

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

DAIANE BROCH

**DESAFIOS NA ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS: COMPREENSÃO
DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO**

**Porto Alegre
2017**

DAIANE BROCH

DESAFIOS NA ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS: COMPREENSÃO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Deise Lisboa Riquinho.

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Broch, Daiane

Desafios na atuação dos agentes comunitários:
compreensão da determinação social da saúde e das
condições de trabalho / Daiane Broch. -- 2018.
90 f.

Orientadora: Deise Lisboa Riquinho.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Estratégia
Saúde da Família. 3. Atenção Primária à Saúde. I.
Riquinho, Deise Lisboa, orient. II. Título.

DAIANE BROCH

DESAFIOS NA ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS: COMPREENSÃO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO

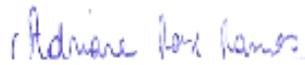
Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 18 de dezembro de 2017

BANCA EXAMINADORA



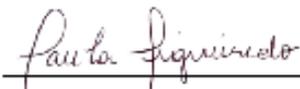
Profa. Dra. Deise Lisboa Riquinho
Presidente – PPGENF/UFRGS



Prof. Dra. Adriana Roese Ramos
Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Leticia Becker Vieira
Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Paula Pereira de Figueiredo
Membro - FURG

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me dar forças para lutar a cada dia e vencer mais uma etapa em minha vida.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), pela oportunidade de usufruir de uma educação pública de qualidade.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos.

Aos meus familiares, minha base, meu eterno agradecimento!! Vocês foram fundamentais nessa trajetória, obrigada por todo apoio, incentivo e suporte.

À minha orientadora Prof^a Dr^a Deise Lisboa Riquinho, que com toda sua paciência e dedicação, compartilhou comigo seus conhecimentos, possibilitando assim a realização deste sonho. Obrigada pela infinita disponibilidade e por todos os ensinamentos proporcionados nessa caminhada. Você é uma pessoa admirável.

Aos membros da banca, pelo tempo dedicado e contribuições realizadas.

Aos velhos amigos, agradeço a amizade e o carinho de sempre.

Aos amigos do mestrado/doutorado, com quem vivi um ambiente de verdadeira aprendizagem. Obrigada pelos momentos divididos juntos, vocês tornaram essa caminhada mais leve e prazerosa. Em especial, à Vanessa e Lucas, que se tornaram grandes amigos, obrigada pelo companheirismo, risadas e momentos de troca.

À todos, muito obrigada!!

RESUMO

BROCH, Daiane. **Desafios na atuação dos agentes comunitários: compreensão da determinação social da saúde e das condições de trabalho.** 2017. 90f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

Introdução: A compreensão da determinação social da saúde possibilita ações de cuidado e de resposta às necessidades de saúde nos âmbitos de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde. A atuação dos agentes comunitários de saúde na Estratégia da Saúde da Família colabora no conhecimento de tais determinações. Esses profissionais fortalecem a integração entre os serviços de saúde e a comunidade, especialmente pela característica de serem moradores e trabalhadores das comunidades, estando, portanto, mais sensíveis a ocorrência e escuta dos problemas presentes no território. **Objetivo:** analisar a atuação dos agentes comunitários de saúde frente às condições de trabalho e a determinação social da saúde em uma Gerência Distrital de Saúde, no município de Porto Alegre, RS. **Metodologia:** pesquisa descritiva, de natureza qualitativa. O cenário do estudo foram as Estratégias da Saúde da Família localizadas na gerência distrital Glória/Cruzeiro/Cristal. Os participantes da pesquisa foram os agentes comunitários de saúde de cada uma das 28 equipes da Estratégia da Saúde da Família. A geração de dados ocorreu por meio de grupo focal e entrevista semiestruturada, no período de agosto de 2015 à fevereiro de 2016. A análise do material produzido ocorreu pela análise de conteúdo do tipo temática. **Resultados e discussão:** Ao compreender as condições de trabalho em que os agentes comunitários estão frequentemente expostos, assim como o fenômeno da determinação social da saúde, foram construídas três categorias empíricas: “Contextualizando a gestão e as relações de trabalho: ausências sentidas”; Em segundo, “Determinação social da saúde: aspectos que influenciam na vida da população”, sendo que esta seção é composta por dois tópicos. O primeiro descreve as condições mais concretas de vida, como a ausência de saneamento, o lixo com descarte inadequado, o analfabetismo e os problemas de saúde propriamente ditos, e no segundo, de aspecto mais social, a violência e o tráfico de drogas e a última categoria é intitulada “Estratégias de enfrentamento às condições de trabalho e a determinação social da saúde”. **Considerações Finais:** as situações vivenciadas pelos agentes comunitários dialogam com problemas macrossociais, nesse contexto, a identificação e a análise da determinação social da saúde podem auxiliar no estabelecimento de práticas, com o propósito de auxiliar o processo de tomada de decisão, a avaliação crítica do processo saúde-doença e o redirecionamento do cuidado. Os ACS vivenciam diferentes obstáculos no seu cotidiano que tendem a prejudicar a efetividade do seu trabalho. Nesse cenário, é primordial o devido reconhecimento e boas condições de trabalho para o desenvolvimento das ações em saúde. Além disso, se faz necessário uma instrumentalização voltada para o desenvolvimento das competências que se almeja para os agentes comunitários, com vistas a maior satisfação deste trabalhador e reconhecimento pela equipe de saúde.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Problemas Sociais. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

