo, fruto de uma histórica dominação política e cultural, que submeteu à sua visão etnocêntrica o conhecimento do mundo, o sentido da vida e das práticas sociais¹¹.

A dicotomia entre os saberes regulatórios e emancipatórios na saúde se expressa muito claramente na história dos ACS no Ceará. Enquanto sua criação se deu a partir de lideranças de mulheres sertanejas e da Pastoral da Criança, numa perspectiva de auxiliar o modelo de assistência à saúde incluindo o saber popular, pode-se identificar que o modelo iniciou com saberes emancipatórios. Posteriormente, a incorporação do saber popular que foi validado parcialmente ou apenas incorporado, de forma paralela na assistência, demonstrou o domínio do conhecimento regulatório que o modelo biomédico tem imposto ao conhecimento ancestral.

Numa sociedade normatizadora, com tendências a desqualificar valores e práticas do saber não científico, o usuário, confiscado da

possibilidade de se manifestar em sua singularidade, é tido pela ciência como um indivíduo numérico, respondendo à categorização de diagnóstico e à uniformização de terapêutica. Passivo e distante de seus saberes e crença cultural, é excluído de suas percepções e representações individuais sobre seu processo de tratamento.

Galavote et al.³⁸ nos revela um ACS múltiplo, exposto às afecções das relações que mantém, variando entre o reconhecimento e a submissão às lógicas instituídas, resultando em alegria e tristeza, aumento e redução da sua potência de agir, respectivamente, e, apesar da institucionalização do trabalho do ACS, ainda mantém, na sua prática, referências forjadas na atuação popular e comunitária.

Nesta lógica, as atividades desenvolvidas pelos ACS tornam-se menos reflexivas e mais impositivas, reproduzindo o modelo biomédico que atua a partir da intervenção no modo de vida da comunidade. Stotz *et al*²⁵ citam que o ACS exerce a função de mero reproduzidor de normas técnicas.

Santos¹¹⁴ ressalta que esse tipo de orientação repassada à comunidade é característico do conhecimento-regulação. Nota-se que neste modelo de atuação, o controle do comportamento e a imposição do saber biomédico são preponderantes nas ações dos ACS.

Amorim *et al.*³⁹ ressaltam que o território é base operacional para o planejamento das ações e incorporação de suas características entre os problemas a serem enfrentados em uma ação integrada entre a atenção básica e a vigilância em saúde. A integração nas UBS pesquisadas evidenciou a fragmentação da rede de saúde e a exclusão do território, recursos necessários para uma prática de vigilância. Para Porto⁴⁰, é preciso refletir sobre o papel da vigilância e da promoção da saúde para além da concepção impositiva de um estado regulador. Como desafio, propõe a necessidade de superação de um pensamento calcado numa ciência positivista de especialistas que não dialogam com outros saberes.

Os achados deste estudo propiciam a reflexão sobre o processo de trabalho dos ACS e a necessidade de refletir os princípios e o conteúdo do trabalho prescrito para esses trabalhadores.

A busca por novos caminhos de prática para a saúde coletiva deve ser acompanhada pelos diversos saberes que se articulam e incorporem a dimensão do território e do relacionamento entre os grupos sociais. Nessa linha de raciocínio, Santos¹² propõe na *Ecologia de Saberes*, a necessidade da integração de outros saberes ao saber biomédico.

Uma reflexão sobre estes achados resulta em uma proposta de revalorização de culturas e saberes que foram, durante séculos, intencionalmente ignoradas pelo colonialismo, fruto de uma histórica dominação política e cultural que submeteu à sua visão etnocêntrica o conhecimento do mundo, o sentido da vida e das práticas sociais¹¹.

Os saberes que dialogam, que mutuamente se interpelam, questionam e avaliam, não o fazem em separado como uma atividade intelectual isolada de outras atividades sociais. Fazem-no no contexto das práticas sociais constituídas ou a constituir, cuja dimensão epistemológica é uma entre outras, e é destas práticas que emergem as questões postas aos vários saberes em presença. Tais práticas são práticas de resistência, de luta e de propostas, tais como: defender os direitos à saúde e à educação [...] ante a manipulação ou o sequestro por interesses econômicos poderosos ...^{12(p 47)}.

Nesta perspectiva, os trabalhadores de saúde podem atuar como dispositivos de resgate e valorização de saberes, constituindo uma nova ética, que reconheça os serviços de saúde como espaços públicos, onde o trabalho deve ser pautado por valores humanitários, solidariedade e respeito aos diversos saberes.

Na *Ecologia de Saberes*, diversos grupos sociais e comunidades convergem na ideia de que suas aspirações e os seus interesses só podem ser exitosos em articulação com outros grupos sociais e, portanto, com os saberes dos outros grupos e comunidades¹². Superar a hegemonia do saber biomédico

implica na promoção de diálogos mais horizontais, permitindo a emergência de práticas emancipatórias, alternativas para outras formas de saber, trabalhar e produzir.

O trabalho interdisciplinar propõe o desprendimento da hierarquia e do lócus dos saberes específicos para a construção de um saber conjunto que possa contribuir adicionalmente para uma comunidade, uma família ou um indivíduo⁴¹ e supõe novas formas de relações, tanto com relação à hierarquia institucional, à gestão, à divisão e à organização do trabalho, quanto no que diz respeito ao relacionamento dos/as trabalhadores/as entre si e com os usuários do serviço⁴².

CONCLUSÃO

A trajetória do processo de trabalho dos ACS caracteriza-se por ações educativas de caráter regulatório que orientam a comunidade sobre mudança de hábitos e comportamentos com enfoque nas doenças e nos indivíduos, excluindo o saber e a subjetividade dos sujeitos por eles assistidos.

Essas orientações assumem uma direção vertical. Ao ‘convencer’ a população sobre a forma ‘correta’ de agir, numa postura de único detentor do saber transmitido, reconhece a comunidade como receptor passivo do saber científico/biomédico/hegemônico/formal.

O processo de trabalho do ACS, desta forma, é fundamentado no saber biomédico e no seu rigor normativo, observado nos dois territórios do estudo: urbano e rural. Naturalmente, é passível de insucessos posto que, nem o SUS nem o cotidiano de vida, se enquadram nas normas de promoção da saúde quando aplicadas de forma direta, vertical e numa perspectiva regulatória.

A diversidade de práticas populares em saúde guarda relação com a tradição cultural da origem rural, mesmo quando já habitando o ambiente urbano. Com efeito, essa pluralidade, de certa forma, tem relação com as condições de vida e saúde da população campesina.

De todo modo, reside na *Ecologia de Saberes* uma possibilidade para desencadear a confrontação da monocultura do saber da ciência moderna com outros saberes e outros modos de vida e de entender o processo saúde/doença.

Faz-se necessária uma ruptura com o paradigma exclusivo do saber biomédico, com a ciência positivista e, por outro lado, com a hegemonia do saber científico em relação a outros saberes, como o senso comum e a sabedoria popular.

A reconciliação com os saberes tradicionais tem evidentes implicações para novas epistemologias e para o reencantamento dos discursos e das práticas na saúde. Esta reconciliação depende, de uma relativização da oposição entre a lógica biomédica e as práticas populares de saúde e suas respectivas representações, cristalizadas pela hegemonia de um modelo de pensamento científico. Essa reconciliação é possível através da incorporação da *Ecologia de Saberes* nos princípios do SUS, possibilitando a coexistência de diferentes formas de conhecimento como uma relação complexa baseada no reconhecimento mútuo, no respeito e na solidariedade.

A análise da situação de saúde e do cenário de trabalho dos ACS, na perspectiva das *Epistemologias do Sul*, propicia repensar as questões de saúde e trabalho. Não se trata propriamente de um novo paradigma que exclui outros, mas desconstruções, reconstruções e novas construções que articulem o saber da comunidade e os trabalhadores da saúde, criando oportunidades de atuação em saúde que questione exclusão de práticas e invisibilidade de saberes.

Espera-se que a partir da valorização das experiências dos ACS, balizadas pelos novos paradigmas de incorporação dos saberes populares em saúde, possibilite a reflexão sobre o processo de trabalho do ACS, contribuindo para a construção de uma nova concepção de promoção da saúde e, conseqüentemente, uma vigilância em saúde do trabalhador ampliada, que considere outros saberes, além do normativo, de forma conjunta com a comunidade em que se insere.

É importante que os gestores públicos propiciem as condições necessárias para a melhoria da organização dos ambientes e processos de trabalho dos trabalhadores do SUS, a fim de que estes cumpram seu papel de cuidadores da saúde da população, uma vez que as questões relativas à estruturação dos serviços e organização dos ambientes e processos de trabalho exercem influência direta na qualidade destas ações e devem ser observadas a fim de não comprometerem a efetividade de todo o sistema.

REFERÊNCIAS

- 1- Alonso CMC, Béguin, PD, Duarte, FJCM. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. São Paulo: Rev Saúde Pública [Internet] 2018; v 52:14. [cited 2021 Nov 05] 14p. Available from: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000395>. Epub 2018 Fev 26. ISSN 1518-8787.
- 2- Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. São Paulo: Saúde Soc; 2002; 11(1):67-84.
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na forma do Anexo XXII. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017 Out 03.
- 4- Maciazeki-Gomes RC, Souza CD, Baggio L, Wachs F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. São Paulo: Cien Saude Colet [Internet] 2016; 21(5):1637-46. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KvX88c8BfnBTG66xHgMjpQy/abstract/?lang=pt>.
- 5- Bornstein VJ. In: Bornstein VJ et al (Org.). Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. pp. 27-34.
- 6- Cremonese GR, Motta RF, Traesel ES. Implicações do trabalho na saúde mental das Agentes Comunitários de Saúde. Cad Psicol Soc Trab [Internet] 2013; 16(2):279-93. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-37172013000200010&script=sci_abstract

- 7- David HMSL. Educação em saúde e o trabalho dos agentes comunitários de saúde. In: Mialhe FL. Organizadores. O agente comunitário de saúde: práticas educativas. Campinas, São Paulo: UNICAMP. [Internet] 2011. p. 51-82. Available from:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/M7Jb7sTFF6cmRfYWcFp4bdh/>
- 8- Durrive, L. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. Trab educ saúde [Internet] 2011; 9(1): 47-67. Available from:
<https://www.scielo.br/j/tes/a/BKjMcn37CCMFPRptdD9NgMr/>
- 9- Minayo-Gomez C., Thedim-Costa SMF. A construção do campo da Saúde do Trabalhador: Percurso e Dilemas. Cad Saúde Públ 1997; 13(2): S21-S32. Available from:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/dgXxhy9PBddNZGhTy3MK8bs/?format=pdf&lang=pt>.
- 10- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), na forma do Anexo XV. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017 Out 03.
- 11- Santos BS, Meneses MP, organizadores. Epistemologias do sul. São Paulo: Cortez, [Internet] 2010. Available from:
<https://temascontemporaneosdotorg.files.wordpress.com/2016/02/boaventura-de-sousa-santos-maria-paula-meneses-epistemologias-do-sul-cortez-editora-2014.pdf>.
- 12- Santos BS. Na oficina do sociólogo artesão: aulas 2011-2016. São Paulo: Cortez, [Internet] 2018. Available from:
<file:///C:/Users/Aluno/Downloads/mmotabrazil,+Publico+Privado+35-11.pdf>.
- 13- Dias EC, Silva TL. Contribuições da atenção primária em saúde para a implementação da política nacional de saúde e segurança no trabalho (PNSST). Rev Bras Saúde Ocup [Internet] 2013; 38(127):31-43. Available from:
<https://www.scielo.br/j/rbso/a/FBmvXqffTxQ6MjJdq6CSJTHx/>.
- 14- Lacerda e Silva T, Dias EC, Pessoa VP, Fernandes LMM, Gomes EM. Saúde do trabalhador na atenção primária: percepções e práticas de equipes de saúde da família. Interface (Botucatu) [Internet] 2014; 18(49):273-88. Available from:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/FPB6h5Yx4N4bcRGzFNmYRZj/>.

- 15- Bornstein VJ, Stotz EM. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Ciênc Saúde Colet* 2008; 13(1): 259-68.
- 16- Santos AC, Hoppe AS, Krug SBF. Agente Comunitário de Saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador. *Physis* 2018; 28(4):1-18.
- 17- Gomez CM, Vasconcellos LCF, Machado JM Huet. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2018; 23(6): 1963-70.
- 18- Gatti, B. A. Grupo Focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.
- 19- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª edição. São Paulo: Ed. Hucitec, 2004.
- 20- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). Informações sobre os municípios brasileiros.[Internet] [cited 2017 dez 11]. Available from: <https://ww2.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/home.php>.
- 21- Lapassade G. As microssociologias. Brasília: Liber Livro, 2005.
- 22- Aschidamini IM, Saupe R. Grupo focal: estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. *Cogitare Enferm*. 2004; 9(1):9-14.
- 23- Morosini MVGC, Corbo AD, Guimarães C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. In: Fonseca AF. O processo histórico do trabalho em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde, v. 5. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, pp.189-11.
- 24- Perreault M. et al. Programa de saúde da família no Brasil: reflexões críticas à luz da promoção da saúde. *Enferm Contemp* 2016; 5(1):159-79.
- 25- Stotz EN; David HMSL, Bornstein VJ. Educação Popular em Saúde. In: Martins CM, Stauffer AB (Orgs.). *Educ Saúde* 2007. pp. 34-46, Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz.
- 26- Bornstein VJ, Stotz EM. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da

literatura. Ciênc Saúde Colet 2008; 13(1):259-68.

- 27- Morosini MV, Fonseca AF. Configurações do trabalho dos agentes comunitários na atenção primária à saúde: entre normas e práticas. IN: Mendonça HHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. (Orgs). Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018, p. 369-05.
- 28- Marzari CK, Junges JR, Selli L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. Ciênc Saúde Colet 2011; 16(1):873-80.
- 29- Baglini V, Favaro EA, Ferreira AC, Chiaravalloti Neto F, Mondini A, Dibo MR, et al. Atividades de controle do dengue na visão de seus agentes e da população atendida, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Públ. 2005; 21(4):1142-52.
- 30- Oliveira JS, Nery AA. Condições de trabalho e saúde de agentes comunitários de saúde. Rev. Enferm 2019; UFPE on line: 150312.
- 31- Nascimento DG, Ayala MIN. As práticas orais das rezadeiras: um patrimônio imaterial presente na vida dos itabaianenses. Nau Literária 2013; 9(2):21-37.
- 32- Junges JR, Barbiani R, Soares NA, Fernandes RBP, Lima MS. Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes? Cienc Saude Colet 2011; 16(4):4327-35.
- 33- Souza BM, Martino LM. Sociologia da religião e mudança social. São Paulo: Paulus, 176p.;2004.
- 34- Saffer DA, Barone LR. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em saúde mental. Physis 2017; 27(3):813-33.
- 35- Ibiapino WV, Leitão BP, Batista MM, Pinto DS. Inserção da fitoterapia na atenção primária aos usuários do SUS. Rev Cienc Saude Nova Esperança 2014; 12(1):58-68.
- 36- Messias MCTB, Menegatto MF, Prado ACC, Santos BR, Guimarães MFM. Uso popular de plantas medicinais e perfil socioeconômico dos usuários: um estudo em área urbana em Ouro Preto, MG, Brasil. Rev Bras Plantas Med. 2015; 17(1):76-04.
- 37- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

(PNPIC), na forma do Anexo XXV. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017 Out 03.

- 38- Galavote H.S., Franco T.B, Lima R.C.D, Belizário A. M. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixão e afetamentos. *Interface* 2013; 17(46):575-86.
- 39- Amorim LA, Silva TL, Faria HP, Machado JMH, Dias EC. Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: aprendizagens com as equipes de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cien Saude Colet* 2017; 22(10):3403-13.
- 40- Porto MFS. Pode a vigilância em saúde ser emancipatória? Um pensamento alternativo de alternativas em tempos de crise. *Cien Saude Colet* 2017; 22(10):3149-59.
- 41- Campos GW. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cienc Saude Colet* 1999; 4(2):393-03.
- 42- Matos E, Pires EP, Sousa GW. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(5):775-81.

"Comunicast": *podcast* como ferramenta para potencializar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde durante e após a pandemia de Covid-19

"Comunicast": the podcast as a tool to enhance the work of Community Health Agents during and after the Covid-19 pandemic

"Comunicast": el podcast como herramienta para mejorar el Trabajo de Agentes Comunitarios de Salud durante y después de la pandemia de Covid-19

Alice Venturini Dias¹

Geferson Pelegrini²

Jéssica Limana²

Patrícia Gabriela Riedel²

Claunara Schilling Mendonça³

Camila Giugliani^{3,4}

RESUMO:

O distanciamento social constituiu-se como estratégia fundamental no enfrentamento da pandemia de Covid-19, e tal medida tornou urgente a reconfiguração de processos de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o Agente Comunitário de Saúde (ACS) uma figura fundamental para manter viva a comunicação com os usuários. Nesse contexto, a confecção de episódios de *podcast* aparece como forma de proporcionar um diálogo acessível, próximo, gratuito, objetivo e ligado às principais necessidades cotidianas das pessoas que habitam o território. O presente relato de experiência visa apresentar como ocorreu a construção do *podcast* "Comunicast", demonstrar seus potenciais e estimular

¹ Residente em medicina de família e comunidade, Serviço de Atenção Primária à Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre – RS, Brasil

² Acadêmica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre – RS, Brasil

³ Docente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da UFRGS, Porto Alegre – RS, Brasil

⁴ Docente do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFRGS, Porto Alegre – RS, Brasil

os serviços de APS a desenvolverem práticas criativas que utilizem a tecnologia como aliada ao trabalho dos ACS e da equipe multiprofissional na perspectiva da educação em saúde. Detalha-se o processo de desenvolvimento do *podcast* pelos residentes de uma Unidade Básica de Saúde. Seu propósito inicial foi estreitar o contato com a população adscrita de seu território durante a pandemia e, no decorrer do primeiro ano de seu desenvolvimento (2020), outras finalidades foram percebidas, considerando seu amplo potencial. A equipe que produz os programas conta com residentes em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e da Residência Multiprofissional em APS, ACS e acadêmicos de Medicina. O "Comunicast" é uma experiência que intensifica as possibilidades criativas em um serviço de APS, utilizando tecnologias audiovisuais para estabelecer maneiras inovadoras de comunicação com seus usuários, na ótica da promoção de saúde, com estímulo ao engajamento comunitário e participação chave dos ACS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Agente Comunitário de Saúde; Equipe Multiprofissional; Educação em Saúde; Difusão de inovações.

ABSTRACT:

Social distancing was a fundamental strategy in coping with the Covid-19 pandemic, and such a measure made it urgent to reconfigure the work processes of the Primary Health Care (PHC) teams of the Unified Health System (SUS), with the Community Health Agent (CHA) being a key figure in keeping communication with users alive. In this context, the making of podcast episodes appears as a way to provide an accessible, close, free, objective dialogue, linked to the main daily needs of the people who inhabit the territory. This experience report aims to present how the "Comunicast" podcast was built, demonstrate its potential and encourage PHC services to develop creative practices that use technology as an ally to the work of the CHAs and the multidisciplinary team from the perspective of health education. The process of developing the podcast by residents of a Basic Health Unit is detailed. Its initial purpose was to strengthen contact with the population assigned to its territory during the pandemic and, during the first year of its development (2020), other purposes were perceived, considering its broad potential. The team that produces the programs includes residents in Family and Community Medicine (FCM) and Multiprofessional Residency in PHC, ACS and medical students. The "Communicast" is an experience that intensifies the creative possibilities in a PHC service, using audiovisual technologies to establish innovative ways of communicating with its users, from the perspective of health promotion, encouraging community engagement and key participation of the CHAs.

Keywords: Primary Health Care; Community Health Agents; Multiprofessional Team; Health Education; Diffusion of Innovation.

RESUMEN:

El distanciamiento social fue una estrategia fundamental en el enfrentamiento a la pandemia de la Covid-19, y tal medida hizo urgente reconfigurar los procesos de trabajo de los equipos de Atención Primaria de Salud (APS) del Sistema Único de Salud (SUS), siendo el Agente Comunitario de Salud (ACS) una figura clave para mantener viva la comunicación con los usuarios. En este contexto, la realización de episodios de podcast aparece como una forma de propiciar un diálogo accesible, cercano, libre, objetivo, vinculado a las principales necesidades cotidianas de las personas que habitan el territorio. Este relato de experiencia tiene como objetivo presentar cómo se construyó el podcast “Comunicast”, demostrar su potencial y incentivar a los servicios de APS a desarrollar prácticas creativas que utilicen la tecnología como aliada al trabajo de los ACS y del equipo multidisciplinario desde la perspectiva de la educación en salud. Se detalla el proceso de elaboración del podcast por parte de los residentes de una Unidad Básica de Salud. Su propósito inicial fue fortalecer el contacto con la población asignada a su territorio durante la pandemia y, durante el primer año de su desarrollo (2020), se percibieron otros propósitos, considerando su amplio potencial. El equipo que produce los programas incluye residentes en Medicina Familiar y Comunitaria (FCM) y Residencia Multiprofesional en APS, ACS y estudiantes de medicina. El “Communicast” es una experiencia que intensifica las posibilidades creativas en un servicio de APS, utilizando tecnologías audiovisuales para establecer formas innovadoras de comunicación con sus usuarios, desde la perspectiva de la promoción de la salud, fomentando el compromiso comunitario y la participación clave de los ACS.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Agente Comunitario de Salud; Equipo Multiprofesional, Educación para la Salud; Difusión y Innovación.

INTRODUÇÃO

A propagação de informações confiáveis sobre as práticas de prevenção do contágio da Covid-19 – como o uso de máscaras e álcool em gel, o distanciamento social e a importância das vacinas – foi questão fundamental para a contenção mais efetiva e rápida do número de contaminações durante a pandemia. A necessidade de distanciamento tornou imprescindível o

remodelamento da vida em sociedade, incluindo os processos de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS), por se estabelecerem em um modelo territorial de cuidado em saúde. Nesse contexto, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vêm representando, novamente, o seu papel de facilitadores de comunicação e conexão com os usuários, sendo responsáveis pela escuta, pela organização das principais dúvidas e pela disseminação das práticas preventivas necessárias.

Nos últimos tempos, a tecnologia tornou-se aliada fundamental dos profissionais de saúde, permitindo que dados qualificados chegassem à população, bem como se iniciasse uma nova etapa na APS: a era das consultas remotas. Como bem relatado por Ferraretto e Morgado em seu guia de comunicação na pandemia: “Isolados fisicamente em suas residências, mas conectados uns aos outros via tecnologia, os seres humanos precisam da companhia virtual e da orientação precisa oferecida pela mídia qualificada¹⁽⁹⁾”.

A capacidade de comunicação com os usuários durante o período inicial da quarentena foi um dos desafios a serem vencidos pelas equipes do SUS - destarte, foi criado, na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, o "*Comunicast - Comunicar com a comunidade*", o qual foi submetido e aprovado como projeto de extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A intervenção do tipo *podcast* comunitário foi inicialmente desenhada por residentes em Medicina de Família e Comunidade (MFC) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), tendo como um dos principais pilares de seus episódios a participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Essa iniciativa foi inspirada em experiências de outras unidades de saúde com rádios comunitárias e tem sido continuamente supervisionada por médicas e professoras da Faculdade de Medicina da UFRGS. Desde a sua criação, o projeto se propõe a incluir continuamente pessoas interessadas, dando ênfase à sua característica multiprofissional, tornando-se, portanto, espaço de integração do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (incluindo os núcleos

de Nutrição, Enfermagem, Farmácia e Serviço Social), além de campo de prática da Coordenação de Extensão da Liga Acadêmica de Medicina de Família e Comunidade da UFRGS.

O *podcast* comunitário objetiva auxiliar a equipe de atenção primária da Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Cecília a compartilhar informações qualificadas com seus usuários, frente à necessidade de manutenção do distanciamento social e, também, do desejo de aproximar-se dos usuários, contando com os ACS como protagonistas da aproximação com a população adscrita. Considerando o importante papel da prevenção e da promoção da saúde, evidenciado pelo cenário da pandemia de Covid-19, busca-se, na confecção dos episódios do *podcast*, um diálogo acessível, próximo, gratuito, objetivo e ligado às principais necessidades cotidianas das pessoas que habitam o território. Dessa forma, o presente relato de experiência visa apresentar como ocorreu a construção do *podcast* Comunicast, demonstrar seus potenciais e estimular os serviços de APS a desenvolverem práticas criativas que utilizem a tecnologia como aliada ao trabalho dos ACS e da equipe multiprofissional na perspectiva da educação em saúde.

1 Desenvolvimento

As rádios comunitárias representaram o início de uma nova forma de interação com a população no que tange à educação em saúde^{2,3}: vozes conhecidas e ouvidos conhecidos - assim se cria uma rede de conhecimentos, sentimentos e informação qualificada. Quando se fala em rede, torna-se imprescindível trazer à tona o protagonismo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), estabelecido pelo Ministério da Saúde em 1991, a partir do qual se criou uma categoria de trabalhadores formada pela e para a própria comunidade: os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)^{4,5}. Nesta ótica, destacamos a importância de cada indivíduo poder comunicar, pois se sabe que quem melhor possui capacidade para abordar a realidade de uma

comunidade é, justamente, quem a experimenta em seu cotidiano^{6,7}. “Assim, são capazes de mobilizar a população a buscar melhorias na qualidade de vida, formando identidade coletiva, abrindo espaço para a exigência de direitos e mudanças no que não está sendo cumprido nem atendido. Através das rádios comunitárias, pessoas e vozes que dificilmente são ouvidas nas redes comerciais têm espaço para suas manifestações”⁸⁽¹⁰⁾.

Assim, estabelece-se um belo e curioso paralelo entre as rádios comunitárias e os trabalhadores do PACS. Os ACS, como agentes transformadores, assumem na comunidade diversas funções e simbolismos - moradores, reivindicadores de direitos sociais, fiscais, familiares, representantes dos usuários diante das instituições públicas profissionais da saúde - estando aqui também contida a resistência no que diz respeito à luta de classes. São agentes educadores e, por isso, transformadores de realidades, que se comprometem com a veiculação de informações que auxiliem a população no enfrentamento do processo de adoecimento, bem como na promoção e manutenção de uma saúde integral - este é o elo potencializador que há entre os ACS e o projeto Comunicast.

A intitulação "Comunicast - Comunicar Com a Comunidade" foi concebida a partir da ideia de que a ferramenta seria distribuída para os usuários da unidade em formato de *podcast*. O *podcasting*⁹ é uma forma de mídia organizada em produções de áudio, que tem a internet como local de sustentação, desempenho e disseminação. Assim, tornou-se uma alternativa digital gratuita para as já estabelecidas rádios comunitárias, representando uma possibilidade notável de disseminação de informação, em especial no período de quarentena imposto pela pandemia da Covid-19. Ademais, carregar no nome e no *slogan* o prefixo "comuni" ressalta nosso interesse em manter a comunidade como centro de nosso fazer na APS. A identidade visual foi inspirada na cor verde, a qual carrega consigo o símbolo de formação nas mais diversas áreas da saúde.

Após a ideia inicial de criação do projeto ser discutida entre os residentes de MFC da UBS Santa Cecília e suas orientadoras, decidiu-se realizar um encontro virtual com a equipe responsável pelo projeto "Fica em Casa" da UBS Costa e Silva, do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC)¹⁰, a fim de conhecer o processo de idealização, de construção e de gravação dos seus programas, que começaram a ir ao ar alguns meses antes. A reunião foi um espaço de extrema relevância para nosso projeto; o relato de algumas das agentes comunitárias da unidade Costa e Silva impulsionou-nos a trazer os ACS da Unidade Santa Cecília para local de destaque na produção de nossos episódios.

Os episódios de gravação de áudio, com duração de 5 a 15 minutos, são publicados na plataforma de *streaming Soundcloud* - de acesso fácil, rápido e gratuito - evidenciando, assim, o acesso a informações qualificadas e a democratização das mídias como alicerce do projeto. A equipe que produz os programas é composta por residentes em MFC e da Residência Multiprofissional em APS do HCPA, ACS e acadêmicos de Medicina. Outros membros da equipe da UBS, assim como usuários, podem fazer parte da programação, sugerindo temas, auxiliando na elaboração de roteiros e participando das gravações.

Figura SEQ Figura * ARABIC 1 - Captura de tela do perfil do projeto Comunicast na Plataforma Soundcloud



A preparação de cada episódio envolve, primeiramente, a escolha da temática - assuntos são conjuntamente elencados em um grupo do *WhatsApp* com os responsáveis pelo projeto, buscando, no contexto da semana e/ou mês, qual é a informação prioritária a ser disseminada, quais são as principais dúvidas da população adscrita e os motivos de demanda para a unidade de saúde. Após serem enumerados os assuntos em voga, grupos de trabalho (GTs) específicos são formados para cada episódio. Inicia-se, então, por meio da ferramenta *Google Drive*, a escrita coletiva do roteiro, que necessita de busca de referências sobre o assunto, de seleção dos dados mais relevantes, bem como da estruturação de falas que sejam de fácil compreensão, já que se preza pela competência cultural –importante atributo da APS. Dessa forma, a elaboração do episódio tenta dar ênfase à coloquialidade, à objetividade e ao entretenimento.

A gravação das falas é feita em local silencioso, utilizando como dispositivo de captação o gravador do telefone celular, método sem custo e de alta disponibilidade para os integrantes do projeto. Depois de serem reunidos os arquivos em nuvem de armazenamento online, inicia-se a edição de áudio pelo programa *Audacity*, *software* gratuito disponível para *download* na internet. Uma oficina de capacitação para o processo de edição também foi realizada entre os integrantes do projeto, objetivando uma melhor divisão de tarefas e a democratização do processo de criação e montagem.

Com o lançamento do projeto, ocorreu a movimentação dos estudantes de medicina da Liga Acadêmica de Medicina de Família e Comunidade da UFRGS, que manifestaram interesse em ser parte ativa da construção dos roteiros e das gravações, assim como da edição de áudio e da divulgação dos conteúdos. Tal movimento fez com que essa experiência criativa de educação em saúde viesse a se tornar projeto de extensão vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) no mesmo ano de sua criação e, por essa via, serão emitidos certificados de participação para os componentes de cada episódio lançado. Além disso, o estabelecimento de um cronograma que

priorizasse um processo multiprofissional contínuo na estruturação do projeto resultou em novos olhares e interações sobre os mais variados temas.

A partir da necessidade de impulsionar a propagação dos episódios, optou-se pela criação da página oficial do *podcast* no *Facebook* e de um perfil no *Instagram* (@comunicast.ufrgs), buscando maior abrangência de públicos e atingindo faixas etárias diferentes em cada rede social. Atualmente, além de abrigar o conteúdo de áudio, os perfis tornaram-se espaços para divulgação de materiais de prevenção e de promoção à saúde. As postagens contendo os episódios são compartilhadas com as usuárias e os usuários majoritariamente através do *WhatsApp* das(os) ACS, por meio de listas de transmissão. Vale ressaltar que as ACS são as profissionais que guardam o maior número de contatos telefônicos da população adscrita ao território da unidade.

Figura SEQ Figura * ARABIC 2 - Captura de tela de postagem informativa sobre a lista de comorbidades dos grupos prioritários para a vacinação contra a Covid-19, tendo as pessoas do território como público-alvo, do perfil do Comunicast no *Instagram*



Nas Figuras 1 e 2, ilustram-se os layouts e a identidade visual do projeto nas plataformas de mídia *Soundcloud* e *Instagram*, respectivamente.

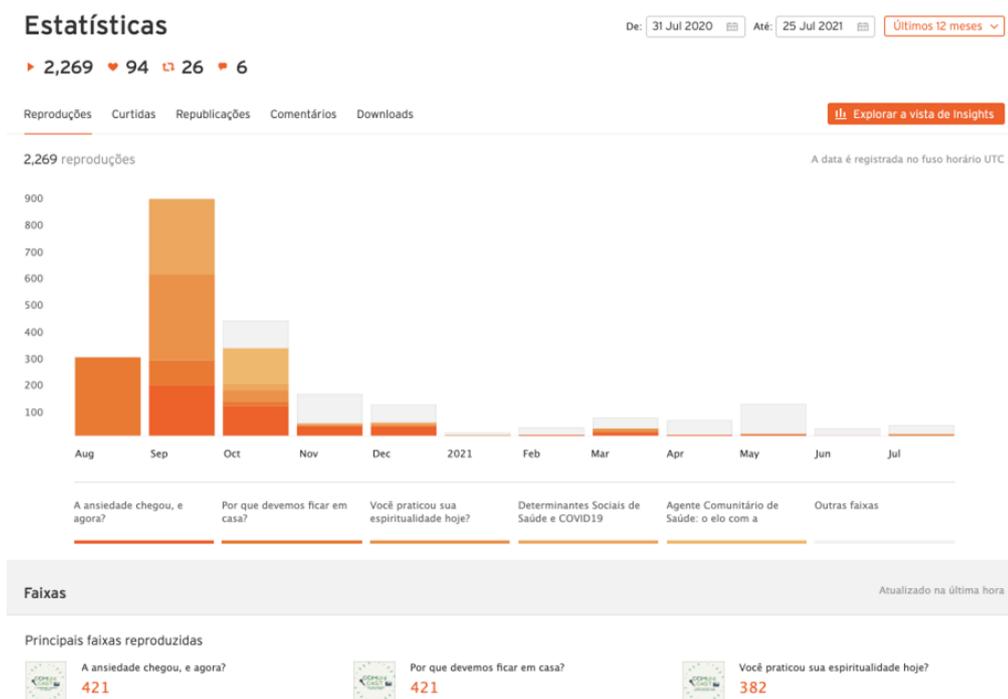
Até o momento, os programas abordaram variados temas, listados no *Quadro 1*, em ordem de publicação.

Quadro 1 - Episódios do projeto Comunicast lançados até julho de 2021

Data de lançamento	Título do episódio
02/08/2020	Por que devemos ficar em casa?
31/08/2020	Determinantes Sociais de Saúde e Covid-19
07/09/2020	Você praticou sua espiritualidade hoje?
15/09/2020	A ansiedade chegou, e agora?
03/10/2020	Quando devo testar para Covid-19?
04/10/2020	Agente Comunitário de Saúde: o elo com a comunidade!
12/10/2020	Saúde da Criança na Covid-19
19/11/2020	Visibilidade da População Negra no SUS
20/12/2020	Fiz sexo sem camisinha: e agora?
01/02/2021	Por que nos vacinamos?
14/03/2021	Parar de Fumar: Primeiros Passos
19/04/2021	Insegurança Alimentar
26/05/2021	Vacinação para gripe e Covid-19: minha vez já chegou?
06/07/2021	Vamos falar sobre benefícios sociais?

O primeiro programa, intitulado "Por que devemos ficar em casa?", datado de agosto de 2020, conta com 421 execuções na plataforma de áudio, sendo um dos mais reproduzidos até julho de 2021. O episódio demarcou informações relevantes no que se refere ao distanciamento social durante o primeiro grande pico de casos de coronavírus. Além disso, destacamos o episódio "Agente Comunitário de Saúde: o elo com a comunidade!", cujo roteiro foi desenvolvido para contar um pouco sobre a história desses trabalhadores no SUS, assim como seu importante papel como profissional de saúde comunicador e educador: antes, durante e após a pandemia da Covid-19. Tal programa foi lançado no dia 04 de outubro, data em que se comemora o Dia Nacional do ACS, e possui mais de 130 execuções na plataforma. Quando contabilizados todos os episódios, já são 2.269 reproduções (Figura 3)

Figura SEQ Figura * ARABIC 3 - Estatísticas referentes às reproduções dos programas do projeto Comunicast até julho de 2021 geradas através de recurso da plataforma de áudio Soundcloud



Ainda, é importante destacar que os episódios são utilizados para fins terapêuticos durante as consultas multiprofissionais, por contarem com temáticas altamente relevante se prevalentes nos cuidados em saúde. Exemplo disso é o episódio “A ansiedade chegou, e agora?”, programa que abordou o conceito de ansiedade, seus principais sintomas e estratégias para manejá-la durante a pandemia. Ao final, o episódio conta com um trecho de uma sessão de musicoterapia, o que agrega, ademais, a visão de saúde integrativa¹¹, multiprofissional e criativa que a equipe responsável pelo *podcast* sustenta.

CONCLUSÃO

O *podcast* “Comunicast” experimenta as capacidades criativas dos profissionais, dos estudantes e dos usuários em um serviço de APS, utilizando a inovação audiovisual para estabelecer novas estratégias de comunicação com seus usuários, na perspectiva da educação e da promoção de saúde, com estímulo ao engajamento comunitário. A experiência aponta que pode ser considerada uma ferramenta potencializadora do trabalho dos ACS da UBS Santa Cecília, durante e após o período de pandemia.

Entre as dificuldades encontradas, destacamos que as iniciativas de cunho coletivo e comunitário ocupam papel secundário na formação do residente, especialmente na residência médica, quando comparadas às atividades assistenciais diretas.– Assim, foi preciso enfrentar: a falta de horário reservado para desenvolvimento do projeto; a pouca participação do restante da equipe Unidade Básica de Saúde, devido à sobrecarga envolvida no processo de trabalho; a ausência de recursos financeiros para a realização e divulgação do *podcast*; e a situação de vulnerabilidade social em que se encontra parte da população-alvo do projeto, com conseqüente dificuldade de acesso às tecnologias.

Para superar essas dificuldades, utilizamos meios gratuitos (*softwares* de áudio e plataformas de distribuição de mídia), tanto para lidar com a

limitação de financiamento, como para aumentar a disponibilidade do material junto ao público por meio de seus próprios dispositivos. A dificuldade inicial de centralização da edição dos áudios em um único integrante do projeto foi parcialmente superada com a capacitação dos estudantes de medicina, que passaram a também realizar a tarefa de forma eficiente e sem custos adicionais.

Apesar de o programa mostrar-se, no cotidiano do trabalho da equipe, como importante recurso de comunicação comunitária, entendemos que é de suma importância a realização de estudos que demonstrem seu impacto, a fim de evidenciar quantitativamente o papel da estratégia digital na APS. Como limitação do projeto de extensão, podemos citar a ausência de dados relativos ao tempo de reprodução dos episódios por usuário, aos compartilhamentos efetuados entre os usuários e ao nível de satisfação com o conteúdo recebido. Para a obtenção desses dados, são necessários suportes não gratuitos na plataforma. Entretanto, no que diz respeito ao processo de construção de cada episódio, percebemos o quanto esta iniciativa foi capaz de reforçar a integração entre os diferentes profissionais da equipe e os acadêmicos. Finalmente, esperamos com este relato, expressar a nossa gratidão pela parceria dos agentes comunitários e reforçar nosso apoio na luta para uma melhor valorização desses profissionais. Dentre os planos futuros, a elaboração de uma oficina de criação de *podcast* para unidades de saúde é uma ideia a ser executada pelos integrantes do projeto, apostando nas novas formas de educação em saúde do mundo digital para o mundo real.

REFERÊNCIAS

- 1- Ferraretto LA, Morgado F. Covid-19 e comunicação: um guia prático para enfrentar a crise [Internet]. Rio de Janeiro: Válega; 2020. [cited 2021 Oct 15]. Available from: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/213925/001118081.pdf?sequence=1>.
- 2- Prado EV, Martins FL, Mattos MCT, et al. Construindo cidadania: educação popular em saúde via rádio comunitária. Rev APS. [Internet].

- 2011 [cited 2021 Oct]; 14(4):497-501. Available from:
<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15059/7966>.
- 3- Conrad KQ, Fossá MIT. A (re)configuração do espaço público nas ondas das rádios comunitárias. In: Anais do XII Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul [Internet]; 2011 Mai 26; Londrina, Paraná: Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação; 2011. Available from:
<http://www.intercom.org.br/papers/regionais/sul2011/resumos/R25-1033-1.pdf>.
 - 4- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.
 - 5- Giugliani C, Lavor ACH, Lavor MC, et al. Agentes Comunitários de Saúde. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, et al. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 150-162.
 - 6- Jardim TA, Lancman S. Subjective aspects of living and working within the same community: the realities experienced by community healthcare agents. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2009;13(28):123-135. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000100011>.
 - 7- Cardoso AS, Nascimento MC. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2010; 15(1):1509-20. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700063>.
 - 8- Girard I, Jacobus R, Rocha BL, et al. Para fazer rádio comunitária com “C” maiúsculo [Internet]. Porto Alegre: Revolução de Ideias; 2009 [cited 2021 Oct] 80p. Available from:
<http://portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/materiais/0000012420.pdf>.
 - 9- Flores TCP. A nova mídia podcast: um estudo de caso do programa Matando Robôs Gigantes [undergraduate thesis]. Rio de Janeiro: Escola de Comunicação – ECO, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2014. 45 p. [cited 2021 Oct]. Available from:
<https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/4379/1/TFlores.pdf>.
 - 10- Blog do Costinha - Fica em Casa: primeiro programa. 2020 Apr. 18 [cited 2021 Oct] [Internet]. Available from:
<https://uscostinha.blogspot.com/2020/04/fique-em-casa-programa-1.html>

- 11- Lima KMSV, Silva KL, Tesser CD. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2014; [cited 2021 Oct]; 18(49):261-272. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0133>.

Saber da experiência e cuidado: o impacto das Agentes Comunitárias de Saúde na Saúde Pública

Knowledge of experience and care: the impact of Community Health Agents on Public Health

Conocimiento de la experiencia y atención: el impacto de los Agentes Comunitarios de Salud en la Salud Pública

Helena Moraes Oliveira¹
Yara Maria de Carvalho²

RESUMO:

Não se sabe ao certo a origem da ideia que culminou na existência da função de Agente Comunitário de Saúde (ACS). Há quem atribua a origem da contemporânea ACS à figura do *feldsher*, um auxiliar médico que surgiu na Rússia Czarista. No Brasil, a função de ACS surgiu na cidade de Jucás, no Ceará, entre 1979-1986, inspirada na experiência canadense e cubana. Há um certo modo hegemônico de olhar esses profissionais e suas ações no campo da produção de saber. Insiste-se em descrever essa profissional como carente de formação técnico-científica e profissional-objeto de avaliação. Poucos trabalhos se dedicam às potencialidades e ao fortalecimento da profissão, com sua identidade particular de liderança comunitária, pertencimento social e produção de vínculos. Este artigo resulta de uma pesquisa a respeito das experiências das ACS, experiência como processo intersubjetivo modelador e qualificador das relações e práticas de cuidado a partir das suas narrativas. Metodologicamente, fomos ao encontro de seis ACS de uma Unidade de Saúde mista da zona norte de São Paulo, a fim de colher e produzir narrativas a respeito dos seus desafios e dilemas no contexto do trabalho em saúde. Inspiradas na ideia de *experiência e saber da experiência* de Jorge Larrosa, problematizamos sobre as tecnologias de cuidado. Das conclusões, cabe mencionar que o processo formativo tradicional não considera as diferentes

¹ Universidade de São Paulo, Mestre em Ciências da Saúde, pesquisadora sanitária, Departamento de Odontologia Social/Faculdade de Odontologia da USP, Faculdade de Saúde Pública-USP e Faculdade de Educação-USP, Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, helenamoraesoliveira@gmail.com

² Universidade de São Paulo, Pós-doutorado em Ciências Humanas e Saúde, professora universitária, Departamento de gestão e política da Faculdade de Saúde Pública-USP e Escola de Educação Física-USP

camadas de compreensão de mundo e modos de se relacionar que operam como moduladores de relações e práticas. Nesse sentido, ficam invisíveis princípios e valores que determinam a pluralidade e diversidade de formas de pensar e fazer o cuidado.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Formação em Saúde; Educação Continuada; Educação em Saúde.

ABSTRACT:

The origin of the idea that culminated in the existence of the role of Community Health Agent (ACS) is not known clearly. There are those who attribute the origin of contemporary ACS to the figure of the feldsher, a medical assistant who emerged in Czarist Russia. In Brazil, the role of ACS arises in the city of Jucás, Ceará, between 1979-1986, inspired by the Canadian and Cuban experience. There is a certain hegemonic way of looking at these professionals and their actions in the field of knowledge production. It is insisted on describing this professional as lacking technical-scientific training and an object of evaluation. Few works are dedicated to the potential and strengthening of the profession, with its particular identity of community leadership, social belonging and the production of bonds beyond its technical-scientific capacity. The objective of this work is to recognize experiences as intersubjective processes that shape and qualify the relationships and practices of care from the narratives of ACSs. For this, we used narrative interviews with six ACSs from a mixed health unit in the north of São Paulo in August 2019. By dialoguing with the idea of experience and knowing the experience developed by Jorge Larrosa, we built a small space of possibility to discuss care technologies. The traditional education process does not consider the different layers of understanding of the world and ways of relating that operate as modulators of relationships and practices, which makes aspects of our professional practice conditioned by other cultural and relational factors invisible, leading to meaningless education processes and normative.

Key words: Community Health Agents; Health Training; Continuing Education; Health Education.

RESUMEN:

No se conoce con claridad el origen de la idea que culminó con la existencia del rol de Agente Comunitario de Salud (ACS). Hay quienes atribuyen el origen de la ACS contemporánea a la figura de feldsher, un médico asistente surgido en la Rusia zarista. En Brasil, la actuación de ACS surge en la ciudad de Jucás, Ceará, entre 1979-1986, inspirada en la experiencia canadiense y cubana. Existe una cierta forma hegemónica de mirar a estos profesionales y sus acciones en el campo de la producción de conocimiento. Insistimos en

calificar a este profesional como carente de formación técnico-científica y objeto de evaluación. Pocas obras están dedicadas al potencial y fortalecimiento de la profesión, con su particular identidad de liderazgo comunitario, pertenencia social y producción de vínculos más allá de su capacidad técnico-científica. El objetivo de este trabajo es reconocer las experiencias como procesos intersubjetivos que configuran y cualifican las relaciones y prácticas de cuidado desde las narrativas ACS. Para ello, utilizamos entrevistas narrativas con seis ACS de una unidad mixta de salud en el region norte de São Paulo en agosto de 2019. Dialogando con la idea de experiencia y conociendo la experiencia desarrollada por Jorge Larrosa, construimos un pequeño espacio de posibilidades. discutir tecnologías de cuidado. El proceso de formación tradicional no considera los diferentes estratos de comprensión del mundo y formas de relacionarse que actúan como moduladores de relaciones y prácticas, lo que invisibiliza aspectos de nuestra práctica profesional condicionados por otros factores culturales y relacionales, dando lugar a procesos de formación sin sentido y normativo.

Palabras clave: Agentes Comunitarios de Salud; Capacitación en Salud, Educación Continua; Educación en Salud.

INTRODUÇÃO

Não se sabe ao certo a origem da ideia que culminou na existência da função de Agente Comunitário de Saúde (ACS). A presença de profissionais da saúde no ambiente das relações sociais mais íntimas, representado pelo lar ou residência, foi se configurando ao longo das transformações sociais e políticas, embora há quem atribua a origem do contemporâneo ACS à figura do *feldsher*, um auxiliar médico que surgiu na Rússia Czarista entre os séculos XVI-XX¹. Uma outra função que pode ter inspirado a criação do ACS é a de inspetor de saúde.

Presente em alguns países europeus, os inspetores de saúde tinham como objetivo a educação sanitária e a coleta de dados para controle do Estado sobre a população e as doenças infecto-contagiosas. Aqui no Brasil, a figura do ACS surge na cidade de Jucás, no Ceará, entre 1979-1986. Em 1987, a função foi estendida a todo o estado como parte da estratégia de combate às consequências da seca no sertão cearense, sendo destinada às mulheres que compunham famílias em situação de pobreza e miséria. O movimento cearense

de criação desse projeto de ACS, segundo Marlene Ávila, foi inspirado no modelo de Atenção Primária à Saúde cubano e canadense, mas especialmente desnutrição infantil, além de acesso a serviços básicos de saúde, contribuiu para o movimento de Reforma Sanitária, culminando no importante marco histórico brasileiro com a conquista do Direito à saúde em 1988 e a Política Nacional de Atenção Básica (portaria número 648/2006 revogada pela portaria número 2488/2011, Brasil, 2006).

São profissionais que exercem o cuidado muitas vezes em condições inseguras e precárias, gerando organização em rede a fim de lutarem por melhores salários e cenários de trabalho dignos. Importante mencionar que essas condições de invisibilidade e precariedade advêm do histórico de negação e exclusão, de longa data no país, reflexo da disputa histórica entre a classe abastada e sua formação e as classes mais pobres e suas práticas tradicionais, cubano², fundamentado na ideia de medicina comunitária, centrada no grupo familiar, em medidas de promoção e prevenção e na educação em saúde.

Os critérios para seleção de ACS visavam facilitar a ocupação do cargo e incentivar a liderança comunitária feminina. Assim, era preciso ser mulher, residir na área de atuação, saber ler e escrever e passar por processo de votação, adquirindo a maioria dos votos. O projeto cearense foi adotado pelo Ministério da Saúde e se tornou uma experiência em âmbito nacional com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desde o início da década de 1990, sendo “efetivamente instituído e regulamentado em 1997”³.

1 Evidências da efetividade do PACS

Atualmente, segundo o site do Ministério da Saúde, são mais de 260 mil ACS em todo território nacional e 4.263 Agentes Indígenas de Saúde⁴. Desde então, a experiência pioneira cearense tem gerado acesso ao cuidado e à

educação em saúde em regiões mais distantes e pobres do país por meio do PACS.

A melhora de indicadores nacionais de saúde, como mortalidade e conforme bem descrito no livro “Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil”⁵.

Na sequência de dificuldades de reconhecimento e melhores condições de trabalho, soma-se uma alteração recente que descaracterizou o referido Programa: flexibilizaram a obrigatoriedade de residir na mesma área de atuação, um dos eixos estratégicos para o êxito do PACS.

Somado ao problema crônico das condições de trabalho e remuneração, há o constrangimento diário em virtude da hierarquização de saberes. Nesse sentido, as ACSs dispõem do menor poder de decidir e agir na equipe de saúde, já que o critério que determina a força ou o poder de argumento e deliberação se baseia no grau de escolarização, restando a subordinação diante de quase todos os profissionais do serviço. São muitas as perdas e decorrências desta situação de dependência e sujeição das ACS, mas para o que nos interessa aqui, é de se destacar o empobrecimento das relações de troca - de saberes e experiências.

2 A pesquisa propriamente dita

A partir de pesquisa bibliográfica, identificamos uma produção ampla e um acúmulo de trabalhos sobre a formação^{6,7}, efetividade das ações⁸ e reconhecimento⁹, mapeamos certo modo hegemônico de compreender o trabalho, os saberes e as práticas das ACS. Insiste-se em descrever essa profissional como carente de formação técnico-científica e objeto de avaliação. Poucos trabalhos se dedicam às potencialidades e ao fortalecimento da profissão, com sua identidade particular de liderança comunitária, pertencimento social, de escuta e vínculo para além da sua capacidade técnico-científica.

Tentando escapar desse paradigma técnico-científico adotamos aqui a ideia de experiência e saber da experiência desenvolvida por Jorge Larrosa Bondía¹⁰, para pensar os processos intersubjetivos presentes nas relações de cuidado entre ACS e usuários. suas ideias e pensamentos nos ajudaram a pensar e problematizar a respeito da formação em saúde, dos saberes que permeiam a ação das ACS, para além da dimensão técnica-formativa e da relação entre experiência e saber, com enfoque no cotidiano do trabalho e das relações que permeiam o universo dessas profissionais. A partir da perspectiva de Larrosa, “experiência é algo que nos acontece não o que nos passa” é um processo intersubjetivo singular de mudança significativa de mentalidade e, conseqüentemente, de ação, configurando, assim, um processo educativo, no sentido da constituição de saberes significativos, saberes esses que tem o potencial de transformar comportamentos, atitudes e ações, significando assim, processos de mudanças importantes que situam o sujeito numa nova posição de compreensão e enfrentamento da realidade. E escapando do apego à ideia de que conhecimento e formação se dão, *a priori*, num ambiente controlado por meio de procedimentos e técnicas que imitam ou supõem uma realidade hipotética e, muitas vezes, abstrata.

3 Aspectos metodológicos

Nosso referencial teórico para pensar, desenvolver e compreender o processo de produção de conhecimento neste trabalho foi inspirado pela ideia de experiência desenvolvida pelo filósofo da educação Jorge Larrosa Bondía¹¹. Dessa forma, Larrosa se interessa pelo processo de conhecer, muito mais no sentido singular e subjetivo que atribuímos do que o saber por si mesmo. Assim, propõe pensar a educação do ponto de vista do par experiência/sentido, a experiência como acontecimento significativo que possibilita aprendizado e sentido, acontecimento subjetivo que ocorre no cotidiano das relações do sujeito com outros sujeitos ou entre o sujeito e outros elementos da vida. Dessa

forma, desloca a educação do universo dos processos formativos controlados para os demais processos dentro ou fora do universo da formação tradicional.

O que se trata contribui para reconhecer que a formação se dá também no cotidiano das relações de cuidado e não apenas no cenário de educação formal. Larrosa nos ajuda a pensar a pesquisa e as narrativas privilegiando os cenários das experiências, para além dos espaços e tempos postulados como hegemônicos.

Interessadas nos aspectos intersubjetivos e singulares que orientam, alteram e determinam as relações de cuidado no contexto da atenção básica, bem como as práticas e o manejo do processo saúde e doença, procuramos trazer narrativas sobre experiências das ACS, abrindo caminho para o reconhecimento dos saberes não hegemônicos e os dispositivos sociais de produção de vínculo e co-responsabilidade tão presentes e significativos, ao mesmo tempo invisibilizados no cotidiano do trabalho dessas profissionais.

Produzimos um roteiro para nos orientar ao longo dos encontros com as participantes, de modo que as relações, as trocas e as narrativas que fomos produzindo com as participantes foram respeitadas e privilegiadas. As normas que regulamentam o programa de mestrado profissional no Brasil exigem que exista um produto educacional para além da produção da dissertação e de eventuais publicações. Esse instrumento tem como objetivo qualificar o processo de produção de pensamento, as práticas decorrentes e, ao mesmo tempo, divulgar os resultados e as análises a respeito delas.

Nossa produção resultou em um vídeo com o intuito de promover e valorizar o trabalho das ACS e abrir um canal de fala a partir das suas narrativas (o vídeo está disponível no endereço eletrônico <https://www.youtube.com/watch?v=RyIMF-Jq3nQ>). A escolha do formato vídeo esteve relacionada ao grande poder de acesso e circulação desse instrumento comunicativo, especialmente no contexto da pandemia do coronavírus-19, em que as medidas de isolamento e distanciamento incitam a população a utilizar de modo mais frequente as mídias digitais.

4 Perfil das Agentes Comunitárias de Saúde

Uma equipe mista composta por Médico de família, Ginecologista, uma Enfermeira, seis Agentes Comunitárias, um Técnico de Farmácia, três Técnicas de Enfermagem, duas Atendentes SUS, uma Auxiliar Administrativa e uma Gerente compõem o cuidado de uma Unidade de Saúde Mista da Zona Norte de São Paulo, ambiente em que se deu esta pesquisa durante o ano de 2019. A escolha da unidade de saúde foi por conveniência, pois havia uma abertura à pesquisa e facilidade em acesso à unidade. Esses critérios se sobressaíram para a escolha, pois não dispomos de incentivos financeiros, o que limita as possibilidades do campo, e o tempo de desenvolvimento para realização é relativamente curto, contando com apenas um ano, dado que aguardamos por um ano a aprovação dos Comitês de Ética da Faculdade de Odontologia da USP parecer número 3.239.311 e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo parecer número 3.386.306. As participantes foram seis Agentes Comunitárias de Saúde, todas do gênero feminino de diferentes faixas etárias, tempo de atuação variando de 3 meses a 8 anos. Nenhuma delas possuía ensino superior completo.

É importante destacar que não se trata de produzir um modelo de avaliação sobre o modo de pensar e agir das ACS, a partir desse grupo de participantes, muito menos propor generalizações, mas olhar de perto as experiências que elas trazem, compreendendo que são singulares, mas de algum modo refletem dilemas, afetos, contradições presentes nas relações de cuidado. Configurando um microuniverso de existir e produzir existência que vale a pena conhecer, aprender e refletir, ainda que seja necessário reconhecer as particularidades do contexto de atuação, do processo de trabalho, da história de vida, dos valores e da concepção de mundo de cada participante.

5 Critérios para participação na pesquisa

Os critérios para inclusão das participantes foram:

- Exercer a função de ACS independentemente do tempo de ingresso na profissão;
- Aceitar participar voluntariamente da pesquisa.

6 As entrevistas com as ACS

Foi escolhida a entrevista narrativa como técnica, que consiste em pedir que a participante conte uma história (narrativa) ao invés de responder perguntas, pois não se trata de apreender a experiência do outro, nem qualificar ou desqualificar, muito menos seguir um roteiro, mas possibilitar um canal em que a narrativa dessa experiência seja possível e problematizada¹². A entrevista consiste num diálogo em que a participante da pesquisa ocupa o lugar de fala e conta uma narrativa a partir de um tema disparador, que no nosso caso foi uma experiência de cuidado significativa.

Em 26 de Agosto de 2019, a equipe reservou um horário e sala para acolher as entrevistas. Todas as seis ACSs da unidade aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), que haviam recebido duas semanas antes para lerem com calma e avaliarem se gostariam de participar ou esclarecer eventuais dúvidas antes das entrevistas. Assim, foram feitas entrevistas narrativas cujo tema foi: “Conte-me uma história sobre uma experiência durante o trabalho como ACS”.

Pretendemos discutir a experiência à luz de narrativas, buscando refletir e problematizar como tais narrativas podem contribuir com nossa reflexão sobre a experiência, as práticas e a formação em saúde. A pesquisadora assume então o lugar de sujeito que interpreta, mas não do ponto de vista de

validar, e sim de identificar aspectos das narrativas que possibilitem o aprendizado em saúde, bem como a qualificação e a valorização das práticas de cuidado.

Foram seis Agentes Comunitárias e três entrevistas realizadas em pares. Duas delas não quiseram gravar a entrevista. Todas as participantes eram do sexo feminino. As entrevistas ocorreram em dupla, o que partiu das próprias participantes e da enfermeira que coordena o grupo de Agentes Comunitárias na unidade. Na sala disponibilizada para as entrevistas, estavam presentes duas ACSs e a pesquisadora apenas. O tempo de duração foi relativamente curto, de 40 minutos em média, mas seguiu a dinâmica possível no momento. Entretanto, o tempo não foi determinante para a riqueza e a contribuição das narrativas, pois não houve perguntas e interferências da pesquisadora, apenas incentivos para que as participantes continuassem narrando suas histórias, e nenhum trecho foi removido posteriormente. Além disso, puderam acrescentar novos elementos às suas narrativas duas semanas depois, quando foi apresentada a devolutiva das entrevistas e também feito o convite para usar outras linguagens para expressar suas experiências, como uso de imagens, sons, narrativa escrita ou qualquer outra forma de expressão.

6.1 “Análise” das narrativas

Todas as entrevistas gravadas foram transcritas e o diálogo da entrevista não gravada foi descrito em forma de narração. Todo o material escrito sobre as entrevistas foi disponibilizado às participantes duas semanas após as entrevistas, para acrescentarem, questionarem ou até desistirem da participação, se fosse o caso.

Produzimos um diálogo com as narrativas a partir da ideia de cuidado e experiência em saúde ao invés de uma análise, pois segundo Larrosa não se pode apreender, ou descrever a experiência do outro.

6.2 Após as entrevistas narrativas

Fizemos um segundo encontro (9 de Setembro) que teve como objetivo entregar a escrita sobre as narrativas, para que as participantes refletissem a respeito. Houve um terceiro encontro, foi a devolutiva (30 de Setembro), momento em que as participantes, de maneira unânime, disseram que suas narrativas estavam bem expressas na escrita e que não desejavam acrescentar nenhuma ideia ou reflexão.

7 Narrativas de Agentes Comunitárias sobre a experiência em saúde

7.1 Narrativa 1

“A gente assim... acaba se envolvendo... assim... com o paciente, né? A gente acaba criando um vínculo. Assim... teve bastante histórias assim que marcaram, né? Eu já tive paciente que amarrava a mãe, que deixava a mãe amarrada e aí a gente teve que conversar com a Assistente Social porque era uma senhorinha de 90 anos, né? E aí, às vezes a filha deixa ela sozinha amarradinha na cama, então foi uma.. eu acho que de todas as histórias que eu vivi, assim como Agente Comunitária, essa foi uma das que mais mexeu comigo, assim. Aí a enfermeira ia lá, fazia o curativo, como a gente é, a gente tá na frente, então quem vê primeiro somos nós, né? Aí a gente vê, passa na reunião de equipe, conversa com a enfermeira, né? A enfermeira vai lá, olha e aí a gente começa a acionar os outros, né, Assistente Social, o pessoal do NASF, mas foi um caso que deu pra gente resolver, né? Mas de todos os casos que eu vivi, assim, nesses quatro anos, esse foi o que mais marcou. Um caso bem complexo, esse. Quando a filha dessa senhorinha começou a perceber, que a gente tava acionando a Assistente Social e tudo, porque a gente foi bem devagarzinho, porque também a gente não pode quebrar o vínculo, porque se

quebrar o vínculo aí perdeu tudo, então ela já não queria mais que a Assistente Social fosse lá visitar a mãe dela. Então, aí ficou só mesmo a enfermeira que ia fazer os curativos, porque ela tinha bastante escaras, a técnica de enfermagem e eu, quem ela deixava entrar.”

7.1 Narrativa 2

“Eu percebi, em pouco tempo, dois meses, que os nossos idosos estão muito abandonados, muito. São filhos maltratando os pais, como ela falou, né? Tem muitos idosos, eles precisam muito da gente. Ah... eu deparei com uma senhorinha, ela tá muito ruim de saúde e antes quem recebia a aposentadoria dela era uma amiga dela, que ela nomeou. Aí o filho saiu da prisão começou a... pegou novamente a guarda da mãe, começou a receber pela mãe e compra as coisinhas, mistura, tudo e não dá um tiquinho pra mãe, nada, come tudo no quarto escondido da mãe. A mãe fica só com arroz e feijão. Ainda a mãe - essa senhorinha - tem que olhar os dois filhos da mulher do filho, sendo que uma criança é netinha e outro não é, e tá muito ruim de saúde. E se você vai falar alguma coisa tem que tomar muito cuidado, porque você tá interferindo na vida pessoal, então tem que tomar cuidado com a sua vida também, porque uma pessoa assim com problemas, você tem que tomar cuidado, se maltrata a própria mãe imagina os outros? Ele já colocou a gente pra correr de lá da casa. Eu tô indo toda semana pelo menos pra dar um carinho, alguma coisa que ela possa precisar e que eu possa ajudar também, mas ela já entrou no conselho tutelar, tudo, eu já orientei, mas eu estou preparada, eu não estaria preparada se eu não fizesse nada.”

7.3 Narrativa 3

“Assim, eu não trabalhava aqui, eu sempre trabalhei na área da saúde, então eu tava passando aqui como paciente e com uma dor na alma de tantos

problemas. Aí a médica e a enfermeira na época me mostraram, sabe? Abriam minha mente, aí eu comecei a me tratar, porque eu tava com uma depressão terrível mesmo, né? Aí a enfermeira me convidou para participar do processo seletivo porque tava precisando de uma ACS aqui. Aí eu fiz, passei, até nós fizemos juntas, eu a minha colega aqui, passei e, assim... me achei! Eu tô aposentada hoje, me aposentei em 2016, mas me achei aqui, eu adoro. A minha área tem muito idoso, eles são uma graça, muito legal, adoro o que eu faço. Eu já trabalhava em hospital, tinha sido chefe e supervisora de internação, e me achei aqui, e outra, é do lado da minha casa, eu não conhecia o bairro, depois que eu comecei a ser ACS foi que eu passei a conhecer, hoje eu conheço tudo, conheço quase todas as pessoas e todas as ruas. A relação com as pessoas é muito, muito, muito boa, gostam muito de mim, gosto muito deles, aprendo com eles, principalmente, assim, porque a gente trabalha muito com idoso, então eles têm trocentas histórias. Então é muito legal, me encontrei, estou realizada.

Ah! Você (pesquisadora) falou antes do que podemos ensinar? Aqui recebemos residentes e somos nós que levamos eles pras visitas, quer dizer... se não tivéssemos nada a ensinar porque trazem eles aqui? Então nós temos algo a ensinar, sim.”

7. 4 Narrativa 4

“Engraçado, eu também trabalhei a maior parte da... de trabalhos, sempre foi na área da saúde. Sou auxiliar de enfermagem, trabalhei 7 anos numa instituição que abriga e cuida de pessoas com algum tipo de deficiência, só que eu fiquei doente, tive alergia a latéx, mas até descobrir, né? E como eu sou moradora aqui, é perto, eu acabava passando em consulta, aí aconteceu a mesma coisa que a colega, (N3) a enfermeira me ofereceu a vaga de ACS, porque eu tava chateada, parada, aí eu fiz o concurso, fiz no mesmo ano que minha colega, nem sabia que eram duas vagas, eu achava que era só uma, fiz,

passsei. Graças a Deus eu não fiquei doente. Mesmo aqui tendo látex também, gosto do que faço, sempre gostei de trabalhar na área da saúde, fiquei muito chateada na época de ter que me afastar, né? Enfim, ah, eu gosto do que faço, a gente já tá aqui há cinco anos, falta uns aninhos pra eu me aposentar! É isso, e a gente é muito amiga também, a gente é vizinha, não nos conhecíamos. No começo foi bem engraçado porque as ruas eu não sabia, e a outra ACS que não tava mais aqui, eu dizia pra ela que estava insegura e ela me dizia “vai! você vai conseguir”. E eu ficava morrendo de medo das coisas erradas, mas enfim, é o começo, hoje em dia a gente tem uma amizade tão grande com as pessoas. Às vezes, nem é da minha área, e acabei conhecendo um monte de rua, a história do bairro, é muito bacana.”

N3 -Tem um paciente dela (N4), que a gente vai fazer visita domiciliar, o seu João, que amputou o dedinho. Assim... como eu trabalhava em hospital eu tenho experiência de ver amputação e de ver como fica. Aí, ele tava com o dedinho preto, inflamado. Aí a gente falando pra ele ir pro hospital, que o negócio tava grave, ele podia perder a perna, e ele não queria ir, não queria.

N4 -Teimoso, sabe? Assim... ele tem um comércio na cidade, né? E ele parou de ir, mas sabe aquela coisa de não querer largar o comércio na mão dos filhos e empregados? Porque acha que não vai dar certo? Mas como, seu João? Ó o pé do senhor?! Pelo amor de Deus (perguntava) estava escuro o dedo dele, necrosando, e com convênio. Cadastrou aqui no posto com convênio tudo e não queria ir, né? Aí eu tava junto com ela (N3) naquele dia e ela orientando ele.

N3 - Aí eu fui, sabe? Falei pra ele: você vai perder o pé! Falei pra ele, o senhor vai perder o pé! Aí ele foi e amputou só o dedinho, mas ele me agradece assim profundamente, porque ele não tinha noção da gravidade do que era. Ele pensou que não era.

N4 - E o mais interessante que ele tem, eu não esqueço disso, porque quando aconteceu tudo, a amputação, tudo, a gente se ofereceu pra tá indo fazer

o curativo, tudo, que a gente tem as técnicas aqui, e ele disse, não! Não! A minha sobrinha que mora comigo é enfermeira. Olha, menina! Assim, por conta da informação, ele tem dentro da casa, porque é um terreno grande, que constrói várias casas, aí eu falava: olha aí, seu João, com gente da área dentro de casa.

N3 - Ele me agradece sempre, ele fala “olha se não fosse você, eu tinha perdido meu pé!”.

N4 - E não foi por falta da sobrinha falar, eu tenho absoluta certeza, mas precisava da gente ali.

N3 - Eu falei, falei, falei...

N4 - Também na minha área tem a história de uma acumuladora, né? Que é grave isso, né? E assim... é impossível entrar na casa dela, ela não deixa, não deixa, não deixa... e antes do ano passado tinha entrado um enfermeiro, foi a primeira pessoa que ela deixou entrar. Eu já tinha aqui uns dois anos, eu só fazia visita no portão, até aferir a pressão, quando eu ia com a técnica, era no portão, ela tinha uma corrente, um cadeado, assim... ela não abria, eu tentava, ela “não dá”. O companheiro dela veio a falecer, aí entrou esse enfermeiro e eu consegui entrar, e... nossa! Eu nunca tinha entrado na casa de uma pessoa acumuladora, é bem diferente da televisão, vídeo, você não tem noção, tem que ver aquilo assim ali pessoalmente.

Nossa, eu fiquei horrorizada, que eu fiquei dias com aquelas imagem na cabeça, falei: meu Deus, como pode uma pessoa se submeter viver naquelas condições? E ela, do portão pra fora, você não diz que é uma acumuladora. É uma mulher, senhora, bem senhorinha, limpa, você não vê ela suja, você não vê ela rasgada, ela se maquia, passa batom.

N3 - Parece aquelas mulheres de filme antigo, sabe? Que arruma assim sabe?

N4 - É simples, mas ela assim...você fala: nossa ela mora naquela casa? Não tem odor nenhum. E aí nessa transição que teve, nessa troca que teve, saiu Santa Casa entrou IABAS, entrou um novo NASF, a Assistente Social e Psicóloga também conseguiram entrar e aí elas conseguiram que ela

tirasse muita coisa da casa aos poucos. Ela tem coisa lá que ela disse que comprava pra dar pra neta, que a neta hoje tá moça, tem 24 ou 25 anos, que ela nunca deu, guardou tudo embrulhado, mas aquilo tá num estado assim, né... Ela tem dez cachorros, um fugiu, ela pegou os outros, é assim, né?

N3 - E aí, a psicóloga que deu certo foi embora, agora pra ela pegar confiança e vínculo de novo, demora.

N4 - Talvez ela não aceite, porque demora. Mas foi muito legal quando tirou as coisas.

N3 - Veio o caminhão da prefeitura, foi muito legal.

N4 - Hoje, ela dorme numa cama, eu não sei nem dizer no que que ela dormia em cima e como ela conseguia dormir. Essa experiência que eu tenho dela me marcou bastante por conta disso, né?

As participantes das próximas narrativas não autorizaram que o áudio das entrevistas narrativas fosse gravado. Permitiram que eu escrevesse o que foi falado e aprovaram a escrita das narrativas depois de lerem. Apresento-as a seguir.

7.5 Narrativa 5

“Existiam muitas atividades em grupo e fora da unidade, como o grupo de mulheres. Essas experiências eram muito importantes, melhorava a autoestima das mulheres e fazia as pessoas do grupo se sentir uma família. Era como um almoço de fim de semana, cada um levava um prato e se sentia feliz por compartilhar. Antes, visitávamos outros serviços sociais. Inclusive, quando alguém não podia pagar, a equipe de saúde ajudava fazendo rateio e assim ninguém ficava de fora. Hoje, meu trabalho se resumiu a números. Antes eu era emoção, hoje sou apenas razão. Hoje eu sou um robô. A Estratégia Saúde da Família (ESF) já existiu, hoje não é mais estratégia, é “numerégia”. O livro da ESF tem que fechar e abrir um novo, é como um vaso, este se quebrou. A relação que eu tenho com as pessoas se esvaziou por falta de tempo e cobrança

de produtividade. As pessoas perguntam “o que você faz hoje?”, porque notaram a diferença no meu modo de trabalho. Se antes era possível fazer um bolo e tomar café com as pessoas durante as visitas, hoje não é, não tem mais tempo de emergir na vida das pessoas. Hoje, o que existe não é um vínculo mensal, mas um encontro, não existe mais o prazer do encontro, os profissionais da equipe estão adoecidos, não existe mais diálogo como antes, vêm os problemas, mas não conseguem resolver. A relação com os superiores se tornou uma relação de cobrança, sei que não é delas que parte essa cobrança, mas é algo que cobram também delas, que vem de cima. Quanto às pessoas que visito, lembro que uma mulher fazia uso abusivo de álcool, nas visitas conversava com ela sobre isso e, com o tempo, ela parou de beber”.

7.6 Narrativa 6

Ouvia atentamente enquanto N5 falava e concordava com sua fala depois acrescentou que “O território tem muitas pessoas idosas abandonadas e isso me impactou muito”.

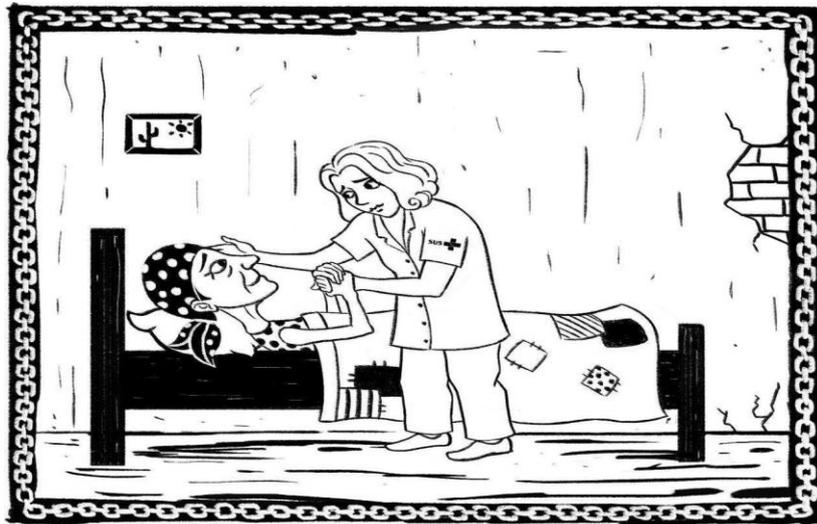
8 Imagens das experiências das agentes comunitárias de saúde³

Larrosa¹⁰ chama atenção para a necessidade de usarmos outras linguagens para expressar a experiência. Pensando nessa questão, fizemos um ensaio com ilustrações em cordel a partir das narrativas. Os cordéis foram apresentados às participantes que se alegraram e se identificaram com as imagens expressas a seguir. Em virtude do pouco tempo disponível, não foi possível experimentar novas imagens, cenários, cores, formatos. Gostaríamos de deixar como sugestão para artistas, pesquisadores e educadores em saúde

³ André Pereira Martins é ilustrador profissional desde 2016. Esse foi seu primeiro contato com ilustração em cordel. André explica com suas palavras o que vivenciou com esse trabalho: “senti grande empatia pelas histórias narradas e me empenhei ao máximo para ilustrá-las com todo respeito e dignidade dentro desse estilo tão bonito e tão brasileiro que é o cordel”.

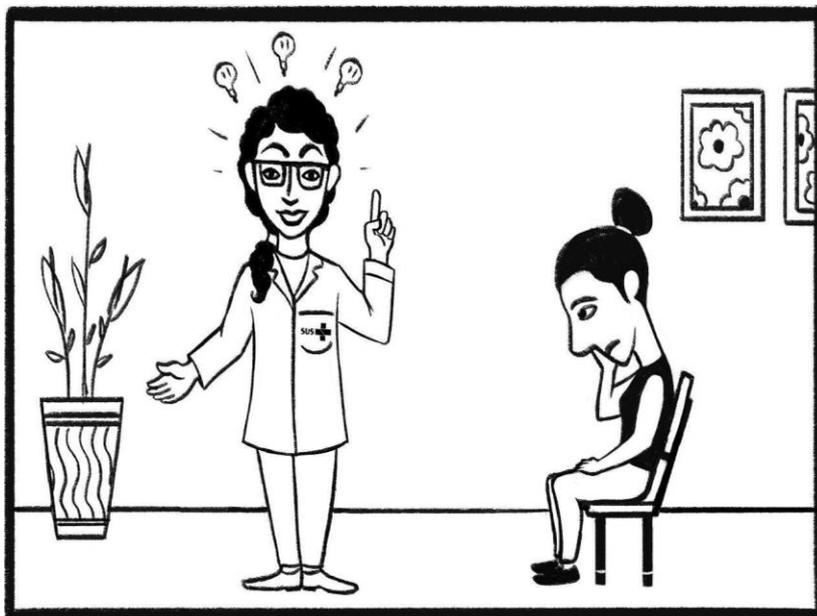
uma possibilidade de ferramenta visual e simbólica, para além das palavras, de valorização, reconhecimento e problematização do trabalho das ACS, bem como o trabalho dos demais profissionais de saúde.

Cordel 1 - Narrativas de Agentes Comunitárias sobre a experiência em saúde



Fonte: Ilustração de André Pereira Martins (2020).

Cordel 2 - Narrativas de Agentes Comunitárias sobre a experiência em saúde



Fonte: Ilustração de André Pereira Martins (2020).

Cordel 3: Narrativas de Agentes Comunitárias sobre a experiência em saúde



Fonte: Ilustração de André Pereira Martins (2020).

Cordel 4: Narrativas de Agentes Comunitárias sobre a experiência em saúde



Fonte: Ilustração de André Pereira Martins (2020).

Cordel 5: Narrativas de Agentes Comunitárias sobre a experiência em saúde

Fonte: Ilustração de André Pereira Martins (2020).

DISCUSSÃO

Nosso trabalho permite explorar o conceito de experiência *e saber da experiência* como possibilidade de reflexão a respeito da necessária desconstrução da hegemonia do paradigma técnico-científico na formação e ação em saúde, que norteia os modos de produzir e cultivar as relações no cotidiano do cuidado em saúde.

Importante destacarmos que não se trata de alimentar o debate que avalia um paradigma ou outro, elegendo um em detrimento de outro e sim apresentar novas possibilidades de explorar o universo do saber e fazer. Reconhecendo que há uma crise do paradigma científico hegemônico, bem como escreve Boaventura de Souza Santos ao mencionar que em termos científicos “vivemos ainda no século XIX e que o século XX ainda não começou, nem talvez comece antes mesmo de acabar” e ainda, nos esforçamos para fazer perguntas simples, como as que nos coloca Santos¹⁰ hoje e outros filósofos, sobre a relação ciência e virtude e o valor do conhecimento científico e do senso comum para nos orientar na vida e nas nossas práticas e “que a ciência teima em considerar irrelevante, ilusório e falso”¹³.

O processo formativo tradicional não considera as diferentes camadas de compreensão de mundo e modos de se relacionar que operam como moduladores de relações e práticas, o que invisibiliza aspectos de nossa prática profissional, condicionadas por outros fatores culturais e relacionais, levando a processos formativos sem sentido e normativos. E contribui, ainda, para a reprodução de práticas de cuidado pouco significativas e com capacidade escassa de alterar a realidade, dado que manter o *status quo* perpetua desigualdades e injustiças. As narrativas das ACSs se encontram com valores, ideias e estilos de pensamento compatíveis com os elementos na vida dos profissionais e alunos da área da saúde. As narrativas podem aproximar os sujeitos, de modo que as barreiras sociais proporcionadas pela hierarquia de saberes e profissionais possam ser diminuídas. É como se, de alguma forma, todos esses elementos anteriores ao encontro, que nos classificam, fossem parcialmente suprimidos e a narrativa se tornasse o elo do encontro.

Este trabalho está conectado ao princípio de transversalidade pretendido pela Política Nacional de Humanização (PNH) no SUS¹⁴. Desde então, muitas alterações na implementação e fortalecimento da prática foram vivenciadas, especialmente no que diz respeito à descaracterização do SUS, das práticas de cuidado preconizadas pelas políticas e pela qualificação do cuidado vislumbrado pela PNH. No entanto, é preciso sustentar a luta pelo cuidado humanizado e pela qualificação das práticas, bem como a luta pela implementação e pelo fortalecimento das políticas que promovem o SUS. O que a PNH visou, e ainda buscamos, é a ampliação do grau de comunicação entre os profissionais e os saberes dos usuários, bem como o reconhecimento da experiência dos profissionais como possibilidade de qualificação das práticas. Alinha-se, também, com a diretriz que destaca a valorização dos trabalhadores como forma de “construir relações que reafirmam os valores que orientam nossa política de saúde”.

No que se diz respeito à comunicação com os usuários, os ACSs são grandes mestres em nos ensinar os códigos sociais e as formas de se relacionar

com a população e os seus problemas sociais. São detentores de saberes e ferramentas relacionais que se aproximam da realidade social, seja subjetiva ou objetiva.

Quanto à valorização dos trabalhadores, essa é uma ação urgente e necessária. Com os inúmeros ataques ao SUS, os profissionais de saúde fazem um excessivo esforço físico, mental e profissional, ainda que precarizados, para garantir acesso e cuidado à população, o que os têm deixado fragilizados e insatisfeitos. No caso dos ACS, essa situação é ainda mais grave, com a desvalorização crônica de suas atividades, a precarização do trabalho e os ataques frequentes à própria existência da função.

Outro diálogo possível pode ser feito com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde¹⁵, definida como o resultado dos processos de trabalho, suas reflexões e problematizações. Defende que a educação permanente tenha como fonte de saber a experiência vivida no cotidiano do trabalho, que a prática seja o ponto de partida para aprender e refletir, e é inclusive esse o ponto chave das críticas à função de ACS, de que a ausência de formação técnico-científica o desqualifica do cuidado, baseado nos moldes técnico-científicos, no contexto do Sistema Único de Saúde. Este é o argumento central daqueles que desvalorizam a profissão de ACS e/ou sustentam a precarização do seu trabalho. E, aqui, estejamos atentos que a defesa do ACS não passa apenas pelo aumento da formação técnico-científica, mas pela sua primorosa condição de estabelecer vínculo, escuta e o modo como pensa e olha para o território. Nesse sentido, a principal contribuição do ACS é a de formador em saúde, ainda que não seja reconhecida essa função, como destacou a professora e pesquisadora Helena David no programa sala de convidados-Agente Comunitários de Saúde no canal do youtube da Fundação Oswaldo Cruz¹⁶ (Sala de convidados, 2016) exibido em 5 de Julho de 2016, ao mencionar que “não está escrito em lugar nenhum, mas o Agente Comunitário é o grande formador do SUS” e, também, ao mencionar que os estudantes dos

cursos da área da saúde conhecem o território e a realidade da Atenção Básica pelo olhar dos ACSs e, por eles, são guiados.

Existe o campo das políticas, no âmbito do planejamento em saúde, e existem as políticas vivas no cotidiano da atenção à saúde. Esses dois universos nem sempre se aproximam: o universo da política em ato é dinâmico e em constante disputa. Há elementos positivos que levam ao pensamento e às práticas comprometidos com a garantia de direitos e da qualificação do cuidado. Mas há permanências e aspectos negativos de resistência às mudanças.

Neste momento político em que vivemos das correntes neoliberais, do desmonte das instituições públicas e, sobretudo do serviço público de saúde, bem como das políticas sociais de cunho comunitário, estamos aqui buscando reforçar o que há de mais valioso no SUS e nas políticas: a garantia de direitos e a justiça social. O Brasil é um país populoso e de dimensões continentais, que apresenta enormes dificuldades sócio-econômicas (desigualdade, racismo, baixa renda, baixa escolaridade, violência, etc) e, pensar uma política de saúde num contexto como o nosso, com baixo financiamento (em virtude da política econômica perversa que prioriza o capital em detrimento de vidas) não é tarefa fácil. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi, e continua sendo, uma importantíssima estratégia para garantir a política de saúde no Brasil. Sem esses profissionais atuando como educadores populares e mediadores entre os serviços de saúde e a população, a Atenção Básica não teria o mesmo resultado que têm e, certamente, a política enfrentaria muito mais dificuldade para se efetivar. Não faltam exemplos de como esses profissionais garantem acesso à população ao informarem sobre os programas de saúde, os fluxos de atendimento e o próprio Direito à saúde. Além disso, desempenham uma fundamental função de liderança comunitária, engajando a população na luta por melhorias de acesso e qualidade aos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando todos os debates apresentados neste texto, não há como pensar hoje no Brasil uma Política de Saúde, principalmente uma Política de Atenção Básica sem os ACSs. Assim como, a defesa de políticas que busquem garantir condições de trabalho melhores, em defesa SUS, do Direito à Saúde e da própria democracia brasileira.

REFERÊNCIAS

- 1- Goulart F. Um profissional que já tem história. Saúde com a gente [Internet]. 2009 abr [cited 2002 Aug 12];102(6).
- 2- Ávila MMM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2011 jan [cited 2020 jul 16];16(1). Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Pzvr3xNFKnKLjnnVmVLSFkB/>.
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Agentes comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Programa de formação de agente indígenas de saúde e saneamento. Brasil, DF: Ministério da Saúde; [20--]. [cited 2020 set 3].
- 5- Pimenta TS. Sangrar, sarjar e aplicar sanguessugas: sangradores no Rio de Janeiro da primeira metade do Oitocentos. In: Pimenta TS, Gomes F, organizadoras. Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil. Rio de Janeiro: Outras Letras; 2016. p. 229-247.
- 6- Melo MB, Quintão AF, Carmo RF. O Programa de Qualificação e Desenvolvimento do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva dos diversos sujeitos envolvidos na atenção primária em saúde. Saúde Soc [Internet]. 2015 mar [cited 2018 Aug 20];24(1). Available from: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/zdnxkdkS58qthqNYMJ7d3Jr/?lang=pt>.
- 7- Souza KM, Goldschmidt IL, Bornstein VJ, Acioli S. Práticas pedagógicas de educação popular em saúde e a formação técnica de Agentes Comunitários de Saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. Interface [Internet]. 2014 [cited 2018 aug 20]; 18(suppl.2). Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0541>.

- 8- Carolina MCA, Pascal DB, Francisco JCMD. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Rev Saúde Públ* [Internet]. 2018 fev [cited 2018 Aug 20];52(14). Available from: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000395>.
- 9- Marteleto RM, David HMSL. Almanaque do Agente Comunitário de Saúde: uma experiência de produção compartilhada de conhecimentos. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014 [cited 2018 Aug 20];18(suppl.2). Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0479>.
- 10- Bondía JL. Tremores: escritos sobre experiência. Cristina A, João WG, tradutores. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2014 [E-book] [cited 2018 Aug 18]. Available from: https://books.google.com.br/books?id=8nkjDgAAQBAJ&pg=PT132&hl=pt-BR&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=true.
- 11- Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev Bras Educ* [Internet]. 2002 jan/fev/mar/abr [cited 2018 Aug 18];19(1). Available from: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/Ycc5QDzZKcYVspCNspZVDxC/?format=pdf&lang=pt>.
- 12- Jovchelovitch S, Martin WB. Entrevista narrativa. In: Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Guareschi PA, tradutor. 7. ed. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 90.
- 13- Santos BS. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. *Estudos Avançados* [Internet]. 1988 [cited 2020 Nov 11];2(2). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-40141988000200007>.
- 14- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
- 15- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
- 16- Canal de Saúde Oficial. Sala de convidados: Agentes Comunitários de Saúde. Brasil: Portal Fiocruz e Canal Saúde Oficial do Youtube; 2016 July 07 [cited 2020 out 21]. Vídeo: 58 min. Available from: <https://youtu.be/3kfAuYgEo2g>.

Conflitos éticos no cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde

*Ethical conflicts in the daily work of
Community Health Workers*

*Conflictos éticos en el trabajo diario del
Agentes Comunitarios de Salud*

Mylene Mayara Santos Dias¹
Beatriz Santana Caçador²
Laylla Veridiana Castória Silva³
Camila Ribeiro Souza⁴
Debora Carvalho Ferreira⁵
Mara Rúbia Maciel Cardoso do Prado⁶

RESUMO:

O Agente Comunitário de Saúde é considerado ator principal para capilarizar o processo de socialização das informações dos usuários e de fomento à mobilização comunitária, por residirem na área onde trabalham e possuírem vínculos ampliados com a população. Assim, devido às relações interpessoais constantes no desenvolvimento do trabalho, surgem conflitos éticos em seu cotidiano. Dessa forma, o estudo tem por objetivo conhecer os conflitos éticos que permeiam o cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. Realizou-se estudo qualitativo e a coleta de dados ocorreu por meio de dois grupos focais, um com seis participantes e outro com cinco, no período de outubro a dezembro de 2016, em um município na região da Zona da Mata do estado de Minas Gerais. A análise de dados deu-se por meio da técnica de

¹ Enfermeira formada pela Universidade Federal de Viçosa (*in memorian*)

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. E-mail: cacadorbeatriz2@gmail.com

³ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Mestranda em Doenças Infecciosas na Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: laylla.veridiana@live.com

⁴ Enfermeira formada pela Universidade Federal de Viçosa. E-mail: camila.odadjian@gmail.com

⁵ Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Professora Adjunta do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. E-mail: deboracarvalho@ufv.br

⁶ Doutora em Ciência da Nutrição. Professora Adjunta do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. E-mail: mara.prado@ufv.br

Análise de Conteúdo de Bardin. Emergiram-se quatro categorias, que relatam os conflitos éticos como desencadeadores dos processos de comunicação do agente comunitário de saúde com a equipe e a gestão, das relações com usuários, dos papéis assumidos e da postura profissional desses com a equipe. Ademais, evidencia-se que é necessário formular estratégias a fim de valorizar o agente comunitário de saúde como membro da equipe, além de criar espaços de debates sobre o cotidiano e os conflitos éticos vivenciados, para que haja uma melhor qualidade de vida desses trabalhadores e, conseqüentemente da saúde a ser ofertada à comunidade.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Ética; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT:

The Community Health Workers is considered the main actor in the process of socializing information from users and promoting community mobilization, reside in the area where they work and have extended links with the population. Thus, due to the constant interpersonal relationships in the development of work, ethical conflicts arise in their daily lives. Thus, the study aims to understand the ethical conflicts that permeate the daily work of community health agents. A qualitative study was carried out and data collection took place through two focus groups, one with six participants and the other with five, from October to December 2016, in a municipality in the Zona da Mata region of the state of Minas Gerais. Data analysis was performed using Bardin's Content Analysis technique. Four categories emerged, which report ethical conflicts as triggers of the communication processes of the community health agent with the team and management, relationships with users, the roles assumed and their professional posture with the team. Furthermore, it is evident that it is necessary to formulate strategies in order to value the community health agent as a member of the team, in addition to creating spaces for debates on the daily life and the ethical conflicts experienced, so that there is a better quality of life for these workers and, consequently of the health to be offered to the community.

Keywords: Community Health Workers; Ethics; Primary Health Care.

RESUMEN:

El Agente Comunitario de Salud es considerado el actor principal en el proceso de socializar la información de los usuarios y promover la movilización comunitaria, ya que reside en el área donde trabaja y tiene vínculos extendidos con la población. Así, debido a las constantes relaciones interpersonales en el desarrollo del trabajo, surgen conflictos éticos en su vida diaria. El estudio tiene como objetivo comprender los conflictos éticos que permean el trabajo diario del agente comunitario de salud. Se realizó un estudio cualitativo y la

recolección de datos se realizó a través de dos grupos focales, uno con seis participantes y otro con cinco, de octubre a diciembre de 2016, en un municipio de la región Zona da Mata del estado de Minas Gerais. El análisis de datos se realizó mediante la técnica de análisis de contenido de Bardin. Surgieron cuatro categorías, que reportan conflictos éticos como detonantes de los procesos de comunicación del agente comunitario de salud con el equipo y la dirección, las relaciones con los usuarios, los roles asumidos y su postura profesional con el equipo. Además, es evidente que es necesario formular estrategias para valorar al agente comunitario de salud como miembro del equipo, además de generar espacios de debate sobre la vida cotidiana y los conflictos éticos vividos, para que haya una mejor calidad de vida de estos trabajadores y, en consecuencia, de la salud que se ofrecerá a la comunidad.

Palabras clave: Agentes comunitarios de salud; Ética; Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

Na década de 1970, o Brasil foi palco de um processo de construção política e institucional conhecido como Reforma Sanitária. Sustentado nas primícias ideológicas desse movimento reformista, ocorre a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, com o intuito de introduzir um conjunto de valores relacionados à justiça social e cidadania, com a saúde atuando como eixo transformador. Partindo dessa premissa, percebe-se o SUS sob uma lógica de construção democrática, inclusão social e redução da desigualdade. Desse modo, sua implementação passa a atender os desejos de universalidade, com acesso igualitário de todo e qualquer cidadão ao atendimento gratuito e obrigatório, constitucionalmente garantidos pelo Estado¹.

A partir da criação do SUS, aconteceram transformações organizacionais, estruturais e jurídicas no âmbito das políticas de saúde no Brasil, e, dentre as quais destacam-se a reconfiguração ideológica e filosófica do conceito de saúde. A saúde passa a ser compreendida como uma produção social, contemplada por uma abordagem ampliada, cuja garantia de acesso compõe o movimento de legitimação de direitos sociais e luta pela justiça social².

No que tange à transformação do modelo assistencial, o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu, portanto, como uma forma de reorganização e reorientação das práticas assistenciais a fim de consolidar o novo e ampliado conceito de saúde^{1,2}.

Com isso, a unidade de cuidado principal passa a ser a família, percebida e compreendida em seu contexto social, cultural, político e simbólico. Dessa forma, a prática profissional busca prestar assistência integral e contínua na unidade de saúde e/ou no domicílio, com resolutividade e de boa qualidade às necessidades de saúde da população. Ademais, pretende intervir nos fatores de risco aos quais os sujeitos estão expostos, à luz das prerrogativas da humanização².

Neste cenário, é criada a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como membro essencial e fundamental da equipe da ESF. O ACS é considerado ator principal para capilarizar o processo de socialização das informações e de fomento à mobilização comunitária. Por ser necessariamente morador da comunidade onde trabalha, conhecer as singularidades dos modos de viver, bem como pertencer ao seu mundo cultural e simbólico, o trabalho do ACS permite reforçar ainda mais a potência inscrita na transformação paradigmática e organizacional das práticas em saúde³.

Além disso, nota-se que para consolidar o desafio da mudança do conceito de saúde, é preciso também (re)pensar as questões éticas vivenciadas nas práticas nos serviços de saúde em todos os âmbitos de atenção, e, no caso da atenção básica, no qual a ESF está inserida, percebe-se que tal dispositivo está configurado em um contexto de vínculo e aproximação com os usuários e de longitudinalidade do cuidado, o que, muitas vezes, faz com que as questões éticas passem despercebidas, por aparecerem de forma sutil⁴.

Cabe saber que ética é a reflexão que lida com ações humanas, através do julgamento de “deve ser” e o de “não deve ser”, ou seja, são valores que norteiam o comportamento humano na sociedade, discutindo qual a melhor

conduta que as pessoas devem tomar diante de cada situação vivida. Tem-se como pressuposto que ética é algo presente no cotidiano de todos os indivíduos, ou seja, é senso comum. Ao mesmo tempo em que é também uma reflexão coletiva sobre todas as práticas, de forma a nortear todas as relações⁵.

Neste ponto, dada a peculiar condição do ACS de residir na área em que trabalha, possuir vínculos com a população de sua responsabilidade, estar inserido como participante e contato direto da vida dessas pessoas, além de frequentar seus domicílios, faz com que viva e faça parte do cotidiano dessas comunidades de maneira intensa. Além disso, por se tratar de um ambiente de trabalho em que decorrem relações interpessoais e comunicação intensa para sua prática, pode-se inferir que importantes conflitos éticos, divergências entre adequado e não adequado para as ocasiões vivenciadas, surjam no cotidiano das atividades de trabalho desses profissionais⁶.

Neste contexto, perante a problemática presente no contexto de trabalho do ACS e sua interface com o chamamento ético, considerando o lugar complexo que o mesmo ocupa na equipe de saúde por ser morador da comunidade e também trabalhador de saúde, questiona-se: Quais conflitos éticos inscritos no cotidiano de trabalho do ACS? Desse modo, o presente estudo tem como objetivo conhecer os conflitos éticos que permeiam o cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

1 Metodologia

O estudo caracteriza-se como pesquisa qualitativa, uma vez que possibilita a compreensão profunda dos fenômenos sociais, atentando-se ao mundo das relações, representações e intencionalidades. Desse modo, dedica-se à compreensão dos aspectos subjetivos implicados nas tramas sociais das quais o homem faz parte, tecendo-as e por elas sendo construído permanentemente⁷.

A pesquisa foi realizada em um município na região da Zona da Mata do estado de Minas Gerais. Participaram onze agentes comunitários de saúde que atuavam nas estratégias de saúde da família do município. Para captação, os sujeitos foram convidados à participarem de grupos focais, de forma a ter um representante de cada unidade. Os convites foram enviados às equipes e estas a partir de critérios próprios indicaram o ACS que participaria do estudo, todas enviaram um participante, conforme solicitado através do convite. Foi pactuada com a Secretaria Municipal de Saúde a liberação dos participantes em um turno de trabalho específico.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro a dezembro de 2016, sendo realizados dois grupos focais com seis participantes em um grupo e cinco em outro. Mesmo com composições diferentes seguiu-se a mesma estrutura de organização, com duração de uma hora e meia de discussão cada. Os tópicos sugeridos pelos pesquisadores foram iguais nos dois encontros. Os encontros foram gravados e transcritos na íntegra. Os pesquisadores foram previamente treinados.

A abordagem inicial deu-se por meio de uma contextualização aos participantes sobre a ética, seus aspectos e conceitos. Tal esclarecimento prévio foi realizado pelas próprias entrevistadoras. Logo após, os debates seguiram as seguintes questões norteadoras: “Quais são os conflitos éticos presentes em seu cotidiano de trabalho?”; “Como você lida com esses conflitos éticos?”; “Quais estratégias você usa para enfrentar tais conflitos?”; “O que poderia amenizar/atenuar a ocorrência desses conflitos?”.

O grupo focal, por se tratar de um espaço de troca de experiência, devido ao diálogo e debates entre os participantes, consegue promover discussão de temas pouco explorados ou até mesmo evitados. Desta forma, provoca reflexões e problematizações aprofundadas sobre determinado tema⁸.

Dentre as potencialidades da técnica de grupo focal, destaca-se a riqueza de material obtida pela interação entre as pessoas, que em grupo, produzem uma gama maior de informações e opiniões, uma vez que as ideias

de um estimulam outras, principalmente quando envolvidas pelo entusiasmo da discussão. Além disso, por ser constituído de pessoas com vivências e conflitos semelhantes, ocorre uma maior facilidade de exposição dos sentimentos, pensamentos e ideias⁸.

Para análise dos dados foi utilizado Análise de Conteúdo de Bardin⁹ que compreende um conjunto de técnicas cuja finalidade é, mediante uso de procedimentos sistemáticos e objetivos, apreender o estudo das falas dos participantes. Foram seguidas três etapas: pré-análise; exploração do material; e, tratamento e interpretação dos resultados⁹.

O estudo trata-se de um recorte de um macroprojeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (CEPH-UFV Parecer 1.135.193 e CAAE: 44143615.2.0000.5153) aprovado em 02 julho de 2015, e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde do município no qual foi realizado. Respeitou-se os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes que aceitaram contribuir com o estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi garantido sigilo absoluto das informações assim como a privacidade e anonimato dos participantes. Para tanto, na apresentação dos dados foram escolhidos códigos, de tal forma que representassem o grupo do qual participaram (G1 ou G2) e a identificação do participante (A1 a A6 ou A1 a A5), ou seja (G1A1 a G1A6; G2A1 a G2A5).

2 Resultados e discussão

Mediante a análise dos dados, emergiram-se quatro categorias. A primeira diz respeito ao processo de comunicação do ACS com a gestão e com a equipe, como elemento desencadeador de conflitos éticos mediante as relações de poder implícitas em seu bojo. A segunda trata-se dos conflitos

éticos desencadeados pela relação do ACS com os usuários à que são responsáveis. A terceira refere-se aos conflitos éticos decorrentes do papel profissional assumido pelo ACS. E, por último, os conflitos éticos decorrentes da postura profissional do ACS e de sua relação com a equipe.

2.1 Conflitos éticos decorrentes do processo de comunicação entre a gestão e equipe

A comunicação interpessoal é uma das competências requisitadas no processo de trabalho. A capacidade de se comunicar de forma efetiva, assertiva e clara, oralmente e por escrito, torna-se fundamental, tanto para estabelecer um bom relacionamento entre colegas de equipe e profissionais de diferentes áreas do conhecimento, quanto aos diferentes serviços de saúde, e, principalmente, com os usuários de saúde. Entretanto, muitas são as barreiras inerentes à prática da comunicação no trabalho em equipe, entre elas, a comunicação frágil entre profissionais da atenção primária à saúde, que trazem prejuízos à integralidade da atenção no trabalho da ESF, evidenciando uma fragilidade dialógica¹⁰.

Dessa forma, por meio dos depoimentos, nota-se que ocorrem inúmeros problemas e ruídos em relação à comunicação no trabalho, e que, em muitos casos, desdobram-se em conflitos éticos. Evidencia-se que o problema da comunicação acontece tanto na micropolítica, no que tange as relações dentro da equipe, quanto na macropolítica, que se estabelece na relação com a gestão municipal. “Mas o que acontece muito é a falta de comunicação, uma reunião ou alguma coisa que é importante, às vezes a gente não fica sabendo, um fica sabendo e o outro não. Às vezes uma pessoa se comunica com a outra, a outra não fala com a outra e eu acho que isso, assim, atrapalha muito a equipe, então eu tenho visto isso sim, nesses cinco anos eu acho que falta comunicação. [...] Ali dentro, a equipe e a gestão também, porque eu acho que tudo tem que ser comunicado, às vezes um curso, ou algum evento, ou alguma coisa

importante, reunião, até reunião lá dentro, às vezes um fica sabendo e o outro não. Eu acho, não só pra mim, mas para os outros profissionais também, porque eles ficam se sentindo assim, porque um sabe e o outro não? Acho que tem aquela preferência de um pelo outro, então não há igualdade, não tem esse tratamento igual”. (G1A1)

As falhas de comunicação podem gerar conflitos dentro de uma equipe de forma que àquele que possui acesso às informações, muitas vezes, possui vantagens sobre os outros. Nota-se que o conhecimento de uma informação privilegiada pode resultar em dissimetrias no exercício de poder, conforme aborda a teoria do saber e poder de Michel Foucault¹¹, que relata não ser possível separar poder e conhecimento, uma vez que ambos se sustentam e legitimam. Deste modo, os trabalhadores que possuem maior acesso às informações exercem relações de poder sobre os demais, o que pode causar conflitos éticos no cotidiano de trabalho¹¹.

Segundo Foucault¹¹, o saber e o poder se relacionam de forma mútua, ou seja, o poder existe a partir do momento que existe também o saber, da mesma forma em que o saber é constituído a partir das relações de poder. Assim, novos saberes ou aprofundamento de saberes e de conhecimento ampliam também os poderes.

Outra barreira na prática da comunicação a ser destacada, é a fragilidade do processo de comunicação do ACS com a gestão, de forma a causar conflitos éticos. Isso ocorre, pois a comunicação do agente comunitário de saúde com a gestão acontece, ainda hoje, de maneira verticalizada, com pouco espaço para o diálogo e a participação. Assim, percebe-se conflitos éticos desse processo comunicativo entre gestão e trabalhadores evidenciado pelo depoimento abaixo.

“Outro conflito que eu acho muito grande é a falta de respeito com o agente comunitário, partindo da secretaria. Tem reunião com enfermeira, tem reunião com todo mundo, e não tem reunião com os agentes comunitários. Que eu falo assim, um representante de cada PSF. Por que não? A gente não tem

voz? A gente não sabe falar? Nós não temos problemas? [...] Por que o enfermeiro tem que falar pra gente? Tem que esperar o enfermeiro ir na reunião pra sentar pra falar com a gente. E se a gente não quer falar com o enfermeiro? Tem gente que não vai bem o enfermeiro. Quer passar direto pra um coordenador. E a gente não tem voz? Ou então a enfermeira fala que falou alguma coisa mas não falou naquele dia, naquele momento, naquela ocasião. E aí? Cadê o nosso respeito?” (G2A2)

Dessa forma, constata-se o diálogo vertical entre a gestão e o agente comunitário de saúde, em que as informações são meramente transmitidas de cima para baixo. Primeiro, passa-se às informações ao enfermeiro, e este transmite aos demais, o que contribui na formação de conflitos. Além disso, essa forma de comunicação é considerada ineficaz, uma vez que parte importante pode se perder. Também, não há inclusão de todos nos processos de diálogos, trocas de ideias, tomadas de decisões e opiniões¹⁰.

A hierarquia presente na gestão contribui para distinções entre profissionais mais ou menos importantes, em detrimento de uma visão global da unidade. Entretanto, a inclusão do ACS no planejamento das atividades à execução e avaliação, assim como nas reuniões, e, em espaços de mobilização, permite a aproximação dos profissionais, com trocas e crescimento, e, facilitam às relações com a comunidade³.

A falta de comunicação com a gestão deve-se, principalmente, pela falta de espaço para que a mesma aconteça. Em virtude da desinformação e comunicação ineficaz, o exercício de poder torna-se frágil, o que leva aos mais vulneráveis a diversos problemas éticos. Por isso, tem-se como pressuposto que a boa comunicação resulta em um cuidado de saúde eficaz, uma vez que é a base das relações¹². Além disso, os agentes comunitários de saúde deparam-se com dificuldade de resolução dos conflitos éticos que eventualmente vivenciam, conforme o depoimento abaixo.

“[...] Só que é difícil, porque eu ia reclamar de ética sendo que quem cometeu o ato era uma pessoa de outro nível de hierarquia. Essa pessoa que

devia tá ajudando a combater esse tipo de problema, eu ia denunciar ela com quem? Com ela mesma? Aí eu fui procurar o comitê de ética, e aí eu acho que é um problema que ainda não se discute”. (G2A1)

Assim, infere-se que os conflitos éticos relacionam diretamente às iniquidades que ocorrem no processo de comunicação da gestão com a equipe, dada a diferença de acesso às informações. Esta realidade, por seguinte, gera relações de poder diferenciadas e conflitos éticos, influenciam na dinâmica do processo de trabalho do ACS, e, conseqüentemente, prejudica a qualidade do cuidado oferecido aos usuários sob sua responsabilidade sanitária.

2.2 Relação do ACS com os usuários como desencadeadores de conflitos éticos

No que tange à dimensão relacional da ética, surge outro conflito relacionado à comunicação, que diz respeito à relação do ACS com os usuários da ESF sob sua responsabilidade sanitária no território adscrito. Isso ocorre, pois o agente comunitário de saúde, devido ao elo com a comunidade, necessita filtrar informações que recebe dos usuários, a fim de decidir se irá ou não repassá-las à equipe, de modo que não comprometa à saúde, o cuidado e o acesso do usuário, mas, que também, não comprometa o sigilo das informações obtidas, conforme o depoimento abaixo.

“É muita coisa que a gente ouve na casa do paciente, porque até o momento tem coisa que eu não consigo passar pra equipe, não passo, porque infelizmente tem coisa que não tem como, você tem que guardar só pra você, pra você e o paciente”. (G1A3)

Sabe-se que manter sigilo das informações dos usuários é um dever ético de todos os profissionais de saúde. Entretanto, as relações entre os profissionais de saúde e a comunidade tornam-se complexas ao longo do tempo, pois as trocas de informações entre os sujeitos são fundamentais para a garantia do atendimento de saúde, mas ao mesmo tempo essas relações, muitas

vezes, colocam os profissionais em situações geradoras de conflitos éticos. Os trechos destacados apresentam a mesma condição de forma repetitiva. Sugiro revisar essa redação. Ainda, essa situação é agravada ao se falar do ACS, uma vez que precisam lidar com o conflito do direito ao sigilo das informações do usuário e a necessidade de repasse dessas informações à equipe de saúde⁵.

O ACS é personagem fundamental da ESF pela proximidade dos problemas da comunidade e pela facilidade em se comunicar e exercer liderança. Esses aspectos destacam sua atuação como facilitador, dada a possibilidade de adentrar na intimidade das famílias, percebendo suas necessidades e as da comunidade. Por isso, atuam como redes de relacionamentos significativos, com a família e a unidade, a amizade e a profissão, o trabalho e a comunidade. Tal proximidade contribui para a articulação e o fortalecimento de relações entre pessoas de um território e sistemas de cuidado³.

Porém, muitas dessas informações coletadas pelo ACS não devem ser repassadas à outras pessoas causando conflitos éticos nesse trabalhador. Há que se ressaltar que são os únicos trabalhadores que habitam na comunidade em que trabalham, realidade que compõe a dinâmica de suas relações, uma vez que precisam agenciar com delicadeza às informações confidenciais que serão compartilhadas, para que não crie mal-estar e outros conflitos com a comunidade³.

Nota-se no depoimento abaixo, que em diversas vezes o ACS vivencia conflitos éticos, que causam angústia e sentimento de impotência, o qual influencia em sua vida cotidiana e muitas vezes implicam em sua permanência na comunidade. “No meu bairro, eu acredito que esteja quase que em todo lugar, tem muitos problemas com usuários de drogas, com traficante, a gente tem muito esse problema. Então o que acontece, eu ficava muito apavorada, tinha um menino que chegou morar na minha microárea, que ele deu um tiro na boca da companheira, deu facada nela tudo, e depois ele estava matando muito fácil, matando demais, toda semana ele matava um. Aí eu cheguei um dia, vi um carro na minha porta, eu estava passando eu nem ia pra casa não, eu

vi um carro estranho na minha porta e resolvi entrar, aí eu vi a galerinha na esquina, aí nisso que eu entrei vieram dois e entraram de frente pro meu portão e começaram ali a planejar pra matar um outro que também é da microárea e tudo, e eu em desespero com medo, e à noite mataram o outro mesmo. Aí o que você pode fazer? Você fica numa situação de ouvir, mas não pode fazer nada”. (G1A3)

Neste aspecto, o conceito de vulnerabilidade, discutido desde 1980, caracterizava uma perspectiva centrada nas ações individuais. Entretanto, atualmente, há um novo conceito, que rompe com esse paradigma, por abranger os aspectos contextuais, coletivos e a disponibilidade de recursos que levam um indivíduo à suscetibilidade de problemas de saúde, portanto, a vulnerabilidade social torna-se um importante conceito na Saúde Coletiva¹³.

Ademais, o ACS encontra-se confrontado eticamente com relação à linha tênue que separa o que deve ser compartilhado com a equipe, e, àquilo que concerne à intimidade do usuário. Entretanto, para que às informações sejam repassadas à equipe, o ACS relata que, também, precisa confiar nas pessoas com quem trabalha, conforme o depoimento seguinte. “Certas coisas que eles (os usuários) me falam eu também faço um filtro, vejo o que eu posso falar ou não. Precisa confiar nos colegas de trabalho pra você está falando na frente deles, também não falo tudo. Não falo por não confiar mesmo, porque o que pode gerar. Porque depois eu que vou ter que responder por isso. Então eu penso muito antes de falar, então eu tenho muitos cuidados”. (G1A1) “Porque tem coisa que é muito pessoal, então às vezes a enfermeira pode até ajudar, mas eu não tenho coragem de tocar ali na reunião de equipe, não conto mesmo, se eu confiar na enfermeira, se eu tiver confiança nela, eu chamo ela a parte e coloco pra ela, mas se eu não confiar, infelizmente eu não coloco não, infelizmente”. (G1A3)

Isso ocorre, pois, por ser uma pessoa que faz parte da comunidade, o ACS necessita de um cuidado maior por parte desses profissionais para discernir o que é ou não relevante a ser repassado. Porém, a passada de

informações sobre os usuários, tanto para a equipe, quanto para outros usuários, independente da relação pessoal existente, deve preservar a confidencialidade das pessoas¹⁴.

Assim, a pertença social, cultural e simbólica do ACS com a comunidade, faz com que criem vínculos fortes, com determinado senso de proteção dessas pessoas, o que causa conflitos éticos. Ao mesmo tempo que deseja proteger sua comunidade de pessoas que não confiam, sentem-se na obrigação de introduzir elementos singulares de suas vidas no debate de saúde, a fim de que haja um processo de cuidado pautado na integralidade e na determinação social da produção de saúde daquela comunidade.

2.3 Conflitos éticos decorrentes do papel profissional assumido pelo ACS

A relação de poder dissimétrica existente entre profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, ACS e entre a gestão ACS, causam situações de conflitos éticos mediante a imposição do cumprimento de funções que não competem ao cargo profissional e à seus afazeres, conforme as falas abaixo.

“A gente tem que largar o serviço da gente de agente de saúde para fazer o dos outros. Teve um serviço aí de agente de endemias que os agentes de saúde que ia fazer em janeiro. Aí beleza, me passaram isso. Teve reunião dessa vez: “Ó, você vai fazer serviço de agente de endemias. Vai levar um potinho, remédio, explicar sobre a dengue”. Ser ACS esquece né. A comunidade é gigantesca. Não tem como você fazer duas coisas não. Ou você faz um serviço, ou você faz outro. E mandaram a gente fazer isso”. (G1A2) “Então, é muito assim, qual é a função do agente comunitário? A gente faz tudo que eles mandam a gente fazer, a gente é obrigado a fazer, se a gente não faz, é perigoso até ser mandado embora. E até assim uma dúvida que a gente fica é, a gente é obrigado a fazer isso? Igual, a gente é obrigado a deixar nosso serviço e fazer o serviço do agente de endemias? Ou a gente é obrigado a trabalhar como auxiliar administrativo meio período se a gente é contratado pra ser

agente de saúde? Igual teve um acontecimento lá no posto que eu fiquei em dúvida, não sei se a gente é obrigado ou não, quando o paciente tem que fazer algum tipo de exame ou fazer até uma consulta fora ou com psiquiatra por exemplo, a gente é obrigado a acompanhar? Eu acho arriscado. Porque aconteceu comigo, que tinha que levar o paciente pra fazer uma endoscopia, aí veio escrito no papel que era pra ir com um responsável ou agente de saúde. Tipo assim, a gente faz, porque eles mandam. Mas eu sou obrigada a fazer isso? Assim, o agente é um faz tudo. O que eles mandam fazer você tem que fazer”. (G1A1)

Observa-se, a partir dos relatos, que o ACS é impelido a assumir papéis, a fim de organizar o processo de trabalho do serviço, de forma a preencher lacunas existentes no sistema deficiente, e suprir demandas excessivas de atendimento¹⁴.

Diversas vezes o ACS atua em ações que fogem à sua competência, a exemplo de agendamento de consultas e exames, entrega de encaminhamentos, medicamentos e recados da equipe para a comunidade, além da realização de trabalhos administrativos e burocráticos³.

Desta forma, há uma sobrecarga excessiva de trabalho, principalmente pelo fato de que não há clareza para a gestão, para a equipe, e nem mesmo para o próprio agente comunitário de saúde, quais são suas reais atribuições¹⁴. “Na minha opinião, é falta de você saber. Por exemplo, colocar no papel. Qual é a função do agente de saúde. O que ele deve fazer. E listar tudo, direitinho, é isso e passar pro superior. Pra eles verem o que a gente faz”. (G1A1) “O meu serviço que eu faço há 5 anos está em cima disso de medir e pesar pessoa? Saber estado nutricional da pessoa? Não acredito que o meu serviço é isso aqui não. Eles têm que saber que não é isso”. (G1A2)

Assim, devido à ausência de clareza e/ou respeito por parte dos gestores referente às funções a serem exercidas pelo ACS e da relação assimétrica de poder existente entre diferentes categorias profissionais dentro da equipe de saúde, o mesmo acaba exercendo papéis desviantes e, muitas vezes, torna-se impotente sobre a situação, o que leva à vivência de conflitos

entre o que é certo ou não, como problematiza o próximo depoimento. “Assim, a gente acaba tendo uma falta de ética sem saber às vezes, porque nós não sabemos muito bem o que faz a nossa profissão, se a gente não sabe o que faz, como que a gente vai saber o que é certo de fazer pra ser ético?” (G2A2)

Sabe-se que não há um órgão representante da classe de profissionais agentes comunitários de saúde, da mesma forma, também, não há um espaço que debata e regulamente o que é ético nesta profissão¹⁵. Entretanto, ao serem obrigados a assumirem papéis privativos de outras classes, o código de ética destas profissões é ferido, como evidenciado pelo depoimento. “Eu acho errado a gente escrever as receitas pra ele [o médico], e se a gente escrever esse trem errado, a gente prescrever coisa errada? A gente não tem experiência e o estudo dele em cima disso. Tem cinco anos que eu faço isso, desde quando eu entrei lá eu faço isso, porque médico nenhum dá conta de fazer não, a quantidade de receita lá não dá não, mas mesmo assim eu nunca errei, mas e se eu errar? Mas fazer o que né, a gente tem que fazer”. (G2A2)

Dessa forma, ações que extrapolam às competências do ACS denotam que ele não possui atribuições ou saber, o que deslegitima ou questiona sua possibilidade de inovação. Outros profissionais caracterizam o ACS como trabalhador manual, de modo a desvalorizar o que realiza. Além disso, suprir ações e atividades próprias de profissionais submetidos ao próprio código de ética, causa sentimento de angústia e desvalorização no ACS¹⁴.

Apesar da fundamental importância da figura do ACS para o funcionamento do serviço de saúde no que tange à saúde da família, os mesmos vivenciam um contexto de invisibilidade, que se justifica pela figura do profissional com nível universitário como realmente superior aos demais – modelo centrado na figura do profissional médico –, como, também, pela divisão social do trabalho em saúde, em que se fragmenta o cuidado entre os tipos diferentes de profissionais segundo nível de conhecimento: os que pensam (empoderados de conhecimento) e os que executam (que são invisibilizados pelo não conhecimento)¹⁶. “Outro conflito assim que eu acho

uma falta de respeito, uma falta de ética enorme, porque muda enfermeiro e o vem o médico, eles não querem saber a opinião da gente como equipe, como a gente está trabalhando. Simplesmente ela vem com sua ideia, com seu formato e quer mudar tudo, e como se eu tivesse quatro, cinco anos jogado fora. Porque eu conheço a minha comunidade, eu sei se ela trabalha, se ela não trabalha, se ela tem aquele horário disponível, é eu que sei, porque sou eu que bato na porta dela. E eles não estão nem aí. Vai ser assim, é desse jeito e pronto e acabou. E eu? Minha opinião não conta? É muito fácil falar que o agente comunitário é o elo, se não está liberado pra gente fazer nada. Eu acho uma falta de ética assim, totalmente fora do quesito. Estudo de caso é entre o enfermeiro e médico. Então, eu não sou nada? Eu vou falar o problema, eu tenho que falar se o meu paciente tá com uma tuberculose, e eu sei que lá na casa dele não é pintado, lá precisa de mil coisas, eu chego e falo, eu que conheço ele. Mas não, resolve entre só quem tem curso superior”. (G2A2)

A partir da análise apresentada, percebe-se que a fragilidade do ACS em relação ao saber, e, conseqüentemente, no poder, leva à invisibilidade profissional e à confusão de papéis. Principalmente, pelo não conhecimento do seu próprio papel, que atuam como causador de conflitos éticos, por não saberem qual é o “certo” a se fazer, e assim não conseguem determinar, também, o “errado” (ou antiético). Além disso, quando julgam alguma conduta desviante do seu papel como errada, ainda assim a executam devido ao pouco empoderamento vivenciado em seu cotidiano.

2.4 Conflitos éticos decorrentes da postura profissional do ACS e de sua relação com a equipe

Da mesma forma que os problemas inscritos no processo de comunicação resultam em prejuízos nas relações interpessoais que ocorrem no cotidiano dos serviços, esses, também impactam diretamente em todo o processo de trabalho. A comunicação constitui o processo necessário para

construção de relações de tal modo que a forma como essas relações são vividas e construídas dentro das equipes de saúde compõem determinadas relações interpessoais¹⁷.

Alcançar o trabalho em equipe interprofissional e colaborativa é considerado fundamental para qualidade da atenção à saúde, segurança e satisfação de pacientes e profissionais. A comunicação interprofissional eficaz na área da saúde aumenta a coesão entre os membros, o espírito cooperativo de cada um e a eficiência da equipe, reduzindo assim os conflitos entre as regiões. Além disso, desempenha um papel importante na resolução de problemas e na tomada de decisão razoável, o que ajuda a melhorar a satisfação no trabalho da equipe, garantindo que tomem decisões corretas e divulguem de forma eficiente informações necessárias para o cuidado centrado no paciente¹⁸.

Em meio à dinâmica singular das relações estabelecidas no seio de cada equipe, entretanto, a comunicação interprofissional é falha, o que contribui para que ocorra conflitos éticos, por meio de fofocas, intrigas pessoais e outros ruídos, diretamente relacionados ao processo comunicativo e à forma como as pessoas interagem no cotidiano de trabalho, conforme evidenciado pelas falas abaixo. “E nessa questão do pessoal tem muito, não sei nem se vem ao caso, esse negócio de festa, "Ah, fulano vai fazer uma festa, tem que chamar todo mundo", eu trabalho com você, não tem necessidade de te chamar pra tudo que eu vou fazer na minha casa, eu tenho que chamar todo mundo do posto, não tem. Às vezes as pessoas fazem escondido, aí na segunda-feira você sabe. Você acredita que coisas assim tornam uma semana chata lá no posto e às vezes até o mês, as caras fechadas lá no posto, de entrar e sair sem bom dia, sem boa tarde, sem nada, sem conversar, sem sentar aí mesmo, coisas banais assim, porque às vezes em quem que acaba descontando? Nos pacientes”. (G1A2) “Realmente é um chegando perto do outro e fofocando, falando isso, aquilo, então fica um clima de divisão dentro de um lugar que seria pra trabalhar em unidade. Não tem ainda aquele espírito de unidade”. (G1A4)

Sabe-se que o ser humano é construído por meio das constantes relações que estabelece durante a vida, seja no âmbito familiar, profissional, seja consigo mesmo e com o mundo. Assim, viver é relacionar-se, permanentemente, mediante isso a ética se constrói. Desta forma, a ética surge para que os indivíduos adotem posturas que tornam éticas ou não as experiências que vivenciam⁵.

Ainda, sobre o processo comunicativo como desencadeador de conflitos éticos, evidencia-se através do depoimento abaixo a existência de problemas na equipe quando às relações pessoais se sobrepõem às profissionais. Considera-se como situação ideal na dinâmica micropolítica o desenvolvimento de competências éticas que sustentem o profissionalismo no contexto de trabalho. Dessa forma, o trabalho ético prescinde, portanto, de práticas sustentadas no profissionalismo e no processo dialógico entre a equipe, os quais precisam existir independentes da amizade entre o grupo e suas conexões. “Então, é muita falta de comunicação, ou seja, acho que todo mundo tem que ser profissional, às vezes se a pessoa tem algum problema pessoal com o outro ali não é relevante, se a gente está no trabalho, a gente tem que conversar com todo mundo, independente se a gente tem amizade ou não, né? Porque no trabalho a gente tem que ter ética, é saber comunicar, então na minha opinião, isso aí me incomoda muito, mas muito mesmo”. (G1A1)

As relações interpessoais são inerentes ao contexto de trabalho no campo da saúde, a partir do convívio frequente, das trocas necessárias para efetuar práticas de cuidado e dos encontros dos trabalhadores entre si e com os usuários. A criação de vínculos entre profissionais que encontram-se em uma mesma equipe de trabalho influencia diretamente no cotidiano, de modo positivo, devido às relações harmoniosas, ou de modo negativo, que dificulta o trabalho¹⁸.

Percebe-se que essas relações desfavoráveis ou desiguais dentro de uma equipe implicam no desencadeamento de conflitos éticos vivenciado, sobremaneira, pelo agente comunitário de saúde, principalmente por ocorrerem

à respeito da postura profissional adotada por alguns membros da equipe de saúde, conforme os depoimentos a seguir. “E eu penso o seguinte, se a gente se propor a fazer qualquer coisa, eu acho que a gente tem que pegar e fazer com responsabilidade, isso não é ser puxa saco, independente se é voluntariado, se é assalariado”. (G1A3) “A maior dificuldade que eu vejo é nisso aí, é que não tem compromisso em fazer o seu serviço, se você é pago pra trabalhar seis horas, tem que trabalhar seis horas. Tem gente que não tem compromisso e a gente que tem que, além de largar o serviço da gente de agente de saúde pra fazer o dos outros”. (G1A2)

A postura do profissional de saúde em serviço deve ser pautada em condutas éticas, de forma a basear-se nas normas vigentes para suas ações - no caso de profissões com códigos de ética estabelecidos -, e nos valores pessoais do profissional, mas sempre de forma a contribuir para uma melhor relação possível com os demais membros da equipe, além de garantir a qualidade do atendimento aos usuários. Entretanto, percebe-se que falhas nessas posturas carregam consigo o prejuízo nas relações e, principalmente, prejuízo aos usuários que buscam e necessitam do serviço de saúde¹⁹.

Segundo Baggio¹⁹, para a realização do cuidado em saúde é necessário uma boa relação dos profissionais de saúde com as outras pessoas – principalmente àquelas que compõem a equipe multiprofissional e os usuários do serviço. Por isso, é fundamental que os profissionais mantenham uma postura que permita relações viáveis e seguras. O oposto disso pode ser evidenciado pelo seguinte depoimento. “O que me incomoda muito, chega o paciente, ele quer informação, a pessoa está lá com o celular na mão brincando com joguinho, o tempo inteiro, não olha na cara do paciente, só "Não!", o paciente vai falando, "Não!", "Não sei", ou passa informação errada pro paciente, o paciente perde tempo voltando na unidade. Porque a pessoa está concentrada ali no joguinho, na brincadeira, e não tão tendo compromisso de atender os pacientes. E às vezes tratado, assim, com muita grosseria mesmo, existem algumas pessoas que às vezes são bem grossas”. (G1A3)

Percebe-se, portanto, que a forma como alguns profissionais se portam frente aos pacientes causam sentimentos de angústia, que por não concordar e julgar como atitudes “erradas” ou “antiéticas”, o agente comunitário de saúde sente-se, novamente, com sentimento de impotência. Essa sensação frente ao desafio ético de não concordarem com atos e práticas dos outros pode ser caracterizada como ultraje moral¹¹.

Ademais, constata-se que os diversos obstáculos éticos enfrentados no cotidiano do agente comunitário de saúde reforçam a necessidade de que seja criado algum espaço ou instância, a fim de se discutir conceitos, infrações, códigos e toda dimensão ética presente no trabalho deste, para que problemas como excesso de trabalho, comunicação vertical, desafios da prática profissional e da comunidade, e tantos outros conflitos éticos sejam ouvidos e sanados. Além disso, atuem para diminuição do sentimento de impotência e angústia desses profissionais essenciais para o funcionamento da ESF e acesso à saúde de forma integral.

Assim, a reviravolta ética das práticas profissionais convida para que de fato haja um encontro autêntico entre trabalhador e usuário, constituindo trabalho vivo em ato. Ademais, as relações horizontais no âmbito da equipe e na interação com a gestão prescindem do reconhecimento do outro e do respeito ao seu saber. Portanto, a dimensão ética constitui a conexão necessária para que haja efetiva transformação nos modos de fazer saúde no Brasil.

O estudo possui como limitações a utilização de uma única fonte de coleta de dados, acredita-se que entrevistas com roteiros semiestruturados em local privativo, possa contribuir para que os profissionais relatem mais profundamente suas vivências.

CONCLUSÃO

O agente comunitário de saúde realiza ações que objetivam o cuidado à saúde e a comunidade, por meio de demandas do contexto vivenciado e das

orientações propostas por outros profissionais. Entretanto, percebe-se a necessidade de clareza e/ou respeito por parte da gestão quanto às atribuições do ACS, desvalorizando sua prática junto à equipe e a sociedade.

Evidencia-se, portanto, que estratégias como a valorização do agente comunitário de saúde como membro da equipe, a abertura de um espaço para debater seu cotidiano, principalmente no que tange aos conflitos éticos vivenciados, bem como de um espaço no qual possam denunciar os problemas enfrentados, atuam como catalisadores para a resolução de conflitos, conseqüentemente, contribuam para melhoria da qualidade do serviço prestado e da comunicação em amplo sentido.

Como recomendação, o estudo sugere que novas pesquisas sejam realizadas para maior compreensão da dimensão ética no fazer do agente comunitário de saúde, em como sejam investigadas estratégias de enfrentamento para lidar com os conflitos éticos inscritos em seu cotidiano de trabalho.

REFERÊNCIAS

- 1- Cotta RMM, Campos AAO, Mendonça ET, Costa GD, Machado JC, Silva LS. Políticas de Saúde: desenhos, modelos e paradigmas. Viçosa (MG): editora UFV, 2013. 288 p.
- 2- Caçador BS, Brito MJM, Moreira DA, Rezende LC, Vilela GS. Being a nurse in the family health strategy programme: challenges and possibilities. *Rev Min Enferm*, v. 19, n. 3, p. 612-9. 2015. DOI: 10.5935/1415-2762.20150047.
- 3- Samudio JLP, Brant LC, Martins ACFDC, Vieira MA, Sampaio CA. Agentes comunitários de saúde na atenção primária no brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15 n. 3, p. 745-70, 2017 set./dez. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-so100075>.
- 4- Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRGF. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Supl 1):784-9. [Issue Edition: Contributions and challenges of practices in collective health nursing] Available from:

<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>.

- 5- Chuengue APG, Franco TB. O reconhecer e o lidar dos agentes comunitários de saúde diante da bioética: entre a ética do cuidado e os poderes disciplinares. *Physis: Rev. Saúde Colet.* Rio de Janeiro, v. 28(4), e280423, 2018. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280423>.
- 6- Fortes PAC, Spinetti SR. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1328-33. 2004. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xBD7yjqk5xT7BVjPf5p9RJj/?lang=pt&format=pdf>.
- 7- Minayo MCS. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 1. ed. Rio de Janeiro (RJ): Vozes, 2012. 96 p.
- 8- Kinalski DDF, Paula CC, Padoin SMM, Neves ET, Kleinubing RE, Cortes LF. Focus group on qualitative research: experience report. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(2):424-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0091>.
- 9- Bardin L. *Análise De Conteúdo*. 3ª reimp da 1ª ed. São Paulo: Edições 70, 2016.
- 10- Previato GF, Baldissera VDA. Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in Primary Health Care. *Interface Comun. Saúde, Educação*; v. 22, p. 1535-47, 2018. DOI: 10.1590/1807-57622017.0647.
- 11- Bordin TM. O saber e o poder: a contribuição de Michel Foucault. *Saberes*, v. 1, n. 10, p. 225-35. 2014. Available from: <https://periodicos.ufrn.br/saberes/article/view/5088/4925>.
- 12- Wagner LR, Thofehrn MB, Amestoy SC, Porto AR, Arrieira ICO. Relações interpessoais no trabalho: Percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Cogitare Enferm*, v. 14, n. 1, p. 107-13. 2009. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i1.14123>.
- 13- Morais TCA, Monteiro PS. Concepts of human vulnerability and individual integrity in bioethics. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2017; 25 (2): 311-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017252191>.
- 14- Rosa AJ, Bonfanti AL, Carvalho CS. O sofrimento psíquico de Agentes Comunitários de Saúde e suas relações com o trabalho. *Saúde Soc*, v. 21,

- n. 1, p. 141-52. 2012. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000100014>.
- 15- Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, 2020; 18(s1):e0024678. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.
- 16- Medeiros GA. Por uma ética na saúde: algumas reflexões sobre a ética e o ser ético na atuação do psicólogo. *Psicol Ciênc Prof*, v. 22, n. 1, p. 30-7. 2002. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932002000100005>.
- 17- Coriolano-Marinus MWL, Queiroga BAM, Ruiz-Moreno L, Lima LS. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde Soc*, v. 23, p. 1356-69, 2014. DOI 10.1590/S0104-12902014000400019.
- 18- Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface Comun. Saúde, Educação*. 2018; 22(Supl. 2):1525-34. DOI 10.1590/S0104-12902014000400019.
- 19- Baggio MA. Relações humanas no ambiente de trabalho: o (des)cuidado de si do profissional de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*, v. 28, n. 3, p. 409-15. 2007. Available from: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4695/2599>.

Agente comunitário de saúde ou “técnico de enfermagem comunitária”?: dilemas e disputas na profissionalização

Community health workers or “community nursing assistants”?: dilemmas and disputes in the professionalization

¿Agente comunitario de salud o “asistentes de enfermería”?: dilemas y disputas en la profesionalización

Romário Correia dos Santos¹

Lívia Milena Barbosa de Deus e Mello²

Naércia Ranúzia do Nascimento Torres Vitorino dos Santos³

Sóstenes Ericson Vicente da Silva⁴

Paulette Cavalcanti de Albuquerque⁵

RESUMO:

A profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) tem passado por mudanças que buscaram formá-los ou transformá-los em Técnicos de Enfermagem (TE) a partir das disputas entre os diversos sujeitos de interesse na mediação com o Estado. O objetivo deste artigo é analisar tais disputas sendo um estudo analítico, com abordagem qualitativa. Parte-se da triangulação de dados de entrevistas com atores chaves e documentos relacionados às profissões, utilizando análise do discurso, à luz da vertente crítica da sociologia das profissões. Os resultados foram apresentados em eixos: Marcos normativo da profissionalização dos ACS e TE no Brasil; Formação profissional dos ACS: modelos de atenção e interesses de classe em disputa; A reinvenção dos ACS e a aproximação de suas atribuições aos TE.

¹ Residente em saúde coletiva no Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães – Fiocruz, Pernambuco. Email: romario.correia@outlook.com

² Mestra em Saúde Coletiva, docente da Universidade Federal de Pernambuco – Curso de bacharelado em saúde coletiva, Campus Vitória de Santo Antão. Email: liviamilenamello@gmail.com

³ Doutoranda em Saúde Pública no Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães – Fiocruz, Pernambuco. Email: naerciaranzia@gmail.com

⁴ Doutor em linguística, docente da Universidade Federal de Alagoas – Curso de enfermagem, Campus Arapiraca. Email: sostenes.silva@arapiraca.ufal.br.

⁵ Doutora em Saúde Pública, docente no Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães – Fiocruz, Pernambuco. Email: paulette.albuquerque@fiocruz.br

Conclui-se que a profissionalização dos ACS avançou mais que os TE no que se refere aos direitos trabalhistas e autonomia em relação a profissões de nível superior. Todavia, a perspectiva epistêmica da formação deles ainda está muito frágil, confundindo polivalência com politecnicidade. A reinvenção dos ACS, pautada na incorporação de procedimentos realizados pelos TE, parece caminhar no sentido hegemônico da saúde. Atualmente, os ACS encontram-se numa encruzilhada em relação aos caminhos da profissão, necessitando definir seu projeto ético e político face ao SUS e às necessidades da população desse tempo histórico.

Palavras-chaves: Agente Comunitário de Saúde; Técnicos de Enfermagem; Profissão de Saúde.

ABSTRACT:

The professionalization of Community Health Workers (CHW) has undergone changes that sought to train them or transform them into Nursing Assistants (NA) based on disputes between different subjects of interest in mediating with the State. The purpose of this article is to analyze such disputes as an analytical study with a qualitative approach. It starts with the triangulation of data from interviews with key actors and documents related to the professions, using discourse analysis, in light of the critical aspect of the sociology of professions. The results were presented in axes: Normative frameworks for the professionalization of CHW and NA in Brazil; Professional training of CHW: care models and disputed class interests; The reinvention of the CHW and the approximation of their attributions to the NA. It is concluded that the professionalization of CHW advanced more than the NA with regard to labor rights and autonomy in relation to higher education professions. However, the epistemic perspective of their formation is still very fragile, confusing polyvalence with polytechnics. The reinvention of CHW, based on the incorporation of procedures performed by NA, seems to walk in the hegemonic sense of health. Currently, the CHW are at a crossroads in relation to the paths of the profession, needing to define their ethical and political project in view of the SUS and the needs of the population of that historical time.

Keywords: Community Health Workers; Nursing Assistants; Health Occupations.

RESUMEN:

La profesionalización de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) ha sufrido cambios que buscaban capacitarlos o transformarlos en Asistentes de Enfermería (AE) a partir de disputas entre diferentes sujetos de interés en la mediación con el Estado. El propósito de este artículo es analizar tales disputas

como un estudio analítico con enfoque cualitativo. Se parte de la triangulación de datos de entrevistas con actores clave y documentos relacionados con las profesiones, utilizando el análisis del discurso, a la luz del aspecto crítico de la sociología de las profesiones. Los resultados se presentaron en los ejes: Marcos normativos para la profesionalización de ACS y AE en Brasil; Formación profesional de ACS: modelos asistenciales e intereses de clase en disputa; La reinención de los ACS y la aproximación de sus atribuciones al AE. Se concluye que la profesionalización de los ACS avanzó más que las AE en materia de derechos laborales y autonomía en relación a las profesiones de educación superior. Sin embargo, la perspectiva epistémica de su formación es todavía muy frágil, confundiendo polivalencia con politécnicos. La reinención de los ACS, basada en la incorporación de procedimientos realizados por los AE, parece andar en el sentido hegemónico de la salud. Actualmente, los ACS se encuentra en una encrucijada en relación a los caminos de la profesión, necesitando definir su proyecto ético y político ante el SUS y las necesidades de la población de esa época histórica.

Palabras clave: Agentes Comunitarios de Salud; Asistentes de Enfermería; Empleos en Salud.

INTRODUÇÃO

A profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) tem sido discutida desde os anos 1990, e já passou por várias mudanças desde a proposta de formação técnica específica até aquelas que têm buscado formá-los ou transformá-los em Técnicos de Enfermagem (TE). Posições intermediárias estão sendo pensadas a partir das negociações entre os diversos sujeitos de interesse na mediação com o Estado.

Os ACS têm um percurso peculiar na realidade brasileira, sendo a única profissão regulamentada que tem a exigência de morar na comunidade onde atua como pré-requisito. Desde a institucionalização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) até a Estratégia Saúde da Família (ESF), o trabalho dos ACS passou por transformações que vão da definição de critérios para o processo seletivo, ampliação do escopo de práticas, até a conquista do piso salarial nacional, adicional por insalubridade, planos de carreiras municipais e legislação que assegura contratação mediante vínculo empregatício direto¹. Porém, esse movimento em direção à profissionalização

trouxe consigo um estranhamento do ser comunitário e profissional de saúde seja na relação entre os membros da equipe da ESF, seja na relação com a comunidade^{1,2}.

Os ACS desempenham funções essenciais para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para a Atenção Primária à Saúde (APS), sendo um sujeito fundamental para garantir o atributo “competência cultural” e a concepção ampliada de saúde na ESF, através da mediação de saberes populares e técnicos². Até 2018, somavam 263.756 trabalhadores, presentes em 98% dos municípios brasileiros³.

Por outro lado, a categoria TE se configurou inicialmente como atendentes e auxiliares de enfermagem, quando foi regulamentada a primeira lei do exercício profissional (Lei 2.604/55)⁴. Na década de 1960, a fim de atender a demanda posta pelos avanços tecnológicos na área hospitalar, emergiu o curso técnico de enfermagem sendo o TE legalmente reconhecido pela nova lei do exercício profissional (Lei 7.498/1986)⁵⁻⁷.

Em 1980, com o objetivo de formar os trabalhadores de nível médio e fundamental inseridos nos serviços de saúde, incluindo os atendentes e auxiliares de enfermagem, foi implantado o Projeto Larga Escala⁸. Vinte anos depois, em 2000, como marco institucional importante desse processo de transição, foi estabelecido o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), voltado para 225 mil trabalhadores que já atuavam no sistema de saúde. Assim foram ofertados cursos de auxiliar aos atendentes de enfermagem, curso de técnico para os auxiliares de enfermagem, além da complementação do ensino fundamental, em escolas técnicas públicas e privadas de todo o país^{7,9}.

Do ponto de vista legal, a exigência da formação técnica de nível médio como patamar mínimo tornou-se pré-requisito para inscrição no Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o que repercutiu também num discreto aumento da remuneração, ao mesmo tempo em que aumentaram as atribuições profissionais. Atualmente, o TE atua tanto no setor público como

no privado, nos três níveis de atenção à saúde, representando aproximadamente 1.389.823 de profissionais no território brasileiro. Destes, 827.028 estão no setor público e 746.108 no setor privado, considerando instituições filantrópicas e fundações (nos níveis de atenção secundário e terciário), e cerca de 43.116 trabalhadores na ESF¹⁰.

A profissionalização é estudada desde o surgimento da sociologia¹¹ e por diferentes correntes de pensamento tais como a funcionalista, interacionista e crítica¹². Esta última tem Freidson como um de seus pensadores e aborda as profissões a partir do paradigma de poder e estratégia política, balizado pela força do Estado¹³.

Segundo esse autor o espaço analítico que permite definir e identificar o poder das profissões é constituído pelos conceitos de autonomia, *expertise* e credencialismo. Estes se expressam através de: 1) exercício de autoridade sobre o próprio trabalho com o apoio do Estado; 2) autoridade do *expert* para coordenar a divisão do trabalho; 3) autonomia na direção do trabalho; 4) exclusividade, traduzida no controle sobre o recrutamento, a formação e aplicação do conhecimento; 5) conhecimento abstrato, aprendido em instituições formais de educação; 6) dimensão ideológica, como um conjunto de crenças sobre qual a melhor maneira de resolver problemas, o que pode ser analisada nos conflitos com outras ocupações¹⁴.

No caso dos ACS como uma profissão totalmente vinculada ao estado, esse espaço analítico de poder é explicitado principalmente pelas políticas governamentais que, nos últimos anos, vêm configurando a APS como uma área de interesse neoliberal, ao potencializar um modelo de cuidado biomédico, através de ações curativas, em detrimento das ações de promoção de saúde e mobilização social.

A trajetória política recente desses sujeitos passa por inquietações quanto ao seu futuro profissional no SUS. Em 2016, foram publicadas as portarias do Ministério da Saúde (MS) nº 959 e 958 que tencionaram a composição das equipes de Atenção Básica quanto à presença ou não dos ACS.

Em 2017, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) descaracterizou o trabalho dos ACS, sendo esvaziado da premissa de educação em saúde, ao priorizar ações associadas às linhas de cuidado, assumindo um foco na prevenção de doenças¹⁵.

Um elemento revelador, que deixa implícitos os interesses quanto à existência ou não dos ACS no SUS, diz respeito à tentativa do MS de financiar e implementar a formação dos ACS como TE, através do Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (PROFAGS) em 2018¹⁶. O risco de paulatina substituição de uma categoria pela outra, além do direcionamento das práticas e dos saberes dos ACS para o campo da biomedicina, historicamente predominante na formação desta outra categoria, apontam, de fundo, os interesses mercadológicos que estão em jogo¹⁵. Não obstante, ao buscar compatibilizar o modelo de saúde ofertado pelo setor público ao do setor privado, ou seja, sem o ACS, tal modelagem possibilitaria a compra de pacotes de APS de um subsistema (público) pelo outro (privado).

Diante dos marcos históricos da profissão Agente Comunitário de Saúde e seus tensionamentos com o Estado, o objetivo deste artigo é analisar as disputas envolvidas nas recentes mudanças da profissionalização dos ACS, considerando as propostas de sua transformação em técnico de enfermagem.

1 Metodologia

1.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo analítico, com abordagem qualitativa¹⁷ sendo parte do projeto intitulado “Análise da profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde: qual o futuro desse trabalhador no sistema de saúde brasileiro?”. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães- Fiocruz Pernambuco, e está registrado na Plataforma Brasil sob o nº CAAE: 15735119.7.0000.5190.

1.2 Coleta de dados

Partiu-se da triangulação de dados¹⁷ advindos de entrevistas e documentos dos sujeitos que estão diretamente relacionados às disputas históricas da formação, do trabalho e da profissionalização dos ACS no Brasil, a saber: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), representante da bancada em defesa dos ACS da Câmara dos Deputados, COFEN, Federação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias (FENASCE), Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) e intelectuais relacionados ao tema.

As entrevistas ocorreram entre fevereiro e março de 2020, em local reservado onde estavam presentes apenas uma pesquisadora e o entrevistado. Estes responderam perguntas semiestruturadas sobre temas como: os caminhos históricos da profissionalização dos ACS no Brasil e a relação com outras profissões de saúde; diferentes configurações do trabalho comunitário e o tipo de saber predominante (epistemologias) nas práticas de saúde dos ACS; cenários e perspectivas em disputa na profissionalização destes. As respostas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, sendo utilizado para esse trabalho um recorte dos dados.

A pesquisa documental foi realizada pela riqueza de informações que deles pode-se extrair e resgatar para ampliar o entendimento dos objetos desta análise¹⁸, tendo sido incluídos documentos relativos à regulamentação e formação dos ACS e de posições públicas relacionadas, tais como: Lei nº 10.507 de 2002¹⁹; Lei nº 11.350 de 2006²⁰; Lei nº 13.595 de 2018²¹ e parecer de grupo de trabalho do COFEN nº 01/2018 sobre o PROFAGS²²; Referencial Curricular Nacional dos ACS de 2004²³; Diretrizes e Orientações para Formação dos ACS de 2020²⁴; Portaria MS nº 3.241, de 7 de dezembro de 2020²⁵, que institui o “Programa Saúde com Agente”; Edital nº 1 de abertura do processo de adesão do Distrito Federal, dos estados e dos municípios ao

Programa Saúde com Agente, de 28 de abril de 2021²⁶ e Nota Técnica de 20 de maio de 2021, da rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS), sobre o “Programa Saúde com Agente”²⁷.

1.3 Análise dos dados

Utilizou-se a análise de discurso segundo Michel Pêcheux, que estabelece relação entre “língua/sujeito/história ou língua/ideologia” onde a linguagem vai além do texto, trazendo sentidos pré-construídos²⁸.

As categorias analíticas foram organizadas tendo como referência a vertente crítica da Sociologia das Profissões¹², a saber: marcos normativos da profissionalização, formação e atribuições.

2 Resultados e discussões

2.2 Marcos normativos da profissionalização dos ACS e TE no Brasil

As profissões são lócus de disputa de prestígio e poder, muito além da lógica econômica, moldando subjetividades, consagrando interesses e conformando sistemas de estratificação social²⁹. No caminho histórico da conformação dos ACS e dos TE como profissões de saúde, observam-se diferenças institucionais (Quadro 1).

Quadro 1 - Aspectos normativos da profissionalização dos ACS e Técnicos de enfermagem no Brasil

Categorias	Norma ACS	Norma enfermagem
Regulamentação	Lei nº 10. 507 de 2002 ¹⁹ Lei nº 11.350 de 2006 ²⁰ Lei nº 13.595 de 2018 ²¹	Lei nº 2.604 de 1955 ⁴ Lei nº 7.498 de 1986 ⁵

Formação	Regulamentação nacional, existem poucos cursos. Perfil Curricular Nacional de Formação Técnica em ACS de 2004 ²³ Diretrizes e Orientações para Formação Técnica em ACS de 2020 ²⁴	Regulamentação pelo Conselho Profissional, ausência de regulamentação nacional e existência de muitos cursos.
Código de ética	X	Resolução COFEN nº 564/2017 ³⁰
Piso salarial	Lei nº 13.708 de 2018 ³¹	X

Fonte: elaborado pelos autores.

A institucionalização de ambas parece buscar o tipo ideal de profissionalismo descrito por Freidson³², que se caracteriza por trabalho especializado, uso discricionário do conhecimento e das competências, jurisdição exclusiva, divisão do trabalho, monopólio do mercado, existência de um programa formal de ensino e legitimidade. No entanto, vale salientar que estas categorias, por se conformarem como nível técnico tem limites em alcançar tal tipo ideal de profissionalismo, o que no Brasil significa baixa autonomia, tendo em vista a divisão técnica e social do trabalho.

No caso dos ACS, a ocupação foi criada para responder à problemática dos bolsões de fome e altas taxas de mortalidade infantil no nordeste³³, sem exigência mínima de formação, de atribuições ou direitos trabalhistas. Ao longo dos anos, no entanto, atingiu o status de profissão, com reconhecimento pelo Estado traduzido nas leis, portarias, normas e diretrizes nacionais de formação, com destaque para Emenda Constitucional N°. 51 e Lei nº 11.350 de 2006, como afirma um representante da CONACS: “A gente, durante muitos anos, brigou por essa profissionalização e conseguimos uma Emenda na Constituição Brasileira que é a número 51, que a gente chama de nossa certidão de nascimento, [...]

e no mesmo ano nós vamos regulamentar a emenda 51. Nasceu a Lei 11.350 que hoje é o nosso Grande Troféu”. (ENTREVISTADO 1 - CONACS)

A CONACS reflete aqui a importância dessa passagem ocupação-profissão que lhe permite um campo específico de atuação face às demais profissões, garantindo-lhes um poder diferenciado repartido na sociedade¹².

O marco legal da profissão dos TE começa com a Lei nº 7.498 de 1986⁵, tendo passado anteriormente pela Lei nº 2.604 de 1955⁴ quando ainda eram atendentes e auxiliares de enfermagem. É importante destacar que, no caso dos TE, tanto a lei da profissão como o conselho profissional são constituídos de forma conjunta com os bacharéis em enfermagem, deixando evidente uma relação de dependência e pouca autonomia no seu processo de institucionalização³⁴.

Um aspecto a ser observado é a busca de conteúdos cognitivos que delineiam e sustentam as práticas profissionais, através da normatização de Referenciais Curriculares Nacionais aprovadas no Conselho Nacional de Educação. Tal referencial está posto para os ACS desde 2004²³, e recentemente revisado em 2020²⁴, o que não está instituído para os TE, indicando a força política que a categoria dos ACS apresenta no cenário brasileiro³⁵.

Por um lado, a lei do piso dos ACS³¹ demonstra a força da categoria em relação aos outros profissionais da saúde que estão na luta política por este reconhecimento. No caso da enfermagem, esta vem tentando aprovar um piso há muitos anos, sendo o Projeto de Lei mais atual em discussão no Senado Federal, o de nº 2564/2020³⁶.

Chama atenção, a inexistência de um código de ética para os ACS, o que pode estar relacionado à ausência de um conselho profissional que, no Brasil, é a autarquia responsável pela publicação desse documento no conjunto das outras profissões de saúde. No caso dos TE, por serem vinculados ao COFEN, dispõem de um código de ética comum aos bacharéis em enfermagem.

Fato é que a profissionalização dessas duas categorias ao longo dos anos, através de seus atos normativos, ainda é insuficiente gerando a necessidade de reivindicação de novas regulamentações pelo Estado, a partir das interações com o campo jurídico²⁹. Enquanto os ACS conquistaram direitos trabalhistas relativos ao piso salarial e uma lei da profissão mais autônoma em relação às profissões de nível superior, os TE garantem, na prática, uma formação de nível técnico mesmo sem existir um Referencial Curricular Nacional.

2.3 Formação profissional dos ACS: modelos de atenção e interesses de classe em disputa

Os indicadores demográficos, sociais e econômicos do Brasil, desde a criação dos ACS, na década de 1990, têm passado por inúmeras mudanças^{37,38}. Sobre os novos padrões de morbimortalidade, destacam-se os relacionados ao processo de envelhecimento³⁷, as doenças crônicas não transmissíveis³⁹, o aumento das causas externas⁴⁰, a persistência ou emergência das doenças infectocontagiosas, vide o cenário da pandemia da COVID-19, que agrava também as condições de pobreza.

Essas mudanças no perfil da população brasileira têm complexificado a atuação dos ACS nos territórios e demandado uma maior formação profissional da referida categoria, como o representante da CONACS expressa: “[...] a maioria dos agentes comunitários de saúde até aqui eram figuras que muitas vezes não tinham nem o fundamental completo. Aí você pega uma responsabilidade tão grande, uma barra profissional, estar ali no dia a dia da comunidade levando a educação em saúde e ele, o próprio profissional, não ter uma formação adequada é muito complicado [...]”. (ENTREVISTADO 1 - CONACS)

Vê-se, então, a necessidade de uma formação que consolide um corpo de práticas e saberes, que supere os atuais processos formativos aligeirados e fragmentados dos ACS, preparando-os tanto nas ciências biológicas e humanas

quanto na Saúde Coletiva^{41,42}, para uma melhor atuação e qualidade, independentemente da realidade local onde atuam⁴³.

Porém, em uma tentativa controversa de reconhecer a importância da formação técnica, o governo federal, através da Portaria nº 83/2018, instituiu o PROFAGS, cujo propósito era garantir formação técnica em enfermagem para os ACS e Agentes de Combates às Endemias (ACE)¹⁶. Esta Portaria incidiu diretamente sobre as atribuições destes trabalhadores, desconsiderando o referencial curricular do curso técnico em ACS existente desde 2004^{15,23}, embora atravessado por fragilidades e reduzida implementação⁴¹.

Entendendo o PROFAGS como recuo aos avanços instituídos na profissionalização de ACS, as entidades representativas da referida categoria e também as da enfermagem se posicionam contrárias: “Quando saiu o PROFAGS, do Ministério da Saúde, nós também da Federação nos colocamos totalmente contra, né? Por entender que o Agente de Saúde, o Agente de Endemias tem o seu próprio curso técnico. Não precisava ser técnico de outra área, né?” (ENTREVISTADO 1 -FENASCE) “Veio o PROFAGS e queria transformar todo mundo em técnico para exatamente cuidar da doença e não da prevenção, isso a gente não aceita. Nós não somos um profissional para cuidar da doença, nós somos um profissional para promover a saúde”. (ENTREVISTADO 1 -CONACS) “[...] a portaria nº 083/2018 caracteriza uma deformação no processo de trabalho do modelo prioritário da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária de Saúde, bem como descaracteriza o perfil ocupacional dos ACS, que é fundamentado em ações de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças e vigilância à saúde”. (POSIÇÃO PÚBLICA COFEN)

A formação dos ACS por dentro de um curso técnico é importante para consolidação desta profissão, uma vez que sua atuação seria fundamentada no ensino com sustentação teórico-prática baseado na ciência, em diálogo com o saber popular, além de garantir a execução qualificada do seu complexo rol de atribuições. As posições da CONACS, FENASCE e COFEN parecem

corroborar com essa perspectiva, sendo taxativos em relação ao PROFAGS, que não reconhece o núcleo próprio de formação e atuação dos ACS, que passariam a ser atravessadas pelos saberes e fazeres da enfermagem.

Esse núcleo próprio de conhecimentos, saberes e fazeres previsto no curso técnico de ACS inclui um conjunto de temas e disciplinas de outras áreas da saúde, mas também das Ciências Humanas, das Políticas Públicas, articulando a Educação Popular e a Saúde, compondo um novo campo da Saúde Coletiva focado na Promoção da Saúde.

Além disso, o nível superior tem sido buscado por ambas as categorias como podem demonstrar os números: em 1983, 9,6% dos auxiliares e TE tinham nível superior completo ou incompleto, passando para 34,3%, 30 anos depois⁴⁴. No caso dos ACS, enquanto em 2002 apenas 0,6% tinham o ensino superior, em 2015, já eram 12,71% com este nível de formação⁴⁵. No entanto, a mudança na escolarização, e consequentemente do perfil desses profissionais, precisa ser melhor estudado para que possa permitir uma compreensão do seu sentido prático, político e social no SUS.

Vale salientar que a reconfiguração do trabalho dos ACS é um indicador sensível das disputas de modelos de atenção à saúde no Brasil³, como foi apontado na fala da representação do COFEN. Até 2006, enfatizava-se o caráter educativo do trabalho, com atividades de orientação e acompanhamento das famílias e de grupos específicos, mobilização social, articulação intersetorial e produção de informação, sendo o território o local de atuação prioritário. A partir da PNAB de 2006⁴⁶, no entanto, reduziu-se a centralidade das ações educativas, associando-as na PNAB 2011⁴⁷ à prevenção e ao controle de riscos do adoecer³, sendo tal perspectiva ainda mais acirrada na PNAB de 2017⁴⁸.

Nesse sentido, e em contraponto às investidas do Estado para descaracterizar, deslegitimar e alienar o trabalho dos ACS, vários coletivos acadêmicos e políticos, vinculados ao movimento de educação popular em saúde vêm buscando apresentar alternativas de resgate e formação dos ACS

para uma atuação comunitária crítica, à exemplo do Curso Livre de Educação Popular em Saúde (EdPopSUS) ofertado entre 2013 e 2018⁴⁹.

Desse modo, é perceptível o resgate do termo Educação Popular em Saúde na legislação que regulamenta a profissão dos ACS e ACE, aparecendo 6 vezes na Lei 13.595 de 2018²¹, com destaque para o § 1º do artigo 6º, onde se lê: “Os cursos a que se refere o caput deste artigo utilizarão os referenciais da Educação Popular em Saúde e serão oferecidos ao Agente Comunitário de Saúde e ao Agente de Combate às Endemias nas modalidades presencial ou semipresencial durante a jornada de trabalho”.

Porém, as novas diretrizes e orientações para o curso técnico em agente comunitário de saúde, reformulado pelo MS em 2020²⁴, assim como a Portaria nº 3241 de 2020, que estabelece o “Programa Saúde com Agente”, destinado à formação técnica dos ACS e ACE, não referenciam os conteúdos e princípios éticos e políticos da Educação Popular em Saúde tão enfatizado na lei da profissão^{25,27}.

Além disso, ao comparar o referencial curricular nacional²³ de formação dos ACS de 2004 em relação às diretrizes e orientações da formação²⁴ de 2020, quanto às competências, percebe-se como diferenças centrais a redução do termo “mobilização social” e a incorporação do termo “promoção da saúde nos diferentes ciclos de vida”, indicados logo na etapa 1 da formação. Corroborando com Morosini, Fonseca (2018)³, há uma dupla compreensão do trabalho educativo, uma referenciada na educação para a saúde (ancorada nos parâmetros biomédicos e prescrição de comportamentos saudáveis) e outra mais abrangente, vinculada à participação social com a finalidade de intervir na determinação do processo saúde-doença, o que está explicitamente colocado como mudança de perspectiva na formação dos ACS.

Soma-se a isso a inserção de habilidades novas na etapa 2 da formação²⁴, como aferição de pressão arterial, medição de glicemia capilar, aferição de temperatura axilar, orientação e apoio à correta administração de medicação, em conformidade com a PNAB 2017⁴⁸ e com a Lei nº13.595 de

2018²¹, que parecem chegar a um meio termo em relação ao PROFAGS¹⁶, ou seja, formar um ACS com habilidades de TE.

Sobre as instituições formadoras dos ACS percebe-se uma retomada da discussão iniciada quando foi proposto o PROFAGS¹⁵ visto que o programa “Saúde com Agente”, não considera com prioridade, nem como possibilidade, a participação das Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS (ETSUS)^{25,26}. Estes historicamente contribuíram com a formulação de políticas de qualificação dos ACS e com a implantação das 400 horas iniciais do Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde (CTACS). Tal fato abre brecha para a contratação do setor privado da educação na execução do curso, o que pode gerar transferência de recursos públicos da saúde para o mercado da educação de base técnica em detrimento do fortalecimento das instituições formadoras do próprio SUS²⁷.

Quanto ao perfil dos docentes, as novas diretrizes²⁴ afirmam que este será composto por “professores graduados, não licenciados, em efetivo exercício na profissão docente ou aprovados em concurso público”. Ao mesmo tempo o programa²⁵ “Saúde com Agente” destaca o profissional de nível superior da enfermagem como preceptor de formação dos ACS, o que indica uma contínua tentativa de vinculação destes à enfermagem. Isso tanto no âmbito das práticas e relação de poder na ESF, como também no processo de ensino-aprendizagem, reforçando sua (des)identidade profissional. Na percepção dos atores chaves trazidas a seguir, existem controvérsias: “O principal vínculo com outro profissional dentro da esfera da equipe de saúde da família é o enfermeiro [...] são os nossos capacitadores, nossos formadores”. (ENTREVISTADO 1 -CONACS) “[...] nessa disputa se o agente de saúde é uma categoria no espaço da enfermagem ou não eu tenho defendido que não. [...] Porque o agente de saúde na sua perspectiva epistêmica ele tem um trabalho matricial com todas as categorias [...]”. (ENTREVISTADO 1 -Câmara dos Deputados)

Observa-se que a perspectiva epistêmica da formação dos ACS ainda está muito frágil, confundindo polivalência com politecnia. Enquanto a polivalência é alienante, na medida em que os ACS assumem, cada vez mais, atribuições vinculadas às várias profissões com quem eles trabalham; a politecnia aponta para um pensamento crítico, permitindo autonomia no planejamento da sua prática a partir da análise do território, das famílias e suas necessidades, tendo as bases teóricas necessárias para tal⁵⁰.

Na perspectiva de Freidson, o controle sobre a formação e sobre o corpo de conhecimentos é indispensável na constituição do poder das profissões. Porém, uma formação cujo corpo docente não pertence à própria categoria formada expressar-se-á em questionamentos de legitimidade, uma vez que não são os ACS que formam a si próprios, como ocorre nas categorias profissionais de nível superior da saúde¹⁴.

Vale ressaltar que, na realidade brasileira, esta é uma característica comum na formação de nível técnico, uma vez que estes não formam a si mesmos. Estão vinculados às categorias de nível superior, seja pela divisão técnica como também pela divisão social do trabalho, sendo este tipo de formação, em sua predominância, tecnicista, com saberes mecanicistas de reprodução, sem refletir cientificamente o que sustenta aquela prática/técnica⁵⁰.

Dessa forma, não é incomum associar como barreira de avanço na formação a manutenção dos ACS numa escala social inferior, com menor remuneração possível e impossibilidade de progressão na carreira. Fazendo uma analogia, Costa (2003)⁵¹ discute que a formação do TE, outrora atendentes e auxiliares, trouxe desafios para inserção profissional relacionadas às questões salariais, quando dessa transição, já que o nível técnico significaria maior remuneração.

A gestão municipal do SUS parece caminhar nesse sentido, como pode ser visto na posição do CONASEMS a seguir: “Principalmente pelas conquistas que eles estão tendo com relação a questão salarial, tá deixando uma distorção muito grande. Já tem municípios que o Agente de Saúde [...] são

melhores remunerados do que algumas categorias de nível superior. Isso tem feito com que muitos gestores pensem até em demissão de Agentes de Saúde”. (ENTREVISTADO 1 -CONASEMS)

Fica demonstrado, portanto, que a formação dos ACS além de ser um fator de disputa do modelo de atenção à saúde, também está colocada como fator de interesses de classe, sendo mais conveniente manter o ACS com menor remuneração e menor formação, ou até mesmo retirá-lo da ESF, do que lutar por ampliação de recursos para a efetivação plena do SUS, da educação e da saúde como direitos.

2.4 A reinvenção dos ACS e a aproximação de suas atribuições aos TE

A partir do impedimento da presidenta Dilma Rousseff em 2016 ganhou espaço no MS a perspectiva teórico-política do “Novo Sanitarismo”, responsável pela reformulação da PNAB em 2017 e retomada da ideia do modelo tradicional da Atenção Básica (AB), no qual a presença dos ACS não é condição obrigatória nas equipes. A partir daí, são definidas atribuições comuns entre os TE e os ACS, com este último incorporando atividades historicamente destinadas aos TE, o que remete à polivalência destes trabalhadores por um lado e ao esvaziamento das ações de educação em saúde e mobilização comunitária, por outro^{1,48,52}.

Assim, tanto a PNAB 2017⁴⁸ quanto a Lei nº 13.595 de 2018 consideram como novas atribuições dos ACS a aferição de pressão arterial, temperatura axilar, medição de glicemia capilar, avaliação antropométrica, além da orientação e apoio para correta medicação²¹. Dando um passo adiante, a Portaria MS nº 3.241 de 2020, sobre o programa de formação dos ACS, institui “incentivo financeiro de capital, para auxílio na aquisição de medidor de pressão arterial automático de braço, glicosímetro e oxímetro”²⁵.

Nesse cenário, as entidades sindicais, percebendo a aproximação dos ACS aos TE emitiram posições contraditórias, conforme observado a seguir:

“A nova política nacional de atenção básica, para nós é um retrocesso sem tamanho [...] Se você for no Amazonas, se você for no Pará, se você for naquela região norte você vai ver isso como uma coisa comum. O agente de saúde sai com a mochilinha nas costas [...] tem uma bandeja de glicemia, uma bandeja de verificação de pressão, ele tira ponto, faz parto... Ele faz coisas que não são atribuição dele realmente. Mas ele faz pela necessidade, entendeu? Mas pela necessidade”. (ENTREVISTADO 1 -CONACS) “A gente não aceitava essa questão nas mudanças, atribuições atuais da categoria. [...]você passar a aferir pressão, glicemia, fazer curativo, né? Rasos como eles colocaram, nós não concordávamos com isso por entender que isso entrava em outra esfera em outra área, de outra categoria, mas veio o convencimento, né? De que a categoria precisava se reinventar, né?. [...] precisava oferecer algo melhor para a população”. (ENTREVISTADO 1 -FENASCE)

No entanto, observa-se em ambas as colocações a incorporação, mesmo que não assumida, da ideologia biomédica através de um jogo discursivo que reforça o poder social e político da classe dominante⁵³. Pois os TE, historicamente, foram formados para a realização de procedimentos isolados do contexto com segmentação do cuidado, sob interesse do setor privado da saúde, ficando o alerta para os ACS não caminharem nesse sentido.

Cabe realçar tais aspectos no discurso do CONASEMS: “[...] não queremos o agente de saúde que vá na casa do munícipe somente pegar assinatura e olhar se está tudo bem. Isso não nos interessa [...] O que o gestor quer é o agente de saúde empoderado, com condições e capacidades de atender as demandas daquela família [...] nós temos que ter um agente de saúde que chegue na residência das pessoas e tenha condições de avaliar seja aquele hipertenso, diabético, seja ela qualquer doença crônica”. (ENTREVISTADO 1 -CONASEMS)

Nesse discurso, o CONASEMS adota uma posição que diverge de uma proposta de APS norteada pela ESF, na qual a mobilização comunitária,

as visitas domiciliares, a vigilância e a educação popular em saúde são práticas nucleares dos ACS, diferentemente dos TE⁵⁴.

Apesar do discurso acima trazer a preocupação com o agente de saúde estar “empoderado”, utiliza tal conceito de forma distorcida já que o exemplifica com o acréscimo de poder através do domínio de procedimentos biomédicos, feitos de forma fragmentada, sem domínio do conhecimento científico, nem do contexto no qual o sujeito adoece, remetendo à alienação.

A incorporação de novas atribuições pelos ACS vem, na verdade, como procedimentos isolados, tal como os TE. Traz a tona a fragmentação e a alienação do trabalho dos ACS como a lógica imposta pelo modo de produção capitalista, que busca avaliar o trabalho através de uma mensuração quantitativa da produção⁵⁵. Essa lógica incide diretamente nos saberes e práticas dos ACS, ao simplificar suas ações e reforçar a polivalência³.

O COFEN (2018)²² reforça que essas novas atribuições poderão “trazer contradições e distorções na oferta das ações na APS por profissionais com ou sem a formação de TE e ainda, causar dúvidas no entendimento da população quanto ao tipo de atendimento que poderá receber”.

Considerando que as intervenções profissionais são históricas, mutáveis e resultados das transformações sociais, econômicas, políticas e tecnológicas para atender ao modo de produção vigente⁵⁶, ainda acrescentam: “[...] o Sistema Único e a própria sociedade foi pressionando para eles se prepararem e se capacitarem para poder desenvolver novas atividades [...] passou a desenvolver outras funções dentro do Programa conforme as normas, conforme as políticas nacionais da atenção primária e outros desafios”. (ENTREVISTADO 1 -CONASEMS)

Olhando para as prerrogativas discursivas assumidas pelo CONASEMS, vê-se que de fundo espera-se que as novas atividades sejam justamente aquelas atualmente desenvolvidas pelos TE, o que nos remete a perguntar por que não alterar a formação e o processo de trabalho dos próprios TE, de forma a deslocá-los mais para ações territoriais?

Além disso, Nogueira (2019)¹ chama atenção para o fato das novas atividades assumidas pelos ACS muitas vezes se configurarem como “burocratização do trabalho”, destacando o gerencialismo, a produtividade e a descaracterização das ações comunitárias, como aspectos da precarização do trabalho.

O COFEN, corroborando com essa análise afirma: “A impressão que se tem é que na ponta diminuiu a resolutividade do trabalho deles, aquela própria interlocução muito forte que tinham com as comunidades locais [...] acho que ao longo do tempo perdeu-se um pouco também, essa questão da valorização do conhecimento popular de saúde [...]”. (ENTREVISTADO 1 - COFEN)

O desafio será, então, compreender em que medida a incorporação de novas atribuições em direção àquelas já realizadas pelos TE será útil ou não aos ACS, à APS e ao SUS, sobretudo, às comunidades e às famílias.

Nesse sentido, ao longo do tempo, as transformações econômicas, políticas e institucionais dos ACS os colocaram em uma encruzilhada, em relação aos caminhos da profissão, cujas saídas precisam partir da definição do seu projeto ético e político face ao SUS e às necessidades da população do seu tempo histórico.

CONCLUSÃO

Os ACS estão diante de problemas complexos, antigos e novos, como desigualdades sociais profundas, doenças crônicas, violência e problemas ambientais que têm provocado pandemias como as da COVID-19, o que demanda resgatar identidades perdidas e fortalecer sua formação técnico-política.

A institucionalização, através de normas e leis, representa disputas do poder profissional face aos aparelhos jurídico e executivo do Estado, que

aparecem, textualmente, como consensos alcançados num determinado tempo histórico.

A profissionalização dos ACS avançou no que se refere à lei do piso salarial, às diretrizes nacionais para formação e a discussão quanto à autonomia da categoria. Assim, os ACS parecem ter a possibilidade de caminhar de forma independente para uma formação crítica, complexa e científica, colocada para além do tecnicismo reprodutor de procedimentos, muito comum na formação dos TE no Brasil.

A perspectiva epistêmica da formação dos ACS ainda está muito frágil, confundindo polivalência com politecnia. O novo perfil curricular nacional aprovado em 2020 não incorporou o que foi defendido na lei da profissão quanto a ter a Educação Popular em Saúde como referencial dos cursos definidos para os ACS, ao mesmo tempo em que incorporou a formação para execução de procedimento biomédicos, historicamente colocados para os TE, em consonância com a nova PNAB e lei da profissão.

A reinvenção dos ACS pautada na incorporação de procedimentos parece caminhar no sentido hegemônico da saúde como ausência de doença e não da determinação social da saúde e da doença. Assim, faz-se importante amadurecer este debate em um contexto de crescentes crises (social, ambiental e econômica), em um mundo que conjuga avanços tecnológicos por um lado e completa exclusão de outro.

REFERÊNCIAS

- 1- Nogueira ML. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. *Saúde soc.*[Internet]. 2019; 28(3):309-23. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180783>.
- 2- Maciazeki-Gomes RC, Souza CD, Baggio L, Wachs F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Ciênc. saúde colet.* [Internet]. 2016; 21(5):1637-46. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413->

81232015215.17112015.

- 3- Morosini, MV, Fonseca, AF. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde em debate* [Internet]. 2018; 42:261-74. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S117>.
- 4- Brasil. Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955. Regula o exercício da enfermagem profissional. *Diário Oficial da União*. 1955 Sept. 21.
- 5- Brasil. Lei nº 7.498, de 1986 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1986 June 26.
- 6- Capella BB, Faria EM, Gelbecke FL, Spricigo JS. R. *Bras. Enferm.* [Internet]. 1988; 41(2):161-8. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Q9ftqth5H777V6bvPk8z3KH/?format=pdf&lang=pt>.
- 7- Gomes MLB, Paiva PM, Mello JCM. Trajetória de criação e legalização da categoria auxiliar de enfermagem no Brasil (1936-2019). *Braz. J. Hea. Rev.* [Internet]. 2020; 3(05):14198-202. Available from: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-223>.
- 8- Gryscek ALFPL, Almeida AH, Antunes MN, Miyashiro SY. Larga escala project: an actual pedagogic proposal. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2000; 34(02):196-201. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342000000200009>.
- 9- Costa CCC, Bezerra-Filho JG, Machado MMT, Machado MFAS, Jorge AC, et al. Curso técnico de enfermagem do profae-ceará: a voz dos supervisores. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2008; 17(4):705-13. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>.
- 10- Silva MCN, Machado MH. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a enfermagem no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2020; 25(01):7-13. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27572019>.
- 11- Martins RL. Theory of professions, marxism and social work. *Temporalis*. 2019; 19(37):45-64.
- 12- Coelho AMS, Diniz-Pereira JM. Olhar o magistério "no próprio espelho": O conceito de profissionalidade e as possibilidades de se repensar o sentido da profissão docente. *Revista Portuguesa de Educação*

- [Internet]. 2017; 30(1):7-34. Available from: <https://revistas.rcaap.pt/rpe/article/download/10724/9171/35933>.
- 13- Angelin PE. Profissionalismo e profissão: teorias sociológicas e o processo de profissionalização no Brasil. REDD - Revista Espaço de Diálogo e Desconexão [Internet]. 2010; 03(1):01-16. Available from: <https://periodicos.fclar.unesp.br/redd/article/view/4390/3895>.
 - 14- Rodrigues ML. Sociologia das Profissões. 2. ed. Oeiras: Celta Editora, 2002. 139p.
 - 15- Nogueira ML, Barbosa IC. Programa de Formação Técnica em Enfermagem para Agentes de Saúde: quando uma formação profissional se torna mais uma ameaça ao SUS. Trab. Educ. Saúde [Internet]. 2018; 16(02):393-6. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00135>.
 - 16- Brasil. 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 Combates às Endemias - ACE no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019. Diário Oficial da União. 2018 Feb. 12.
 - 17- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.
 - 18- Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais [Internet]. 2009; 1(1):01-15. Available from: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351/pdf>.
 - 19- Brasil. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2002 July 11.
 - 20- Brasil. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2006 Oct. 06.
 - 21- 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 União, 2018 Apr.18.

- 22- Conselho Federal de Enfermagem. Parecer de grupo de trabalho nº 01/2018/GTFT-agentes de saúde/Cofen. [Internet][cited 2021 July 15] Available from: http://www.cofen.gov.br/parecer-n-01-2018-cofen-grupo-de-trabalho-sobre-programa-de-formacao-de-agentes-de-saude-profags_61709.html.
- 23- Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 24- 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, 2020.
- 25- 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. 2020 Dec 09.
- 26- Brasil. Edital nº 1, de 28 de abril de 2021. Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Diário Oficial da União. 2021 Apr 29.
- 27- Rede de Escolas Técnicas do SUS. Manifestação da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS) sobre o “programa saúde com agente”. [Internet][Cited 2021 Jun 20]; 2020 Dec 03. Available from: https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/2020_Manifesta%C3%A7%C3%A3o%20T%C3%A9cnica%20Programa%20Sa%C3%BAde%20com%20Agente.pdf.
- 28- Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2006; 15(01):679-84. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>.
- 29- Martins LR. Teoria das profissões e a análise dos fundamentos do serviço social. Revista on-line de filosofia e ciências humanas, 2015; 20: 64-81. Available from: <https://www.verinotio.org/conteudo/0.46616944434696.pdf>.

- 30- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 564 de 6 de novembro de 2017. [Cited 2021 Jul 16] Available from:
http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html.
- 31- Brasil. Lei nº 13.708, de 14 de agosto de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para modificar normas que regulam o exercício profissional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Diário Oficial da União, 2018 Oct. 23.
- 32- Freidson E. Professionalism. The third logic. Chicago: The University of Chicago Press, 2001. 240p.
- 33- Brito RS, Ferreira NEMS, Santos DLA. Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. *Sau. & Transf. Soc* [internet]. 2014; 05(1): 16-21. Available from:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2178-70852014000100004&script=sci_abstract&tlng=pt.
- 34- Göttems LBD, Alves ED, Sena RR. A enfermagem brasileira e a profissionalização de nível técnico: análise em retrospectiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet], 2007;15(05). Available from:
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000500023>.
- 35- Marzari CK, Junges JR, Selli L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2011; 16(suppl 1):873-80. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700019>.
- 36- Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 2564, de 2020. Altera a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, para instituir o piso salarial nacional do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira. [Cited 2021 Jul 16] Available from:
<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/141900>.
- 37- Cortez ACL, Silva CRL, Silva RCL, Dantas EHM. Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. *Enfermagem Brasil* [Internet]. 2019; 18(5): 700-9. Available from:
<https://doi.org/10.33233/eb.v18i5.2785>.
- 38- Tavares J, Lovate T, Andrade I. Transição epidemiológica e causas externas de mortalidade na região sudeste do Brasil. *Revista de Geografia e Ordenamento do Território (GOT)*. 2018;15: 453-79.
- 39- Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços

- de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017; 51 (Supl 1):4. Available from: [1shttps://doi.org/10.1590/S1518-8787.201705100009](https://doi.org/10.1590/S1518-8787.201705100009).
- 40- Oliveira FKF, Prado LOM, Silva HS, Barreto IDC, Reis FP, Lima SO. Avaliação de mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: perfil epidemiológico em Sergipe [Internet]. *Temas em saúde*. 2019; 19(06): 210-27. Available from: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2020/01/19611.pdf>.
- 41- Méllo LMBD, Albuquerque PC, Santos RC, Felipe DA, Queirós AAL. Agentes Comunitárias de Saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25 (Supl. 1): e210306. Available from: <https://doi.org/10.1590/interface.210306>.
- 42- Durão AV, Lacerda A, Chinelli F, Lopes MR, Morosini MV, Vieira M, Carvalho VFD. Analisando o processo de qualificação do Agente Comunitário de Saúde (ACS). In: Monken M, Dantas, AV (Org). *Estudos de Politecnia*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.
- 43- Loureiro LH, Diogo MA, Braga T, Machado FV, Marcellini PS, Tonini T. O trabalho e a formação do agente comunitário de saúde. *Revista Práxis* [Internet]. 2017; 9(17): 103-11. Available from: <https://doi.org/10.47385/praxis.v9.n17.675>.
- 44- Wermelinger MCMW, Boanafina A, Machado MH, Vieira M, Neto FRGX, Lacerda WF. A formação do técnico em enfermagem: perfil de qualificação. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2020; 25(1): 67-78. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27652019>.
- 45- Pinto ICM, Medina MG, Pereira RAG, et al. Avaliação do perfil dos agentes comunitários de saúde no processo de consolidação da atenção primária à saúde no Brasil [relatório de Pesquisa]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva; 2015. 430 p.
- 46- Brasil. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. 2006 Mar 29.
- 47- Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da

- Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 2011 Oct. 24.
- 48- Brasil. 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 da União. 2017 Set 2017.
- 49- Dantas MA, et al. 'Uma semente abrindo a terra para germinar': o processo formativo com educadores/as populares do EdPopSUS. Saúde Debate [Internet]. 2020; 44: 322-34. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012503>.
- 50- Ignácio, PCS. Capitalismo, acumulação flexível e educação profissional no Brasil: polivalência ou politécnica? (Dissertation). São Paulo: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas. 2009 [Cited 2021 Jun 14]. 216 p. Available from: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/251545>.
- 51- Costa MFBNA. A inserção do técnico de enfermagem no mercado de trabalho da baixada santista: fatores dificultadores e facilitadores. [master's thesis] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003. 94p.
- 52- Gusso, GDF, Knupp, D, da Trindade, TG, Junior, NL, Neto, PP. Bases para um novo sanitarismo. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2015; 10(36):01-10. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1056/734>.
- 53- Prado B, Matos E, Moreira E, Rosa H, Matos M, Teixeira SMC. Os conceitos de saber, poder e discurso ideológico analisados segundo a teoria de Michel Foucault. Revista Anagrama: Revista Científica Interdisciplinar da Graduação[Internet]. 2011; 03:01-07. Available from: <https://www.revistas.usp.br/anagrama/article/view/35527>.
- 54- Fonseca AF, Morosini MVGC, Mendonça MHG. Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica. Trab. Educ. Saúde [Internet]. 2013; 11(3):525-52. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462013000300005>.
- 55- Ceolin GF. Capital crisis, work precariousness and impacts on Social Service. Serv. Soc.[Internet]. 2014; 118:239-64. Available from: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/yJQLmgRRmJ8XpYNmzYsP6kf/?format=pdf&lang=pt>.

- 56- Yasbek MC. O significado sócio-histórico da profissão. In: CFESS, ABEPSS, organizadores. Serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS, ABEPSS; 2009. p. 1-25.

Aprendizados e desafios na vivência de discentes de enfermagem com Agentes Comunitários da Saúde: experiência de projeto de extensão

Apprenticeships and challenges in nurse students' experience with Community Health Workers: extension project experience

Aprendizajes y desafíos en la vivencia de educandos de enfermería con Agentes Comunitarios de Salud: experiencia de proyecto de extensión

Letícia Lany de Miranda Medeiros¹

Érica Pereira Alves²

Amanda Alana de Miranda Alves³

Taciana da Costa Farias Almeida⁴

RESUMO:

O Agente Comunitário de Saúde é o profissional que faz o elo entre a comunidade e a atenção primária à saúde, buscando atender as necessidades de saúde da população. No contexto da Pandemia da COVID-19, seu trabalho foi reestruturado, e muitas de suas vivências junto à comunidade foram suprimidas, especialmente, com aqueles usuários que apresentavam o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica. Este manuscrito objetiva relatar a experiência da vivência de discentes de graduação em enfermagem com Agentes Comunitários da Saúde durante ações de educação permanente no período da pandemia da COVID-19. A vivência aconteceu no período de agosto a dezembro de 2020, durante a realização do projeto de extensão intitulado: Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Pandemia da COVID-19 - capacitar para transformar a população de pessoas com hipertensão arterial

¹ Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, leticia.lany12@gmail.com

² Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

³ Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

⁴ Professora orientadora; Doutora, Professora da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

em agentes populares de saúde; o qual envolveu quatro discentes do curso de Enfermagem que desenvolveram atividades de educação permanente com 16 profissionais de forma remota, por meio da plataforma do *Google meet* e redes sociais (*WhatsApp e Instagram*). O projeto foi desenvolvido pela Universidade Federal de Campina Grande, situada em Campina Grande, na Paraíba. O resultado do projeto mostrou possível, inovador e desafiante no contexto vivenciado, oportunizando aprendizados essenciais para a formação do enfermeiro e maior reconhecimento sobre a importância do processo de trabalho desses profissionais.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Hipertensão; Educação Permanente.

ABSTRACT:

The Community Health Worker is a professional that link the community and the Primary Health Care. In the COVID-19 pandemic context, their job was reorganized and most part of their experiences with the community was suppressed, especially, with those individuals that have the diagnose of Arterial Hypertension. This manuscript aims to report the experience of nursing students with Community Health Workers during the permanent education actions in the COVID-19 time period. The experience occurred in the term of August to December of 2020 through the extension project: Community Health Workers in the COVID-19 pandemic context: enabling to transform the hypertensive patients population into popular health agents. As a result, the permanent education activities where remotely developed by four nursing students, through the online platform Google Meet and social networks (WhatsApp and Instagram). The project was developed in the Federal University of Campina Grande, in the state of Paraíba. The outcome in that context showed up to be possible, innovating and challenging, creating essentials opportunities to the nurse graduation and acknowledging about the importance of the Community Health Workers work process.

Keywords: Community Health Workers; Hypertension; Education; Continuing.

RESUMEN:

El Agente Comunitario de Salud es el profesional que forma el vínculo entre la comunidad y la atención primaria de salud, buscando satisfacer las necesidades de salud de la población. En el contexto de la Pandemia COVID-19, se reestructuró su trabajo y se suprimieron muchas de sus experiencias con la comunidad, especialmente con aquellos usuarios que tienen el diagnóstico de Hipertensión Arterial. Este manuscrito tiene como objetivo reportar la experiencia de los estudiantes de enfermería de la experiencia con Agentes

Comunitarios de Salud durante las acciones de educación permanente durante el período de la pandemia COVID-19. La experiencia se desarrolló de agosto a diciembre de 2020, durante la culminación del proyecto de extensión titulado: Agentes Comunitarios de Salud en el ámbito de la Pandemia COVID-19 - capacitación para transformar a la población de personas con hipertensión arterial en agentes populares de salud; que involucró a cuatro estudiantes del curso de Enfermería, quienes desarrollaron actividades de educación permanente con profesionales de manera remota, a través de la plataforma Google meet y las redes sociales (WhatsApp e Instagram). El proyecto se ha desarrollado en la Universidad Federal de Campina Grande, en el estado de Paraíba. La experiencia resultó ser posible, innovadora y desafiante en el contexto vivido, brindando oportunidades de aprendizaje esencial para la formación de enfermeras y un mayor reconocimiento de la importancia del proceso de trabajo de estos profesionales.

Palabras clave: Agentes Comunitarios de Salud; Hipertensión; Educación Continua.

INTRODUÇÃO

A reforma do modelo assistencial em saúde no Brasil, incentivada pelo Movimento Sanitário, no final da década 1980, criou o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação social. Diante do processo dessa construção, ao longo dos últimos de 32 anos, na Atenção Primária à Saúde (APS), contemplaram-se diversas propostas de organização dos serviços de saúde, entre as quais destacaram-se a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a partir de 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994 que, posteriormente, passou a ser considerado como Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 1997^{1,2}, dentre as diferentes classes de profissionais que compõe a equipe multiprofissional de saúde da atual ESF, destaca-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

O ACS é considerado o profissional que faz o elo entre a comunidade e a Atenção Básica, visto que ele tem conhecimento da população adscrita e tem vínculo com aquela realidade local. Neste sentido, as suas ações tornam-se indispensáveis, sendo suas principais atribuições a orientação dos usuários

para o uso apropriado dos serviços de saúde e informar aos membros da equipe de saúde sobre a dinâmica da comunidade. Alguns possíveis desafios para os ACS são a hierarquia no ambiente de trabalho, a formação de vínculo num cenário com discrepantes vulnerabilidades, e a necessidade de constante atualização.^{3,4}

Esse profissional tem suas ações baseadas em pressupostos da Vigilância em Saúde, suporte essencial para compreender e orientar as situações-problema da comunidade, famílias e indivíduos, estando sempre atento às necessidades da população. Desse modo, para um melhor desempenho de suas funções, torna-se necessário que os ACS sejam atualizados por meio de capacitações e treinamentos adequados, que englobam procedimentos técnicos, desenvolvimento de atividades educativas e preventivas junto à população, entre outros saberes.^{4,5}

Dessa maneira, uma das alternativas para a capacitação destes profissionais é a realização de ações de educação permanente, que podem também ser desenvolvidas através de atividades de extensão universitárias. Esses momentos de educação permanente, devem considerar as demandas de um território específico, suas complexidades e realidades, a fim de propiciar melhorias no processo de trabalho dos ACS e atendimento às necessidades da população adscrita.⁶

A extensão universitária, prevista no modelo educacional superior, “é um processo educativo, cultural e científico que articula o ensino e a pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre a universidade e a comunidade”⁷. Diante disso, no cenário da educação superior, torna-se possível compreendê-la como a prática acadêmica promotora e produtora do conhecimento, facilitando a troca e o processo educativo, tornando-se catalisadora do Ensino e da Pesquisa, compondo efetivamente o tripé de sustentação do Ensino Superior do Brasil.

Com isso, os discentes de graduação, podem, em projetos acadêmicos de extensão, vivenciar a realidade de diversos cenários que serão, no futuro,

sua área de atuação. Bem como, têm a oportunidade de promover iniciativas dentro de diferentes áreas, diante do compromisso das Instituições de Ensino Superior com a sociedade, entre elas a comunicação, a educação, a saúde e a tecnologia⁸. Ainda, o processo de extensão torna-se importante para o estudante em formação, pois a prática poderá aperfeiçoar e aprimorar o aprendizado teórico adquirido durante o curso, melhorando a autoconfiança.

Diante do exposto, o presente artigo tem como objetivo relatar a experiência da vivência de discentes de graduação em enfermagem com Agentes Comunitários da Saúde durante ações de educação permanente no período da pandemia do COVID-19.

1 Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência que foi desenvolvido a partir do Projeto de Extensão intitulado “Agentes Comunitários de Saúde no Âmbito da Pandemia do COVID-19: capacitar para transformar a população de pessoas com hipertensão arterial em agentes populares de saúde”, realizado pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, em Campina Grande, no estado da Paraíba. Os estudos descritivos têm o objetivo de apresentar as características de determinado fenômeno ou população, sendo o relato de experiência utilizado para refletir acerca de ações vivenciadas no contexto profissional.^{9,10}

Os momentos desenvolvidos no decorrer do projeto foram conduzidos por quatro discentes do curso de Enfermagem e pela professora orientadora durante os meses de agosto a dezembro de 2020. Todos os encontros foram realizados pela plataforma online *Google Meet*, em decorrência da suspensão das atividades presenciais devido ao contexto da pandemia da COVID-19. Participaram dos encontros 16 ACS de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Campina Grande, Paraíba.

No momento inicial do desenvolvimento do projeto, houve contato com os ACS e Enfermeiras das respectivas UBS para a apresentação e discussão do projeto e dos seus objetivos, além da identificação das demandas que os ACS apresentavam frente às necessidades da população com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) durante o período da pandemia do COVID-19.

Foram definidos os dias e os horários fixos para o acontecimento dos encontros entre os ACS, discentes e orientadora. Os momentos tinham duração de duas horas semanais, que podiam ser estendidos ou reduzidos de acordo com as demandas, ocorriam na de forma *online* síncronos nas quartas-feiras ou sextas-feiras de cada semana.

Ocorriam ainda, reuniões semanais entre as discentes e orientadoras para o planejamento e discussão sobre os materiais e assuntos a serem apresentados nos próximos encontros com os ACS. Selecionaram-se metodologias ativas e participativas que pudessem aproximar o contato com o público-alvo (ACS) e tornar o encontro dinâmico, tais como: *quiz*, jogos, questões de verdade ou mito e de múltipla escolha. E, para a condução do encontro, foram aplicadas rodas de conversas, debates de situações específicas da vivência dos ACS e exposição dialogada. Além disso, houve a criação de materiais audiovisuais (*folders* e vídeos) que foram utilizados tanto nos encontros com os ACS, quanto para a disseminação das informações para pessoas com HAS.

Para o acompanhamento de quem estava ativo em reuniões, ao final de cada estratégia/ abordagem de temática com eles eram disponibilizadas listas de presença (*Google Forms*) via chat da reunião, para preencherem com seu nome e a unidade de saúde pertencente, observando-se também a quantidade de pessoas que participavam a cada encontro.

Entre as temáticas apresentadas como demandas dos ACS, a partir da atuação desses com a comunidade, ressaltaram-se: Acolhimento em tempos de Pandemia; Atuação dos Agentes Comunitários em tempos de pandemia e

Hipertensão Arterial; Prática de Exercícios e Atividades Físicas por Hipertensos no Contexto da Pandemia da Covid-19; Alimentação Saudável e Hipertensão; Álcool e Tabagismo X Hipertensão Arterial; Saúde Mental de pessoas com Hipertensão Arterial em tempos de Pandemia; Agentes Comunitários de Saúde e os Desafios Pertinentes à Profissão; Hipertensão Arterial na Gestação; Anti-Hipertensivos e seus Efeitos: Menopausa e Sexualidade; Hipertensão e Adesão Terapêutica ao Tratamento; Obesidade e Hipertensão Arterial; Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial; Hipertensão Arterial em Crianças; e Hipertensão Arterial, Agentes Comunitários e Agentes Populares em Saúde: conhecer para praticar.

2 Resultados e discussão

Em Março de 2020, o surgimento dos primeiros casos da COVID-19, oriunda do vírus SARS COV-2, fez com que medidas preventivas que priorizasse o distanciamento social nas repartições públicas e privadas fossem estabelecidas, com o objetivo evitar a disseminação da Covid-19, o que acarretou a suspensão das aulas presenciais nas Instituições de Ensino Superior (IES), conseqüentemente a paralisação de diversos projetos de extensão.¹¹

Diante dessa situação, foram adotadas estratégias para a continuidade dessas atividades, tendo como principal estratégia, o ensino remoto. Segundo o estudo de Soares, Santana e Comper (2020), o ensino remoto é uma alternativa de ensino por meio de tecnologias digitais para manutenção da rotina de atividades educacionais que seriam ministradas presencialmente.¹²

O ensino remoto oportunizou às discentes envolvidas neste projeto de extensão, o desenvolvimento de novas habilidades no manuseio das ferramentas tecnológicas utilizadas na criação dos conteúdos que foram abordados nas reuniões do projeto, além de proporcionar o aperfeiçoamento no manuseio de tais ferramentas.

As redes sociais, *WhatsApp*® e *Instagram*®, criadas nos anos de 2009 e 2010, respectivamente, têm o intuito de permitir que o usuário compartilhe e experimente momentos com os seguidores por meio da publicação de fotos, textos e vídeos¹³. Dessa forma, tais alternativas foram ferramentas fundamentais para a divulgação de materiais elaborados pelas discentes aos ACS, e dos ACS para a comunidade, devido a sua agilidade e ao amplo e rápido alcance de diversos indivíduos ao mesmo tempo, facilitando ações de promoção de saúde, ainda que remotamente.

Ainda mais, para a definição do dia e horário em que ocorreriam os encontros com os ACS, foram priorizados os horários que os mesmos propuseram, para que o projeto de extensão não provocasse interferência nas suas rotinas de trabalho nas UBS, visto que o ACS é encarregado de diversas funções que exigem o comprometimento com seus turnos de trabalho, tais como: cadastramento das famílias e pessoas de suas áreas; mapeamento da comunidade; coleta de informações necessárias para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; registrar os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos; desenvolver ações que possam integrar a equipe de saúde e população adscrita; informar os usuários sobre datas de consultas e exames; orientação para a correta administração de medicamentos; entre outros.⁴

Este fator abarca um dos aprendizados que as discentes puderam adquirir com os encontros, pois, dessa maneira, puderam conhecer sobre a realização do processo de trabalho dos ACS e em como é feito na comunidade, além de serem introduzidas em uma troca de saberes multiprofissional. Tal vivência torna-se importante devido ao contato que as discentes podem experienciar do ambiente e da realidade no qual produzirão, após a formação, suas ações profissionais.⁷

Além disso, foi de suma importância a participação de outros profissionais da área da saúde (tais como: educador físico, nutricionista, enfermeira e psicóloga), pois propiciou o compartilhamento de temáticas

atualizadas com embasamento científico e exemplificadas de acordo com o contexto atual vivenciado. Em consideração a isso, as experiências multiprofissionais que a extensão proporciona, podem superar o ensino fragmentado e reconhecer as particularidades das diferentes profissões, visto que a equipe multiprofissional se torna indispensável para atenção integral e de qualidade à saúde dos usuários.¹⁴

Observou-se no início das reuniões, que alguns dos ACS tiveram dificuldade para acessá-las via *Google meet*, devido à instabilidade da *internet* e/ou manuseio do aparelho ou da própria plataforma. Já com as discentes, em alguns momentos, ocorreram também instabilidade na *internet*, problemas na transmissão dos materiais a serem apresentados para os ACSs, entre outros imprevistos. Diante das situações, foram realizadas intervenções e orientações com o intuito da resolução dos problemas, tanto para os ACS quanto para as discentes.

Em alguns dos encontros, identificou-se que os ACS e as discentes tiveram alguns obstáculos na interação devido ao momento remoto, o que dificultou a troca de saberes e vivências, mas que foi contornado através da aplicação de metodologias ativas e participativas, como os *quiz*, jogos, questões de verdade ou mito e de múltipla escolha, estratégias que facilitaram o engajamento e interatividade entre os participantes da sala. Segundo o estudo Silveira (2020), um dos desafios evidenciados durante a educação remota foi manter o foco e a motivação dos participantes, uma vez que, existem distrações que possam dispersar a atenção deles.¹⁵

Foram utilizadas estratégias para engajá-los nas temáticas que seriam abordadas nos próximos encontros. Ao final de cada reunião, um momento de discussão, com exposição de vivências dos ACS com os usuários eram oportunizados, e a partir deste momento um dos temas que surgiam sobre a Hipertensão Arterial era priorizado para os próximos encontros. Com isso, para a abordagem de algumas temáticas foram convidados profissionais específicos para conduzir o encontro e sanar dúvidas.

Visto o que foi apresentado, com o projeto, as discentes puderam adquirir e somar saberes nas suas trajetórias universitárias. As vivências se concentraram na articulação de momentos de ensino-aprendizagem de forma remota, ajuste de horários para atividades específicas, condução de roda de conversas, conversas multidisciplinares e produção de tecnologias educativas. Sendo a extensão universitária uma possibilidade para a inserção de professores e alunos na realidade do território extramuros da universidade¹⁶, esta permite a troca de experiências e vivências, que as discentes poderão apoderar e ampliar durante sua vida pessoal, acadêmica e, posteriormente, profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nas vivências percorridas, as discentes puderam aprofundar seus conhecimentos sobre o processo de trabalho do ACS e experimentar atividades multiprofissionais a partir dos momentos com os próprios ACS e com membros da equipe multiprofissional convidados. Além disso, notou-se que os desafios apresentados foram superados e os encontros foram desenvolvidos de forma confortável para todos os presentes.

O projeto de extensão foi encerrado de forma exitosa, e a coordenadora, juntamente com as discentes envolvidas, observaram que as tecnologias utilizadas no processo de ensino-aprendizagem facilitaram a transmissão do conhecimento pela via remota.

Conclui-se que o tempo experienciado no projeto de extensão irá acrescentar, significativamente, na formação profissional e pessoal das discentes envolvidas com o projeto, de forma que as mesmas puderam desenvolver a convivência com os ACS, assim como aprenderam a transpassar os momentos com maiores desafios.

REFERÊNCIAS

- 1- Pedebos LA, Rocha DK, Tomasi Y. A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 24];42(119):940-951. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811912> doi: 10.1590/0103-1104201811912.
- 2- Maciel FB, Santos HL, Carneiro RA, Souza EA, Prado NM, Teixeira CF. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 24];25(Suppl 2):4185-4195. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020> doi: 10.1590/1413-812320202510.2.28102020.
- 3- Baralhas M, Pereira MA. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2013 [cited 2021 Jun 24]; 66(3):358-365. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000300009> doi: 10.1590/S0034-71672013000300009.
- 4- Brasil. 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) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2021 Jan 24]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
- 5- Espínola FD, Costa IC. Agentes comunitários de saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. *Rev. odontol. Univ. Cid. São Paulo* [Internet]. 2006 [cited 2021 Jun];18(1):43-51. Available from: http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/1_janeiro_abril_2006/agentes_comunitarios.pdf.
- 6- Secco AC, Rodrigues PM, Ledur CS, Zanatta E, Mozzaquatro CO, Arpini DM. Educação Permanente em Saúde para Agentes Comunitários: um projeto de promoção de saúde. *Gerais, Rev. Interinst. Psicol.* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 29];13(1):1-17. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202020000100009&lng=pt doi: 10.36298/gerais2020130108.
- 7- Duarte JS. As contribuições da Extensão Universitária para o processo de aprendizagem, a prática da cidadania e o exercício profissional [master's thesis on the Internet]. Brasília: Universidade Católica de Brasília; 2014

- [cited 2021 Jun 28]. 105 p. Available from:
<https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/bitstream/123456789/771/1/Jacildo%20da%20Silva%20Duarte.pdf>.
- 8- Brasil. Resolução nº 7, de 18 de dezembro de 2018. Estabelece as Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira e regimenta o disposto na Meta 12.7 da Lei nº 13.005/2014, que aprova o Plano Nacional de Educação – PNE 2014 – 2024 e dá outras providências [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 2018 [cited 2021 Jun 28]. Available from:
https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/pdf/CNE_RES_CNE_CESN72018.pdf.
- 9- Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002. 176 p.
- 10- Lima LS, França SL. Grupo de trabalho na promoção da saúde de adolescentes: um relato de experiência numa unidade de saúde da família. Arq. Ciênc. Saúde Unipar [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 1];25(2): 145-153. Available from:
<https://doi.org/10.25110/arqsaude.v25i2.2021.8035> doi: 10.25110/arqsaude.v25i2.2021.8035.
- 11- Ministério da Educação. Coronavírus: saiba quais medidas o MEC já realizou ou estão em andamento. Ministério da Educação [Internet]. 2020 Mar 25 [cited 2021 Jul 10];Educação e saúde:[about 7 screens]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/busca-geral/12-noticias/acoes-programas-e-projetos-637152388/86791-coronavirus-saiba-quais-medidas-o-mec-ja-realizou-ou-estao-em-andamento#:~:text=Suspens%C3%A3o%20de%20aulas%20presenciais%20na,atividades%20n%C3%A3o%20presenciais%20substitu%20tivas%2C%20por.>
- 12- Soares TL, Santana IS, Comper ML. Ensino remoto na pandemia de COVID-19: lições aprendidas em um projeto de extensão universitário. Dialogia [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 10];(36):35-48. Available from:
<https://periodicos.uninove.br/dialogia/article/view/18396> doi: 10.5585/dialogia.n36.18396.
- 13- Nunes RK, Maciel GA, Almeida EB, Guedes MR, Henn R. Desafios e adaptações da extensão universitária em tempos de pandemia: relato de experiência. Rev. Ciênc. Plur. [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 10];7(1):211-223. Available from:
<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/23003> doi: 10.21680/2446-

7286.2021v7n1ID23003.

- 14- Alves FA, Medeiros KS, Santos EG, Araújo GK, Santos LM, Souto RQ, et al. A interdisciplinaridade como estratégia de ensino e aprendizagem. Rev. enferm. UFPE on line [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 10];13(e240192). Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/240192> doi: 10.5205/1981-8963.2019.240192.
- 15- Silveira A, Santos NO, Wilhelm LA, Soccol KL, Tisott ZL, Prates LA. Estratégias e Desafios do Ensino Remoto na Enfermagem. Enferm. foco (Brasília) [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 10];11(5):98-103. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4302> doi: 10.21675/2357-707X.2020.v11.n5.4302.
- 16- Silva WP. Extensão universitária: um conceito em construção. Revista Extensão & Sociedade [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 13];11(2):21-32. Available from: <https://periodicos.ufrn.br/extensaoesociedade/article/view/22491> doi: 10.21680/2178-6054.2020v11n2ID22491.

Percepção dos usuários sobre a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde: estudo transversal em município do Extremo Sul Catarinense

Users' perception about the perception of the Community Health Agent: a cross-cutting study in the municipality of Southern Santa Catarina

Percepción de los usuarios sobre la percepción del Agente de Salud Comunitario: estudio transversal en el municipio del Extremo Sur de Santa Catarina

Vanessa Pereira Corrêa
Rafael Zaneripe de Souza Nunes¹
Luciane Bisognin Ceretta
Vanessa Iribarrem Avena Miranda
Lucas Helal
Ana Beatriz Marcolino da Silva
Lisiane Tuon²

RESUMO:

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) executam um papel essencial nos pontos de Atenção Primária à Saúde (APS), sendo reconhecidos por sua abordagem territorial e comunitária, representando um elo dos usuários e suas famílias com os serviços de saúde. Visto os impactos das recentes políticas de saúde e da pandemia no papel e trabalho do ACS, o presente trabalho visa apresentar a percepção dos usuários sobre a atuação destes profissionais em um município do extremo sul Catarinense, visto que o ACS apresenta maior proximidade dos usuários. Trata-se de um estudo transversal, do tipo censo, realizado com usuários de 47 Unidades de Saúde em março de 2021, durante o período pandêmico. Os resultados apontaram um nível de satisfação alta dos usuários frente ao trabalho dos ACS. Entretanto, foi possível observar que 38,9% dos usuários não ou raramente recebiam visitas domiciliares, além de 73% não tirar qualquer dúvida com o ACS responsável pela área onde vive.

¹ Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6195-0400>

² Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0809-0712>

Nesse sentido, foi possível observar um resultado dúbio, que pode ser compreendido de diferentes maneiras, como a dificuldade de expressar a real satisfação quanto ao trabalho do ACS ou até mesmo o contentamento dos usuários com o mínimo de assistência recebida. Por fim, o estudo apesar das limitações apresenta questões importantes a serem consideradas no que tange às pesquisas de satisfação nos serviços de saúde pública do Brasil.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Satisfação do Paciente; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT:

Community Health Agents (CHA) play an essential role in Primary Health Care (PHC) points, being recognized for their territorial and community approach, representing a link between users and their families with health services. Given Impacts Of Recent Health policies and pandemic the role and work of the CHA, the present work aims to present the perception of users about the performance of these professionals in a municipality in the extreme south of Santa Catarina, since the CHA presents greater proximity to the users. This Is a cross-sectional, census-type study carried out with users from 47 Health Units in March 2021, during the pandemic period. The results showed a high level of users satisfaction with the work of ACS. However, it was possible to observe that 38.9% of users did not or rarely receive home visits, and 73% did not ask any questions with the CHA responsible for the area where they live. In this sense, it was possible to observe a dubious result, which can be understood in different ways, such as the difficulty of expressing real satisfaction with the work of the CHA or even the satisfaction of users with the minimum assistance received. Finally, the study, despite its limitations, presents important issues to be considered regarding satisfaction surveys in public health services in Brazil.

Keywords: Community Health Workers; Primary Health Care; Patient Satisfaction; Unified Health System.

RESUMEN:

Los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) juegan un papel fundamental en los puntos de Atención Primaria de Salud (APS), siendo reconocidos por su enfoque territorial y comunitario, representando un vínculo entre los usuarios y sus familias con los servicios de salud. Ante los impactos de las recientes políticas de salud y de la pandemia en el papel y el trabajo de la ACS, el presente trabajo tiene como objetivo presentar la percepción de los usuarios sobre la actuación de estos profesionales en un municipio del extremo sur de Santa Catarina, ya que la ACS está más cerca de los usuarios. Se trata de un estudio transversal, de tipo censal, realizado con usuarios de 47 Unidades de

Salud en marzo de 2021, durante el período de pandemia. Los resultados mostraron un alto nivel de satisfacción de los usuarios con el trabajo de ACS. Sin embargo, fue posible observar que el 38,9% de los usuarios no recibió o rara vez recibió visitas domiciliarias, y el 73% no hizo ninguna consulta con la ACS responsable del área donde vive. En ese sentido, fue posible observar un resultado dudoso, que puede entenderse de diferentes maneras, como la dificultad de expresar una satisfacción real con el trabajo de la ACS o incluso la satisfacción de los usuarios con la mínima asistencia recibida. Finalmente, el estudio, a pesar de sus limitaciones, presenta cuestiones importantes a considerar en relación con las encuestas de satisfacción en los servicios públicos de salud en Brasil.

Palabras clave: Agentes Comunitarios de Salud; Atención Primaria de Salud; Satisfacción del Paciente; Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é instituída como porta de entrada prioritária e centro de comunicação das redes de atenção à saúde, atuando de acordo com os princípios da universalidade, equidade e integralidade, considerando as demandas territoriais e os determinantes de saúde¹. Dentre as várias formas de organização da APS no país, seu maior marco deu-se por meio da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), que posteriormente acabou sendo reconhecida como Estratégia Saúde da Família (ESF) em virtude de suas potencialidades e capacidade organizativa no sistema de saúde brasileiro.^{2,3}

Nesse sentido, com a implantação do PSF, foi possível observar a inserção do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na APS, figurando-se como um profissional de caráter híbrido, que estabelece uma interface entre os saberes populares e médico-científicos^{4,5}. Em virtude de sua atuação com foco territorial, os ACS são elementos centrais nas ações em saúde, realizando diversas atividades, como: cadastramento e visita familiar, orientações quanto aos serviços de saúde, estratificação de risco em saúde, encaminhamento e agendamento de consultas/exames, e práticas de educação em saúde.⁶

O estabelecimento da vinculação territorial do ACS constitui-se também como elo entre os moradores do território, o que implica numa prática que é permeada pela realidade subjetiva-afetiva nas relações de cuidado que este exerce no seu cotidiano de trabalho⁵. Entende-se que a constituição do vínculo com as famílias⁷ e usuários potencializa o trabalho do ACS, facilitando ações de prevenção, promoção e acesso à saúde.^{5,7}

Entretanto, mesmo com as facilidades proporcionadas pela vinculação territorial, os ACS muitas vezes encontram barreiras na execução de seu trabalho, como a dificuldade de acesso a certas residências, recusa das visitas por usuários, fragilização no trabalho em equipe e falta de reconhecimento profissional⁸. Isso pode ser explicado em parte por conta da prevalência da cultura institucional e social do modelo biomédico, que acaba por deslegitimar em várias ocasiões as falas e atuações do ACS no sistema público de saúde.⁷

Esse tensionamento identitário quanto à figura do ACS reflete no não-reconhecimento do seu trabalho territorial, e também se expressa na precarização do seu vínculo empregatício e das suas condições de trabalho^{7,9}. Por conta do trabalho do ACS se fundamentar nas diversas necessidades sociais, emocionais e de saúde do território, é manifesto um estranhamento quanto a essa tríplice atuação, levando a um processo de pressão para o cumprimento de metas prioritariamente relacionadas às demandas de saúde dos serviços da rede.⁹

Além disso, podemos somar a problemática do contexto pandêmico da *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), que reconfigurou os processos de trabalho na APS, impactando negativamente territórios que já se encontravam fragilizados e em situação de vulnerabilidade, a continuidade do cuidado, os fluxos assistenciais e o trabalho dos ACS *in loco*¹⁰. Apesar dos pontos levantados, entende-se que o trabalho do ACS nesse cenário é imprescindível e estratégico, auxiliando no acompanhamento dos grupos de risco, no controle da disseminação do vírus e no monitoramento dos usuários do território.¹¹

Sendo assim, entendendo a importância do trabalho do ACS e sua estreita relação com a qualidade dos pontos da APS, o presente trabalho objetiva apresentar a percepção dos usuários sobre a atuação dos ACS em um município do extremo sul Catarinense. Entende-se que a compreensão do trabalho desse profissional proporciona uma visão ampliada do funcionamento da rede, em decorrência de sua atuação territorial-comunitária. Além disso, o presente estudo pretende contribuir com a compreensão, reflexão e discussão sobre o impacto das alterações na Política Nacional da Atenção Básica mais recente.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, do tipo censo, realizado com usuários presentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do extremo sul catarinense, em março de 2021, durante o período pandêmico. No total, são 47 unidades de saúde – entre ESF, UBS e ESF/UBS. Dessas, três (unidades) participaram do estudo piloto, como modo de padronizar e adaptar o questionário usado, e dessa forma, não fazendo parte da amostra final. As unidades eram divididas em seis distritos, descritas no presente estudo pela numeração I a VI.

Em relação ao instrumento de pesquisa, foram utilizados três questionários, sendo: Bloco A – sobre a estrutura física da unidade, como disponibilidade de insumos, disponibilidade de imunobiológicos, acessibilidade e condições da instalação; Bloco B – atribuições dos profissionais de saúde da APS, a fim de compreender suas percepções sobre o processo e organização do trabalho e; Bloco C – percepção dos usuários sobre os procedimentos, organização, funcionamento, satisfação e participação social. A construção dos questionários foi baseada no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) que tinha o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção

básica, além de produzir maior transparência e efetividade das ações do governo nesse nível de atenção à saúde. Apesar de baseados no PMAQ, os questionários foram reestruturados conforme a demanda elencada pelo município. O Bloco A e Bloco B foram aplicados, preferencialmente, com o gerente da unidade ou um funcionário com nível superior, da área da saúde e com mais de 6 meses de experiência naquela unidade. Já o bloco C foi respondido por quatro usuários do serviço.

Para o presente estudo, foram utilizadas as variáveis de caracterização (sexo, idade, escolaridade, cor da pele e situação ocupacional) e as variáveis do desfecho que eram questões relacionadas ao cuidado dos ACS - os participantes eram questionados - sobre o ACS que era responsável pela microárea em que ele morava - se o ACS visitava a sua casa (sim, não, raramente, não sabe/não lembra/não respondeu; se suas dúvidas eram tiradas com o ACS (sim, não, não sabe/não lembra/não respondeu). Por fim, eram questionados sobre a satisfação com o cuidado recebido pelo ACS (nota de 0 a 10). Todos os dados aqui utilizados foram coletados diretamente do Bloco C.

O projeto foi realizado sob aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE: 48125421.8.0000.0119). Os dados foram tabulados no programa *Microsoft Excel* e analisados no *Software for Statistics and Data Science – Stata versão 14.0*.

RESULTADOS

Ao todo foram entrevistados 173 usuários dos estabelecimentos APS (UBS, ESF, UBS/ESF). Em média, foram entrevistados 04 usuários por unidade. Por distrito, a distribuição ficou: Distrito I – 21,4%, Distrito II – 20,8%, Distrito III – 20,8%, Distrito IV – 15,5%, Distrito V – 11,3% e Distrito IV – 10,1%.

A Tabela 1 apresenta o perfil dos respondentes. A maioria era do sexo feminino (61,1%), média de 50,0 anos de idade (DP: 16,2), cor da pele branca

(75,1%) e ensino fundamental incompleto (32,4%). Dos respondentes, 1,16% eram gestantes (1,16%) e 11,6% eram idosos. Em relação à situação ocupacional (não apresentado em tabelas), maioria era aposentado/pensionista (34,1%), seguido de assalariado com carteira de trabalho assinada (26,6%). Além disso, a renda familiar mensal era entre 1 e 3 salários-mínimos (69,0%), na maioria e 31,2% declararam receber auxílio emergencial.

Tabela 1 - Características dos usuários entrevistados

	n	%
Sexo (N=167)		
Masculino	65	38,9
Feminino	10	61,1
Escolaridade (N=173)		
Apenas alfabetizado	5	2,9
Ensino Fundamental Incompleto	56	32,4
Ensino Fundamental Completo	27	15,6
Ensino Médio Incompleto	21	12,1
Ensino Médio Completo	44	25,4
Ensino Superior Incompleto	5	2,9
Ensino Superior Completo	7	4,0
Pós-graduação	8	4,6
Cor da pele (N=172)		
Branca	13	75,6
Preta	19	11,0
Amarela	4	2,3
Parda	15	8,7
Indígena	2	1,2

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Quando questionados se o ACS visitava a sua casa, a maioria dos usuários declarava que sim (57,8%). Em contrapartida, 21,1% declararam que

não visitava e 17,8% declararam que visitava raramente. Já quando foram questionados se as suas dúvidas eram tiradas com o ACS, a maioria declara que não (73,0%). Em relação a satisfação com o cuidado, os pacientes poderiam dar nota de 0 a 10. A média ficou 9,8 com desvio padrão de 2,0.

Outro achado relevante, foi em relação ao acompanhamento das pessoas que têm condições crônicas. Dos que tinham hipertensão arterial sistêmica (HAS), 27,8% declararam nunca receber visita do ACS na sua casa e 41,4% raramente receberam. Já aqueles com diabetes mellitus (DM), 17,1% afirmam que nunca receberam a visita do ACS e 7,7% que raramente receberam a visita.

DISCUSSÃO

Apesar da grande presença do público masculino na presente amostra (65%), estudos apontam que em geral nas amostras o público feminino é quem mais frequenta ou está presente nos pontos de APS.¹²⁻¹⁶

Junto a isso, destacamos que os dados encontrados referentes à escolaridade dos usuários na APS vão ao encontro dos estudos conduzidos por Ascef et al.¹², Guibu et al.¹³ e por Mendes, Silva e Ferreira¹⁴, onde encontra-se uma maior prevalência de usuários com Ensino Fundamental Incompleto e/ou Ensino Médio Completo, diferenciando-se entretanto, nos estudos multicêntricos de Ascef et al.¹² e Guibu et al.¹³, em decorrência da maior prevalência de usuários não-brancos na rede, o que pode ser explicado pela abrangência territorial das pesquisas. Nesse sentido, entende-se que além da população com baixo nível educacional ser mais prevalente nos pontos da APS, essa variável também pode ser compreendida como um fator de risco, refletindo negativamente no autocuidado e na prevalência de condições crônicas de saúde.^{12,14,17}

Além disso, é possível encontrar diversos outros fatores de risco e vulnerabilidade na amostra do estudo quando se trata de uma análise baseada

nos determinantes sociais de saúde. Sendo assim, quando se fala de vulnerabilidades é importante ter-se a noção da interrelação das condições sanitárias, de vida, escolaridade e cobertura assistencial dos serviços da APS no impacto direto da situação de saúde populacional^{18,19}. Entende-se, portanto, que pelo seu potencial comunitário e sua capilaridade, a APS associada a ESF é uma estratégia nas políticas de saúde para a garantia da equidade, mas em decorrência das recentes mudanças na sua condução organizacional, principalmente no que tange ao papel do ACS na APS, vemos seus princípios ameaçados, podendo refletir na cobertura assistencial.²⁰

No levantamento realizado, encontramos um índice de 38,9%, levando em consideração os usuários que não recebem visitas ou que raramente recebem, o que denota pontos importantes a serem observados na rede municipal de saúde, já que as visitas domiciliares são parte integrante do cuidado continuado e da vinculação dos usuários com a os serviços da rede. Nunes et al.²¹ também destaca a importância das visitas domiciliares como atividade basilar do ACS no desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, mas chama a atenção para que caso ocorra um comprometimento organizacional na falta de acompanhamento das famílias e busca ativa, isso possa indicar uma baixa participação da equipe de saúde no planejamento destas ações, refletindo no funcionamento do serviço.

Além disso, o presente estudo aponta a descontinuidade no acompanhamento de usuários com condições crônicas, principalmente aqueles que apresentam HAS. Embora essa situação já pudesse ser encontrada em períodos pré-pandemia, a crise sanitária advinda pela COVID-19 cerceou ainda mais o acesso à saúde, principalmente aos usuários com condições crônicas, que além de serem privados do acesso seguro ao seu tratamento, foram afetados por aspectos concernentes ao próprio isolamento social, como a má alimentação, o sedentarismo, e a disponibilidade de medicamentos.^{10,22-24}

Outro aspecto a ser considerado, é que pela indefinição do papel do ACS na equipe, este pode ser alocado em atividades de cunho burocrático e/ou

administrativo, prejudicando seu envolvimento e mobilização para uma atuação comunitária e orientativa à população²⁵. Entretanto, apesar dos problemas elencados quanto ao papel do ACS, a equipe de saúde também entende a importância deste profissional na prestação do cuidado continuado, considerando sua representação enquanto elo do serviço de saúde para com o usuário e sua família.²⁶

Somado às problemáticas levantadas, destaca-se o índice marcante de 73,0% dos usuários que responderam não tirar quaisquer dúvidas com os ACS. Dessa forma, deve-se salientar que dentro das atribuições dos ACS, encontra-se a necessidade de responsabilizar-se pelo cuidado e construir ações de educação em saúde para população, o que denota um ponto preocupante, visto o número de usuários que não vinculam esse papel ao ACS.^{6,27}

Além disso, para os ACS que procuram desenvolver ações e estratégias de educação em saúde, alguns obstáculos podem ser encontrados, como a resistência da população a esse tipo de abordagem, falta de apoio da gestão municipal para desenvolver as ações e a vinculação cultural ao modelo assistencial biomédico, dificultando a concretização da longitudinalidade do cuidado^{28,29}. Na mesma perspectiva, visto a complexa dimensão dos processos de educação em saúde, é necessário investimentos específicos para a instrumentalização do ACS, que por vezes, embora expresse uma legítima vontade de executar tais ações, pode não se sentir seguro a realizá-las.⁶

Relativo à satisfação dos usuários que apresentou uma média de 9,8% em uma escala de 0-10, pode-se afirmar uma dissonância nos resultados da pesquisa, visto a lacuna assistencial nas visitas domiciliares e na própria vinculação com o ACS, expressa pela não abertura em tirar dúvidas com esses profissionais. A investigação de satisfação dos usuários encontra-se estritamente relacionada com a própria qualidade dos serviços de saúde ofertados, logo, para que se possa melhor estruturá-los é essencial avaliar a percepção dos usuários que dele usufruem^{30,31}. Destaca-se ainda no sentido avaliativo, que a satisfação dos usuários também está ligada a aplicação das

tecnologia-leves, como ser chamado pelo nome, ser cumprimentado, reconhecido e acolhido, todos esses aspectos expressam as características vinculativas e de responsabilização na relação usuário-profissional.³²

Apesar do alto índice de satisfação, é esperado que dados como esses possam ser enviesados no momento de sua coleta, visto que usuários de serviços públicos podem expressar receio em perder o direito ao serviço e/ou gratidão frente aos profissionais que lhe atendem³³. Entretanto, a implantação da ESF resulta em uma diminuição das barreiras e ampliação do acesso aos serviços de saúde, resultando em uma maior satisfação dos usuários em virtude dos novos aspectos organizativos da APS³⁴. Portanto, talvez na percepção dos usuários, mesmo com as lacunas apresentadas, a mínima ampliação do acesso pode ser encarada como um fator que impacta significativamente na satisfação se comparada com o modelo tradicional de cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do presente estudo contemplam o objetivo de apresentar a percepção dos usuários sobre a atuação dos ACS e destacam a relevância de questões centrais, como a construção de vínculo que proporciona longitudinalidade, integralidade e humanização do cuidado, visto que o trabalho dos ACS acontece a partir de uma tecnologia relacional de cuidado com usuários.

Embora as questões do presente estudo não sejam realizadas com recorte de tempo do período pré-pandêmico, é importante destacar o viés de memória dos participantes que podem recordar-se do cuidado oferecido anteriormente. Nesse caso, destaca-se que os ACS tiveram o seu trabalho impactado, por muito tempo, não podendo realizar as visitas devido aos decretos municipais. Para além de prejudicar o vínculo entre o usuário e a ESF, a ausência do ACS visitando os usuários durante esse período, pode tornar-se um fator de risco para surgimento de novas condições crônicas ou

descompensação dos casos já existentes. Achado esse que se torna ainda mais relevante quando se observa a ausência de acompanhamento dos participantes com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica encontradas nos resultados.

Outra limitação do estudo é em relação aos participantes. A partir do momento que são entrevistados apenas os usuários do serviço, não é feito o contato com aqueles que não conseguem acessar. Para isso, sugere-se a realização de um estudo de base populacional, que entreviste uma amostra aleatória daqueles cadastrados, mas que não estão necessariamente dentro da unidade. Em contrapartida, essas limitações não excluem a potencialidade do presente estudo que apresenta achados de todas as unidades de uma cidade de porte populacional médio.

REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. 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) [Internet]. Diário Oficial da União. 2017. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
- 2- Paim JS. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? Saúde debate. SciELO Brasil; 2012; 36(94):343-7. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JYWNGPwpd8wnc97Zdz8H65N/?lang=pt&format=pdf>.
- 3- Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. Ciên Saúde Colet [Internet]. 2016; 21(5):1499–10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501499&lng=pt&tlng=pt.
- 4- Nunes M de O, Trad LB, Almeida B de A, Homem CR, Melo MCI de C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Pública [Internet]. 2002; 18(6):1639–46. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600018&lng=pt&tlng=pt.

- 5- Pinto AGA, Palácio MAV, Lôbo AC, Jorge MSB. Vínculos subjetivos do Agente Comunitário de Saúde no território da estratégia saúde da família. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2017; 15(3):789–02. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000300789&lng=pt&tlng=pt.
- 6- Costa S de M, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciêñ Saúde Colet* [Internet]. 2013; 18(7):2147–56. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700030&lng=pt&tlng=pt.
- 7- Bezerra YR do N, Feitosa MZ de S. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. *Ciêñ Saúde Colet* [Internet]. 2018; 23(3):813–22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300813&lng=pt&tlng=pt.
- 8- Nascimento VF do, Terças ACP, Hattori TY, Graça BC da, Cabral JF, Gleriano JS, et al. Dificuldades apontadas pelo Agente Comunitário de Saúde na realização do seu trabalho. *Saúde (Santa Maria)* [Internet]. 2017; 43(1):60. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/23119>.
- 9- Nogueira ML. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. *Saúde Soc*[Internet]. 2019; 28(3):309–23. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000300309&tlng=pt.
- 10- Maciel FB, Santos HLPC dos, Carneiro RA da S, Souza EA de, Prado NM de BL, Teixeira CF de S. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. *Ciêñ Saúde Colet* [Internet]. 2020; 25(suppl 2):4185–95. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006804185&tlng=pt.
- 11- Duarte RB, Medeiros LMF, Araújo MJA de M, Cavalcante ASP, Souza EC de, Alencar OM de, et al. Agentes Comunitários de Saúde frente à COVID-19: Vivências junto aos profissionais de enfermagem. *Enferm*

- Foco [Internet]. 2020; 11(1.ESP). Available from:
<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3597>.
- 12- Ascef BDO, Haddad JPA, Álvares J, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio F de A, et al. Health-related quality of life of patients of Brazilian primary healthcare. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017; 51(suppl.2). Available from:
<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139759>.
 - 13- Guibu IA, Moraes JC de, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio F de A, Costa KS, et al. Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017; 51(suppl.2). Available from:
<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139743>.
 - 14- Mendes FDA, Silva MP da, Ferreira CRS. Diagnósticos de enfermagem em portadores de hipertensão arterial na atenção primária. *Estação Científica (UNIFAP)* [Internet]. 2018; 8(1):91. Available from:
<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/3482>.
 - 15- Cristo DA de, Cristo SCA de. Saúde do homem: um estudo realizado na unidade de saúde da pedreira em Belém, Pará. *APS EM REVISTA* [Internet]. 2019; 1(2):162–9. Available from:
<https://apsemrevista.org/aps/article/view/25>.
 - 16- Borba AK de OT, Arruda IKG, Marques AP de O, Leal MCC, Diniz A da S. Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. *Ciêns Saúde Colet* [Internet]. 2019; 24(1):125–36. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000100125&tlng=pt.
 - 17- Perillo RD, Poças KC, Machado IE, Bernal RTI, Duarte EC, Malta DC. Fatores associados à utilização da atenção primária pela população adulta de Belo Horizonte, Minas Gerais, segundo inquérito telefônico. *Reme Rev Min Enferm* [Internet]. 2020; 24. Available from:
<http://reme.org.br/artigo/detalhes/1446>.
 - 18- Castro ALB de, Andrade CLT de, Machado CV, Lima LD de. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015; 31(11):2353–66. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001102353&lng=pt&tlng=pt.

- 19- Paiva RF da P de S, Souza MF da P de. Associação entre condições socioeconômicas, sanitárias e de atenção básica e a morbidade hospitalar por doenças de veiculação hídrica no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018; 34(1). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000105003&lng=pt&tlng=pt.
- 20- Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF de, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2021; 26(suppl 1):2543–56. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021001502543&tlng=pt.
- 21- Nunes CA, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, Pinto Júnior EP, Luz LA da. Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. *Saúde Debate* [Internet]. 2018; 42(spe2):127–44. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000600127&tlng=pt.
- 22- Borges KNG, Oliveira RC, Macedo DAP, Carmo Santos J do, Pellizzer LGM. O impacto da pandemia de COVID-19 em indivíduos com doenças crônicas e a sua correlação com o acesso a serviços de saúde. *Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago*. 2020; 6(3):e6000013–e6000013. Available from: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/240>.
- 23- Costa CLA, Costa TM, Barbosa Filho VC, Bandeira PFR, Siqueira RCL. Influência do distanciamento social no nível de atividade física durante a pandemia do COVID-19. *Rev. bras. ativ. fís. saúde* [Internet]. 2020; 25:1–6. Available from: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14353>.
- 24- Steele EM, Rauber F, Costa C dos S, Leite MA, Gabe KT, Louzada ML da C, et al. Mudanças alimentares na coorte NutriNet Brasil durante a pandemia de covid-19. *Rev. saúde pública* [Internet]. 2020; 54:91. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/174857>.
- 25- Pedraza DF, Santos I. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba. *Interações (Campo Grande)* [Internet]. 2017; 97–105. Available from: <https://interacoesucdb.emnuvens.com.br/interacoes/article/view/1507>.

- 26- Brasil CCP, Silva RM da, Bezerra IC, Vieira LJE de S, Figueiredo M do LF, Castro FRVF, et al. Percepções de profissionais sobre o agente comunitário de saúde no cuidado ao idoso dependente. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2021; 26(1):109–18. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000100109&tlng=pt.
- 27- Lopes RE, Malfitano APS, Palma AM, Furlan PG, Brito EM de. Educação e saúde: territórios de responsabilidade, comunidade e demandas sociais. *Rev. bras. educ. méd* [Internet]. 2012; 36(1 suppl 1):18–26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200003&lng=pt&tlng=pt.
- 28- Silva JMA, Batista BD, Carmo AP do, Gadelha MMT, Andrade ME de, Fernandes MC. Dificuldades experienciadas pelos Agentes Comunitários de Saúde na realização da educação em saúde. *Enferm Foco* [Internet]. 2019; 10(3). Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1818>.
- 29- Esmeraldo GR de OV, Conde de Oliveira L, Esmeraldo Filho CE, Maia de Queiroz D. Tensão entre modelo biomédico e estratégia saúde da família: percepções dos trabalhadores de saúde. *Revista de APS* [Internet]. 2017; 20(1). Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15786>.
- 30- Moraes VD, Campos CEA, Brandão AL. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. *Physis: Rev. saúde colet* [Internet]. 2014; 24(1):127–46. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100127&lng=pt&tlng=pt.
- 31- Ferreira J, Weber CAT. Satisfação do usuário como indicador de qualidade da assistência da estratégia saúde da família: uma revisão da literatura. *Rev. Saúde Pública St. Catarina*. 2018; 11(1):46–62. Available from: <http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/608/416>.
- 32- Ferri SMN, Pereira MJB, Mishima SM, Caccia-Bava M do CG, Almeida MCP de. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface comun. saúde educ. SciELO Brasil*; 2007; 11:515–29. Available from: <https://www.scielo.br/j/icse/a/J4NtsS774kLwwFKYV7JJs7g/abstract/?lang=pt>.

- 33- Sena ALC, Ferreira LN, Oliveira RS de, Rocha Kozmhinsky VM da. Acolhimento e satisfação do usuário na estratégia de saúde da família: uma experiência de êxito. *Revista de APS*. 2015; 18(2). Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15471>.
- 34- Cruz JD, Almeida PF de, Figueredo AH, Santos AM dos SM dos. Avaliação do acesso à Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários no município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, Brasil. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2017; 19(5):641–8. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/49356>.

Educação permanente com agentes comunitários de saúde: relato de um curso de extensão universitária em Pernambuco

Permanent education with Community Health Agents: report of a university extension course in Pernambuco

Educación permanente con agentes comunitarios de salud: informe de un curso de extensión universitaria en Pernambuco

Nadrielly da Silva Lima¹
Dara Andrade Felipe²
José Laerton Santos da Silva³
Rosiele de Santana Mendes⁴
Fabiana de Oliveira Silva Sousa⁵

RESUMO:

A educação permanente em saúde foi adotada para desenvolver um curso com Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esses profissionais desempenham papel estratégico no desenvolvimento de ações de educação em saúde, mobilização social e no fortalecimento do vínculo das equipes de saúde com a população do território onde atuam. Além disso, constituem a maior categoria de profissionais da Atenção Primária à Saúde, chegando a mais de 250 mil no Brasil. Esses aspectos reforçam a necessidade de investir na educação permanente em saúde desses trabalhadores com a intenção de fortalecer o nível de atenção onde atuam, especialmente, na sua dimensão comunitária. Esse artigo objetiva relatar o planejamento e implementação desse curso de extensão universitária realizado,

¹ Bacharel em Saúde Coletiva formado pelo Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: nadriellylima@gmail.com

² Psicóloga e sanitária, Doutoranda em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ. E-mail: dara.andradef@gmail.com

³ Psicólogo, Especialista em Saúde da Família, Mestrando em Estudos da Mídia pelo Programa de Pós Graduação em Estudos da Mídia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. E-mail: laerton@outlook.com

⁴ Bacharel em Saúde Coletiva formado pelo Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: rosiele_mendes@hotmail.com

⁵ Fisioterapeuta e sanitária, Doutora em Saúde Pública, Professora do Curso de Saúde Coletiva do Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: fabiana.osilva@ufpe.br

nos meses de junho a julho de 2019, no município de Limoeiro-PE. Essa experiência foi vivenciada por uma equipe de docentes, graduandos de saúde coletiva e residentes de um programa multiprofissional de saúde da família do Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco. O curso foi organizado em três módulos, com as seguintes temáticas: território e processo saúde-doença-cuidado; o trabalho do agente comunitário de saúde; e o processo de trabalho na atenção primária à saúde. A valorização do papel desse trabalhador na construção do Sistema Único de Saúde e da atenção básica brasileira foi evidenciado ao longo dessa experiência. Considera-se que a educação permanente contribui com a formação dos diferentes sujeitos, que participaram da implementação do curso, ao aproximá-los da realidade da comunidade e do mundo do trabalho, a partir do diálogo entre ensino-serviço.

Palavras-Chaves: Agente Comunitário de Saúde; Educação Permanente; Saúde Coletiva; Relações Comunidade-Instituição; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT:

Permanent health education was adopted to develop a course with Community Health Agents (ACS). These professionals have a strategic role in the development of health education actions, social mobilization and in strengthening the bond between health teams and the population of the territory where they work. They work. In addition, they constitute the largest category of Primary Health Care professionals, reaching more than 250,000 in Brazil. These aspects reinforce the need to invest in permanent health education for these workers with the intention of strengthening the level of care where they work, especially in its community dimension. This article aims to report the planning and execution of this university extension course held from June to July 2019, in the municipality of Limoeiro-PE. This experience was experienced by a team of professors, undergraduates in public health and residents of a multidisciplinary family health program at the Academic Center of Vitória of the Federal University of Pernambuco. The course was organized into three modules, with the following themes: territory in the health-disease-care process; the work of the community health agent; and the work process in primary health care. The appreciation of the role of this worker in the construction of the Unified Health System and of Brazilian primary care was evidenced throughout this experience. It is considered that continuing education contributes to the training of the different subjects who participated in the implementation of the course, bringing them closer to the reality of the community and the world of work, based on the dialogue between teaching and service.

Keywords: Community Health Agent; Continuing Education; Public Health; Community-Institution Relations; Primary Health Care.

RESUMEN:

Se adoptó educación de salud continua para desarrollar un curso con Agentes de Salud Comunitarios (CHA). Estos profesionales juegan un papel estratégico en el desarrollo de acciones de educación en salud, movilización social y en el fortalecimiento del vínculo entre los equipos de salud y la población del territorio donde laboran. Además, constituyen la categoría más grande de profesionales en Atención Primaria de Salud, llegando a más de 250.000 en Brasil. Estos aspectos refuerzan la necesidad de invertir en educación permanente para la salud de estos trabajadores con la intención de fortalecer el nivel de atención donde laboran, especialmente en su dimensión comunitaria. Este artículo tiene como objetivo informar de la planificación e implementación de este curso de extensión universitaria realizado de junio a julio de 2019, en el municipio de Limoeiro-PE. Esta experiencia fue vivida por un equipo de profesores, estudiantes de pregrado en salud colectiva y residentes de un programa multidisciplinario de salud familiar en el Centro Académico de Vitória, Universidad Federal de Pernambuco. El curso se organizó en tres módulos, con los siguientes temas: territorio y proceso salud-enfermedad-atención; el trabajo del agente comunitario de salud; y el proceso de trabajo en la atención primaria de salud. La apreciación del papel de este trabajador en la construcción del Sistema Único de Salud y de la atención primaria brasileña se evidenció a lo largo de esta experiencia. Se considera que la educación continua contribuye a la formación de los diferentes sujetos que participaron en la implementación del curso, acercándolos a la realidad de la comunidad y el mundo del trabajo, a partir del diálogo entre docencia y servicio.

Palabras clave: Agente Comunitario de Salud; Educación Continuada; Salud pública; Relaciones comunidad-institución; Primeros auxilios.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado uma das maiores conquistas democráticas do povo brasileiro. Desde sua criação, inúmeros esforços político-governamentais e, principalmente, da sociedade têm sido empreendidos para garantir a implementação de seus princípios e diretrizes. Na construção de uma rede de serviços integrada, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido considerada estratégica para ampliação do acesso, da integralidade e da ordenação e coordenação de toda Rede de Atenção à Saúde (RAS).¹

A APS é o nível de atenção que se encontra mais próximo da população, por isso, considerada a porta de entrada principal da RAS. Mas, são os seus

atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, competência cultural, orientação familiar e comunitária² que mais expressam o seu potencial estratégico para construção de um sistema de saúde universal como o SUS. No Brasil, a APS alcançou maior expressão a partir da criação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), criados na década de 1990.³

A versão mais recente da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a APS como um conjunto de atividades desenvolvidas em âmbito coletivo e individual, com ações voltadas para a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos e doenças, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos, além da manutenção da saúde⁴. No país, coexistem vários tipos de equipes atuando no âmbito da Atenção Primária à Saúde, mas há o predomínio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que é operacionalizada através de equipes multiprofissionais compostas, no mínimo, por: médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), podendo fazer parte da equipe o Agente de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal.⁴

A APS brasileira tem em sua construção histórica um processo de trabalho para essas equipes marcado por diretrizes como territorialização e a descrição populacional, que pode oportunizar um maior conhecimento sobre o modo de vida e condições de saúde da população acompanhada. O ACS é um profissional estratégico na composição da equipe de saúde da família, pois, o fato de também pertencer a comunidade, colabora para fortalecimento do vínculo da equipe com a população atendida e a integração dos saberes populares de saúde e os conhecimentos técnico-científicos.⁵

Desde meados da década de 1970, os ACS se fazem presentes nas políticas de assistência, atuando nas regiões Norte e Nordeste do Brasil⁶. O PACS, desde sua instituição no SUS, vem contribuindo para a estruturação e a expansão da cobertura de APS no país, e sempre prevaleceu como ponto central da atuação do ACS a capacidade de articulação realizada, por esses profissionais,

entre os serviços de saúde e o cotidiano do território⁷. Diferencia-se dos demais trabalhadores da saúde em razão da sua atuação mais ampla, que abrange várias situações ao mesmo tempo, desde questões ligadas ao processo saúde/doença, até a relação entre a educação/informação, a prevenção/assistência bem como seu contato direto e constante a questões ligadas ao território/comunidade no qual atuam.^{6,8}

Nos últimos anos, alguns estudos têm apontado mudanças no processo de trabalho dos ACS em muitos municípios, caracterizando um processo cada vez mais distante do papel de educação e mobilização comunitária^{9,10}. Essa realidade associada à compreensão do papel relevante que esses profissionais têm na constituição do SUS e da própria Atenção Primária à Saúde, aponta a necessidade de investimentos contínuos na educação permanente em saúde desses trabalhadores e dos demais profissionais de saúde que atuam na APS.

Essa necessidade de educação permanente foi um aspecto relatado como problemático pela gestão do município de Limoeiro-PE, no início de 2019. O referido município constitui-se como um importante campo de estágios para graduandos do curso de Bacharelado em Saúde Coletiva do Centro Acadêmico de Vitória (CAV), da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). A partir da integração ensino-serviço, foi solicitado apoio da universidade para realizar um processo formativo com os ACS do município.

A integração ensino-serviço-comunidade é entendida como trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores com trabalhadores que compõem as equipes de saúde, visando à qualidade de atenção à saúde e à qualidade da formação profissional, bem como o desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços¹¹. Destaca-se a relevância do desenvolvimento da colaboração entre os órgãos formadores, serviços de saúde e organizações comunitárias pela necessidade de promover uma consciência crítica da realidade, desenvolvendo o compromisso da educação com a construção de saber para a melhoria da qualidade de vida e de saúde da população.¹²

Desde o início, a proposta pedagógica do curso de extensão foi construída com base nas diretrizes da educação permanente em saúde, tais como: educação no e para o trabalho, aprendizagem significativa e problematização da realidade e com intencionalidade de provocar mudanças no processo de trabalho dos atores envolvidos¹³. Ou seja, objetivou-se provocar movimentos de reflexão-ação tanto no que se refere a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde e na forma como organizam seu processo de trabalho, quanto nos docentes, graduandos e residentes envolvidos e o modo como implementam processos de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde.

Diante do apresentado, esse texto tem o objetivo de relatar a experiência de realização do curso de extensão para os ACS do município de Limoeiro-PE. Na sequência desse relato serão apresentados os aspectos referentes ao desenvolvimento do curso de extensão, tais como: caracterização do município, atores e proposta pedagógica, as etapas e desenvolvimento metodológico do curso, os resultados identificados com relação à contribuição e avaliação dessa ação de Educação Permanente em Saúde para os ACS, e por fim, as repercussões da experiência do curso para a formação profissional dos sanitaristas e especialistas em saúde da família.

DESENVOLVIMENTO

1 O cenário, os sujeitos e o plano pedagógico

O município de Limoeiro situa-se na Mesorregião do Agreste de Pernambuco, Microrregião do Médio Capibaribe, no Agreste, a uma distância de 77 quilômetros da capital de Pernambuco, e tem um contingente populacional de 56.772 habitantes¹⁴. Com base no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNS), Limoeiro tem como oferta de serviços de atenção básica: 18 unidades de Saúde da Família, 18 equipes SF, e 118 ACS, alcançando uma cobertura de 99,82% da população.¹⁵

O Centro Acadêmico de Vitória é um dos *Campi* da UFPE e está em funcionamento desde 2006. Localizado na Zona da Mata de Pernambuco, na cidade de Vitória de Santo Antão, o CAV possui seis cursos de graduação nas áreas de saúde e educação. O curso mais recente, é o Bacharelado em Saúde Coletiva, implementado em 2013, objetivando a formação de sanitaristas com perfil generalista e humanista com competência para o exercício de atividades do campo da Saúde Coletiva em todos os níveis de gestão e de atenção à saúde¹⁶. A coordenação desse curso tem articulado com a gestão de diversos municípios do interior o acolhimento dos graduandos de saúde coletiva para realização de vivências, estágios e projetos de extensão. Tais atividades visam aproximar os graduandos da necessidade dos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, apoiar a criação de novos saberes e inovação das práticas de gestão e cuidado nos sistemas locais de saúde.

No início de 2019, a coordenação de atenção básica de Limoeiro solicitou o apoio dos docentes que atuavam como supervisores de estágio curricular de saúde coletiva para realizar um processo formativo com os ACS com foco no desenvolvimento de sua atuação profissional e no fortalecimento das ações da Atenção Primária à Saúde. A construção do curso foi baseada na perspectiva da Educação Permanente em Saúde e na indissociabilidade entre o ensino, pesquisa e extensão, buscando integrar o conhecimento teórico-prático e as necessidades do mundo do trabalho.

A equipe realizadora foi composta por cinco docentes e dez graduandos do curso de bacharelado em saúde coletiva; e por oito profissionais residentes do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização da Atenção à Saúde (PRMIAS) de diversas categorias profissionais. A diversidade de experiências acadêmicas e profissionais dos sujeitos que compuseram essa equipe e a diretriz de construção dialógica e colaborativa marcaram a implementação desse processo formativo desde a concepção do curso, seu planejamento pedagógico e realização das aulas-vivências.

A concepção do curso foi construída a partir de reuniões com a coordenação de atenção básica do município, representantes dos ACS e docentes do CAV. O curso representou um esforço interinstitucional implicado com o enfrentamento de desafios cotidianos das trabalhadoras e trabalhadores, com o propósito de facilitar a implementação de novas estratégias na atuação do ACS e fortalecer a atenção primária à saúde, ampliando a resolutividade do cuidado em saúde.

O curso foi desenvolvido com base nos princípios da Educação Permanente em Saúde¹², partindo da problematização do cotidiano das trabalhadoras e trabalhadores e com intenção de provocar mudanças no processo de trabalho destes. Teve um público de cento e dezoito agentes comunitários de saúde que foram divididos em quatro turmas com limite máximo de trinta pessoas. Com cada turma, ocorreram quatro encontros, uma vez por semana, no período da manhã e tarde, durante os meses de junho a julho de 2019. Foi adotado como estratégia metodológica a realização de rodas de conversa, exposições dialogadas, leituras dirigidas, dinâmicas de grupo, exposição de vídeos e atividades de dispersão em equipe.

Por se tratar de uma atividade de extensão, o projeto não precisou ser submetido ao comitê de ética, conforme estabelece a Resolução Nº 510 do Conselho Nacional de Saúde¹⁷. Assim, esse trabalho é um relato de experiência dos autores elaborada a partir dos registros de diário de campo e da memória das vivências experimentadas pelos autores no processo de planejamento e implementação do referido curso.

2 Desenvolvimento do curso: território, identidade e trabalho

A ação foi realizada em três módulos, cujas temáticas foram: i) O Território e Processo Saúde-doença-cuidado; ii) O trabalho do Agente Comunitário de Saúde; e iii) O processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde. O conteúdo programático foi dividido em oito eixos, referentes ao:

Processo saúde-doença e seus determinantes/condicionantes; Território e processo saúde-doença; A estratégia de saúde da família na atenção primária à saúde; Processo de trabalho em saúde e suas características; Trabalho em equipes multiprofissionais; Referências normativas para a organização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde; Promoção e prevenção em saúde e Educação e Comunicação em saúde.

O primeiro encontro dos ACS com a equipe pedagógica aconteceu no módulo I do curso com o tema Território e processo saúde-doença-cuidado. Houve o acolhimento da turma e, logo após, a apresentação do vídeo “Ilha das Flores” e uma roda de conversa sobre a percepção dos trabalhadores em relação ao tema abordado no vídeo e a realidade dos territórios onde cada um atuava. Foi realizada uma dinâmica a partir das teorias do processo saúde e doença, com tarjetas explicativas com os conceitos, onde os ACS dividiam-se em dois grupos de acordo com o que cada um julgava ser correto ou não e a partir daí a equipe pedagógica foi apoiando o debate e dialogando sobre as dúvidas colocadas.

Nesse módulo, os ACS foram convidados a apresentar o território onde atuavam a partir da construção de um mapa afetivo. Além de caracterizar o território a partir da sua geografia, história, perfil demográfico e epidemiológico, foram estimulados a cartografar a partir das memórias afetivas os equipamentos, sujeitos e fatos que marcaram a experiência de ACS deles nesses espaços¹⁸. Ao compartilharem situações vivenciadas por eles nos territórios, puderam ampliar a percepção da importância de seus papéis como agentes de saúde e dialogar sobre as diferentes situações que vivem no cotidiano. A troca de experiências e a reflexão como tudo isso os afetava, foi ajudando a construir novas perspectivas coletivas sobre as dificuldades enfrentadas por esses sujeitos e as estratégias de cuidado (de si e do outro) que foram construindo ao longo de suas trajetórias.

O Módulo II teve como conteúdos as compreensões acerca do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde; o percurso histórico da profissão dos Agente Comunitários de Saúde; a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Estratégia de Saúde da Família; e a prática dos ACS a partir

do referencial da Educação Popular em Saúde. O encontro iniciou com a leitura coletiva do poema “O ACS EM AÇÃO”¹⁹ e, a partir dele, com a identificação de termos associados ao trabalho desses profissionais.

Esses termos foram escritos em tarjetas e debatidas as suas compreensões com todos. Foi refletido sobre as duas dimensões que, historicamente, integram o trabalho dos ACS: técnica e política. O eixo técnico está relacionado ao atendimento de indivíduos e famílias, ao monitoramento de grupos ou de problemas específicos e à intervenção e orientação para a prevenção de agravos. O segundo, mais político, compreende a inserção da saúde no contexto mais geral de vida, destacando-se a discussão desse contexto e a organização da comunidade no sentido de transformá-lo. Foi destacado que o caráter político dos ACS é que tem o potencial de contribuição para alteração do modelo de atenção à saúde¹². Os termos por eles identificados foram caracterizados nessas duas dimensões. Após, a turma foi dividida em grupos para reconstruírem a “Linha histórica da profissionalização dos ACS”. Para essa atividade, foi solicitado que cada grupo identificasse, a partir de suas memórias, marcos e experiências de sua vida enquanto profissional ACS. Depois de um tempo de conversa em cada grupo, os fatos e experiências por eles identificados foram organizados em uma Linha do Tempo única e refletidos à luz do que a literatura apresentava.

Por fim, foi debatido o caráter educativo do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde à luz da Educação Popular em Saúde. Para tal foi realizada uma Roda de Conversa a partir dos princípios da Política de Educação Popular em Saúde²⁰ no qual os profissionais puderam refletir sobre os sentidos de cada um e como se integram em sua prática profissional.

Nesse módulo foi possível identificar os ACS como sujeitos políticos do processo de profissionalização da categoria. Alguns dos profissionais do município iniciaram a sua atuação profissional quando do surgimento do PACS, tendo vivido os diferentes marcos profissionais, bem como identificando as estratégias de organização política que resultaram nas conquistas e perdas para

a categoria. Os profissionais ACS também puderam problematizar a conformação atual da sua atuação profissional, identificando elementos políticos e sociais que implicaram no deslocamento da dimensão política/educativa do seu trabalho para uma dimensão técnica/burocrática.

No módulo III foram abordados temas sobre a Atenção Primária à Saúde: a estratégia de saúde da família; o processo de trabalho em saúde e suas características; e o trabalho em equipes. O dia iniciou com acolhimento dos ACS's, seguido da apresentação da atividade de dispersão programada para ser feita durante a semana, onde eles deveriam reunir-se em equipe e escolherem 1 ou 2 dos problemas mais comuns que enfrentavam no cotidiano, caracterizando as dificuldades e estratégias de enfrentamento dos problemas que eles utilizavam.

Nesse momento foi vivenciado com muita atenção pelos estudantes de graduação que colaboraram no curso. Os relatos dos ACS eram repletos de complexidade e afetos. A proximidade da vida das pessoas e o contexto de vulnerabilidade social de muitas famílias expõe esses trabalhadores a uma realidade, muitas vezes, frustrante e adoecedora. Ao mesmo tempo, quando os ACS refletiam sobre desafios comuns que enfrentavam, partilhavam também suas esperanças e perspectivas críticas sobre a necessidade de lutar na “dimensão política” da saúde, educando a população e reavaliando a própria postura histórica desse trabalhador ACS.

Os docentes mediarão um processo de problematização sobre as compreensões de APS e a sua influência na Linha histórica da Atenção Primária de Saúde no Brasil. Nesse momento, os ACS participantes do curso refletiam sobre qual modelo de APS era necessário e mais coerente para enfrentar os problemas que lidavam no seu cotidiano? A reflexão coletiva colaborou com a compreensão dos participantes de que continua sendo fundamental lutar pelo SUS: universal, integral e equânime e pela APS em sua concepção mais ampliada.

Para aprofundar a reflexão sobre o processo de trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família, os ACS foram convidados a fazerem, em equipe, a discussão de um caso e construir um fluxograma com o processo de trabalho que eles desenvolveriam para resolução do referido caso. Essa atividade possibilitou a discussão sobre alguns ruídos que estavam presentes na relação com as equipes de saúde da família e em alguns serviços da rede especializada do município. A fragilidade na integração dos profissionais era identificada na dificuldade que os ACS enfrentavam de projetar no papel as linhas de continuidade para resolução dos casos que estavam discutindo. Nessa etapa, os profissionais eram provocados a refletirem sobre a origem dessas dificuldades e sobre as estratégias que poderiam ser utilizadas para superação desses obstáculos.

A avaliação foi participativa, ao final de cada módulo, realizada a partir da discussão em grupo e de acordo com as demandas dos trabalhadores-educandos nas atividades. Ao final do curso foram aplicados questionários e realizada uma roda de diálogo com todos da equipe de execução.

1.3 Repercussões da extensão universitária na formação dos profissionais de saúde

Durante o curso, a equipe pedagógica realizou alguns momentos de escuta e avaliação coletiva com os participantes do curso, os ACS, graduandos e residentes. Nessas ocasiões foi possível identificar as repercussões da experiência formativa que foram registradas nos Diários de Campo da equipe pedagógica. Assim, na sequência do texto, trazemos alguns desses registros e a discussão desses resultados identificados.

Quando refletiam sobre as dificuldades do seu processo de trabalho, foi muito recorrente a fala de alguns agentes comunitários de saúde sobre o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o papel do ACS, sobrecarga de trabalho e falta de apoio da equipe.

Quando questionados sobre o curso e o que sugeriria para melhorar a proposta daquela formação, vários agentes comunitários relataram a importância de toda equipe participar. Na justificativa, eles explicavam que não só os ACS deveriam conhecer e refletir sobre o papel histórico e estratégico deles na atenção básica, mas que todos os profissionais que atuam nesse nível assistencial deveriam conhecer e valorizar a atuação dos agentes comunitários. Acrescentavam ainda, que a formação de toda equipe poderia favorecer a integração dos profissionais no cotidiano do trabalho.

Sobre ações de Educação Permanente em Saúde já vivenciada pelos Agentes Comunitários de Saúde estes indicaram o Módulo Introdutório do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde e formação na área de Álcool e outras Drogas. Essas formações foram financiadas pelo Ministério da Saúde e executadas em parceria com estados e municípios. Além dessas indicaram outras formações de menor duração e temáticas mais específicas, como sobre o e-SUS, câncer de mama, tuberculose, IST. Sobre a necessidade de formações futuras, esses profissionais indicaram as temáticas de saúde da família, políticas públicas, doenças negligenciadas, cuidado com idoso, libras, além das formações técnicas.

Além de uma experiência de Educação Permanente em Saúde para os Agentes Comunitários de Saúde, o curso de extensão apresentou uma dimensão formativa para os graduandos de saúde coletiva e os residentes que participaram dessa experiência.

Esse curso representou para os graduandos a possibilidade de estreitamento da relação junto aos trabalhadores do sistema de saúde municipal de Limoeiro, bem como a problematização da realidade sanitária do município. Autores como Vasconcelos e Cruz²¹ apontam que a inserção dos graduandos em situações de convivência estreita com a dinâmica de vida da população e dos trabalhadores faz com o que o aprendizado se dê de forma ampliada, buscando uma compreensão da totalidade que constitui a realidade. Apontam, portanto, para a necessidade que essas experiências se deixem permear pelo espaço em

que acontece e se deixando atravessar inclusive pelos acontecimentos e emoções que podem desencadear.

Algumas falas extraídas dos diários de campo dos autores, que na época do curso eram graduandas em saúde coletiva e residente em saúde da família, relatam um pouco a perspectiva destes sobre a experiência vivenciada. “Para o profissional sanitaria entender a perspectiva do profissional ACS possibilita nortear diversas ações para auxiliar nos problemas dentro do serviço, mas também possibilita conhecer como é o dia a dia desse profissional trazendo uma melhor noção de como é realizado o trabalho deles, com uma visão que só quem exerce a profissão consegue perceber (Diário de campo, graduanda em saúde coletiva 1)”.

Os graduandos em saúde coletiva que participaram do curso destacaram como aprendizados que emergiram dessa participação, sobretudo, a compreensão da realidade de saúde dos territórios e de trabalho dos ACS. Destacaram a experiência como uma oportunidade de aproximação, muitas vezes, não prevista no currículo regular da graduação.

Há uma necessidade de ampliação e diversificação das estratégias de inserção dos futuros sanitaristas nos cenários de prática do sistema de saúde²². Destaca-se que esses cenários não devem ser compreendidos apenas como meio para o desenvolvimento de habilidades técnicas, mas para apreensão prática do trabalho do sanitaria, ou seja, abarcando também a dimensão política da atuação do profissional por meio da capacidade reflexiva, problematizadora, interdisciplinar e crítica. “Com atividades como essa é possível também ter uma melhor visão das necessidades das unidades de saúde onde se concentra boa parte das demandas dos usuários e é o espaço onde os ACS podem receber apoio de outros profissionais. Ao entender toda essa dinâmica pode-se chegar a novas maneiras de resolução de problemas, ao traçar estratégias que ajudem na integração dos saberes com as necessidades locais. (Diário de campo, graduanda em saúde coletiva 2)”.

Aprofundando a reflexão anterior, percebeu-se a relevância da participação para os graduandos enquanto estreitamento particular com o cenário da Atenção Básica. Em outros estudos que investigaram a inserção de bacharéis sanitaristas nesse nível de atenção foram identificados desafios para delimitação da atuação profissional na AB, articulados à escassez de contato com esse cenário de prática durante a graduação. Ainda são frágeis as estratégias pedagógicas que propiciem a inserção dos estudantes nas equipes de saúde da família e, particularmente, ações territoriais de cuidado à população.^{23,24}

Por fim, foi destacado por um dos residentes a dimensão afetiva e dialógica vivenciada durante o curso de extensão. A experiência foi destacada como elemento condutor do processo formativo desenvolvido. “A proposta da formação colocou os mapas territoriais como mediadores do processo de aprendizagem. Mapas-imagens do território. O trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde na Atenção Básica tem como cenário o território, e qual o papel da memória em uma formação para esse trabalho? Ao dividir o curso em três módulos, buscou-se abordar a complexidade destas temáticas, a partir do território e processo saúde-doença-cuidado; o trabalho do ACS; e o processo de trabalho na atenção básica, em uma trama que aciona uma rede que vai do território à formação, da memória ao saber, da unidade básica à universidade. Agentes Comunitárias de Saúde, docentes, estudantes da graduação, residentes acionaram uma formação que revelasse as cores e nuances da diversidade de experiências acadêmicas e profissionais. Compuseram, assim, uma equipe-experiência, na abordagem da diretriz de construção dialógica e colaborativa como marcas das possibilidades do trabalho-vida no/do saber em saúde (Diário de campo, Residente em Saúde do PRMIAS)”.

Em afinidade, Franco²⁵ destaca que o processo de aprendizagem compreende uma dimensão cognitiva e uma dimensão subjetiva. A educação não se apresenta como um objetivo em si mesmo, ou seja, sempre educamos para um desejo. Assim, mobiliza os sujeitos que trazem uma história de vida, uma origem sociocultural, saberes constituídos ao longo da sua formação e vivências

no trabalho em saúde. Na educação, o trabalho é, em grande medida, relacional e, tal como na saúde, é “trabalho vivo em ato”. Isto é possível a partir das vivências, do experimento da vida, em processos que criam a exposição das pessoas e que, ao mesmo tempo, as afetam no seu modo de pensar, ser e agir sobre a realidade.

Figura 1 - Dinâmica sobre trabalho em equipe. Curso de Extensão para agentes comunitários de saúde, Limoeiro – PE, 2019



Fonte: Autoria própria.

CONCLUSÃO

Participar de uma experiência de educação permanente em saúde desde o seu planejamento, implementação e avaliação tem impacto importante na formação de novos profissionais de saúde, como os graduandos em saúde coletiva e residentes em saúde da família. Para os graduandos, essa experiência possibilitou encontros com os trabalhadores do SUS, onde foi possível, dialogar e conhecer, a partir das narrativas dos ACS, a realidade do mundo do trabalho na atenção básica, ampliando o repertório de vivências e aprendizagens na rede SUS.

É papel da universidade contribuir para a transformação do contexto social onde está inserida, identificando necessidades e colaborando, através da educação, para geração de novos saberes e/ou inovações que impactem na melhoria de vida da população. Através da integração-ensino-serviço, a formação dos trabalhadores da saúde pode ser qualificada no sentido de aproximar-se das necessidades de saúde da população e implicar-se com os princípios inegociáveis do SUS: universalidade, integralidade e equidade.

Nesse sentido, é estratégico que as instituições formadoras avancem no fortalecimento do vínculo com os serviços. Mais do que reconhecer a potencialidade da rede SUS para formação dos novos profissionais, é fundamental a construção de relações interinstitucionais que viabilizem estratégias de defesa e fortalecimento da qualidade do cuidado, especialmente na atenção primária à saúde, nível mais capilarizado do sistema de saúde.

O reconhecimento do papel do ACS na construção do SUS e da atenção básica brasileira foi evidenciado ao longo dessa experiência que buscou, mais do que atender uma demanda da gestão. Antes, iniciando pela escuta e pactuação da proposta com os trabalhadores, tentou, ao longo do processo formativo, colocar o ACS e suas necessidades no centro das discussões e reflexões partilhadas. Construir essa experiência de forma dialogada com todos os atores foi um exercício de aprender-fazendo alguns conceitos que são tão abordados nas aulas dentro da universidade: valorização do trabalhador, educação permanente em saúde, integração de saberes, território e cuidado.

A universidade brasileira tem um papel relevante na transformação social. Uma das formas de cumprir essa missão, é através da formação de cidadãos e profissionais cientificamente qualificados, críticos e implicados com a superação das desigualdades sociais e o sofrimento da população. Através da extensão universitária, em experiências como esta, aqui relatada, a universidade pode cumprir esse papel de forma mais coerente com as necessidades sociais do contexto onde está inserida. Espera-se que essa narrativa corrobore com o reconhecimento da centralidade estratégica do ACS, da atenção básica e da

educação permanente em saúde para o SUS e com subsídios para a defesa da universidade e da extensão universitária.

REFERÊNCIAS

- 1- Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os desafios para a integração em redes de atenção. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p.51-72.
- 2- Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
- 3- Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, Carvalho FFB, Tavares G, Silva KC. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2018; 42(180):1- 8. Available from: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- 5- Silva ES et al. Atuação do agente comunitário na promoção da saúde na atenção básica: Revisão integrativa da literatura. Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 2020; 3(5):14878-893. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/18586/14973>.doi: 10.34119/bjhrv3n5-279.
- 6- Durão AV. A naturalização do feminino no programa de agentes comunitários de saúde no Brasil. Revista Trabalho Necessário [Internet]. 2021 [Cited 2021 June 6]; 19(38):176-95. Available from: <https://doi.org/10.22409/tn.v19i38.47128>.
- 7- Morosini MV, Fonseca AS. Os agentes comunitários na atenção primária à saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. Revista Saúde Debate [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 3]; 42(1); 261-74. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S117>.
- 8- Souza LJR, Freitas MCS. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. Revista Baiana de Saúde Pública [Internet]. 2011 [cited 2021 Jun 5]; 35(1): 96-109. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n1/a2100.pdf>.

- 9- Nogueira ML. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. *Saúde Soc.* [Internet]. 2019 [Cited 2021 June 21] 2019; 28(3): 309-23. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180783>.
- 10- Riquinho DL, Pellini TV, Ramos DT, Silveira MR, Santos VCF. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. *Trab. educ. saúde* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 28]; 2018; 16(1):163-82. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00086>.
- 11- Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Rev. bras. educ. med.* [Internet]. [cited 2021 Jun 30] 2008; 32(3):356-62. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300010>.
- 12- Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2002; 6(10):75-96. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832002000100007>.
- 13- Ceccim RB, Ferla AA. Educação Permanente em Saúde. In: Pereira IB, Lima J CF. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008 [cited 2021 Apr 11]. Available from: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao.html>.
- 14- Prefeitura Municipal de Limoeiro [cited 2021 Jul 28]. Geografia. Available from: <http://limoeiro.pe.gov.br/>.
- 15- Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde - SAGE. Sociodemográfico [cited 2021 Jul 22]. Available from: <http://sage.saude.gov.br/#>.
- 16- Projeto Pedagógico do Curso de Graduação Bacharelado em Saúde Coletiva. 2018 [cited 2021 Jul 25]. Universidade Federal de Pernambuco. Available from: https://www.ufpe.br/documents/39255/507500/PPC+SAUDE+COLETIV A++Revisao+final+2018_MEC.pdf/128ca4f2-48b0-4b33-be9b-e10e102efc9a.
- 17- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. *Diário*

Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016 [cited 2021 Oct 21].

Available from:

<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.

- 18- Bezerra YRNF, Souza MZ. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. *Ciênc. saúde colet.* [Internet]. 2018 [cited 2021 May 13]; 23(3):813-22. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.00292016>.
- 19- Marques S, Jordão M, Marques F. O ACS em ação. In: *Almanaque do Agente Comunitário de Saúde*. 2014 [Cited 2021 May 18].74p. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/almanaque_agente_comunitario_saude.pdf.
- 20- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2013.
- 21- Vasconcelos EM, Cruz PJSC. (org.). *Educação popular na formação universitária: reflexão com base em uma experiência*. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2011. 420p.
- 22- Paro CA, Pinheiro R. Interprofissionalidade na graduação em Saúde Coletiva: olhares a partir dos cenários diversificados de aprendizagem. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 20]; 22:1577-88. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0838>.
- 23- Silva MMN. *A experiência do pet interprofissional na formação de bacharéis em saúde coletiva no Centro Acadêmico de Vitória (CAV – UFPE) [undergraduate thesis]*. Pernambuco: Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco; 2020. 42p.
- 24- Silva FBS. *Percepção dos sanitaristas residentes quanto à formação acadêmica para atuar em equipes multiprofissionais na atenção básica [undergraduate thesis]*. Pernambuco: Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco; 2021. 34p.
- 25- Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: redução do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface: Comunic., Saúde, Educ.*, [Internet]. 2007; 11(23):427-38. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000300003>.