BROCH, Daiane. **Challenges in the performance of community agents: understanding the social determination of health and working conditions.** 2017. 90f. Dissertation (Master in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

Introduction: Understanding the social determination of health enables care actions and response to health needs in the areas of health promotion, prevention, treatment and recovery. The actions of community health agents in the Family Health Strategy contribute to the knowledge of these determinations. These professionals strengthen the integration between the health services and the community, especially because they are residents and workers of the communities, and are therefore more sensitive to occurrence and listening to the problems present in the territory. **Objective:** to analyze the performance of community health agents in relation to working conditions and the social determination of health in a District Health Management, in the city of Porto Alegre, RS. **Methodology:** descriptive research, qualitative in nature. The study scenario was the Family Health Strategies located in the Glória / Cruzeiro / Cristal district management. Participants in the survey were the community health agents of each of the 28 teams in the Family Health Strategy. The generation of data occurred through a focus group and semi-structured interview, from August 2015 to February 2016. The analysis of the material produced was analyzed by content of the thematic type. **Results and discussion:** In understanding the working conditions in which community agents are frequently exposed, as well as the phenomenon of social determination of health, three empirical categories were constructed: "Contextualizing management and labor relations: felt absences"; Second, "Social determination of health: aspects that influence the life of the population," and this section is composed of two topics. The first describes the most concrete conditions of life, such as the absence of sanitation, waste with inadequate disposal, illiteracy and health problems per se, and the second, with a more social aspect, violence and drug trafficking and The last category is entitled "Strategies for coping with working conditions and the social determination of health". **Final considerations:** the identification and analysis of the social determination of health can help in the establishment of practices, with the purpose of assisting the decision-making process, the critical evaluation of the health-disease process and the redirection of care. CHWs experience different obstacles in their daily lives that tend to undermine the effectiveness of their work. In this scenario, due recognition and good working conditions for the development of health actions are paramount. In addition, it is necessary an instrumentalization focused on the development of the skills that are desired for the community agents, with a view to the satisfaction of this worker and recognition by the health team.

Keywords: Community Health Workers. Family Health Strategy. Social Problems. Primary Health Care.

RESUMEN

BROCH, Daiane. **Desafíos en la actuación de los agentes comunitarios: comprensión de la determinación social de la salud y de las condiciones de trabajo.** 2017. 90f. Tesina (Mestrado en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

Introducción: La comprensión de la determinación social de la salud posibilita acciones de cuidado y de respuesta a las necesidades de salud en los ámbitos de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud. La actuación de los agentes comunitarios de salud en la Estrategia de Salud de la Familia colabora en el conocimiento de tales determinaciones. Estos profesionales fortalecen la integración entre los servicios de salud y la comunidad, especialmente por la característica de ser habitantes y trabajadores de las comunidades, siendo, por lo tanto, más sensibles a la ocurrencia y escucha de los problemas presentes en el territorio. **Objetivo:** analizar la actuación de los agentes comunitarios de salud frente a las condiciones de trabajo y la determinación social de la salud en una Gerencia Distrital de Salud, en el municipio de Porto Alegre, RS. **Metodología:** investigación descriptiva, de naturaleza cualitativa. El escenario del estudio fueron las Estrategias de Salud de la Familia ubicadas en la gerencia distrital Gloria / Cruzeiro / Cristal. Los participantes de la encuesta fueron los agentes comunitarios de salud de cada uno de los 28 equipos de la Estrategia de Salud de la Familia. La generación de datos ocurrió por medio de un grupo focal y una entrevista semiestructurada, en el período de agosto de 2015 a febrero de 2016. El análisis del material producido ocurrió por el análisis de contenido del tipo temático. **Resultados y discusión:** Al comprender las condiciones de trabajo en que los agentes comunitarios están frecuentemente expuestos, así como el fenómeno de la determinación social de la salud, se construyeron tres categorías empíricas: "Contextualizando la gestión y las relaciones de trabajo: ausencias sentidas"; En segundo lugar, "Determinación social de la salud: aspectos que influyen en la vida de la población", siendo que esta sección está compuesta por dos tópicos. El primero describe las condiciones más concretas de vida, como la ausencia de saneamiento, la basura con descarte inadecuado, el analfabetismo y los problemas de salud propiamente dichos, y en el segundo, de aspecto más social, la violencia y el tráfico de drogas y la última categoría se titula "Estrategias de enfrentamiento a las condiciones de trabajo y la determinación social de la salud". **Consideraciones finales:** las situaciones vivenciadas por los agentes comunitarios dialogan con problemas macrosociales, en ese contexto, la identificación y el análisis de la determinación social de la salud pueden auxiliar en el establecimiento de prácticas, con el propósito de auxiliar el proceso de toma de decisión, el proceso salud-enfermedad y la redirección del cuidado. Los ACS experimentan diferentes obstáculos en su cotidiano que tienden a perjudicar la efectividad de su trabajo. En este escenario, es primordial el debido reconocimiento y buenas condiciones de trabajo para el desarrollo de las acciones en salud. Además, se hace necesaria una instrumentalización orientada al desarrollo de las competencias que se anhela para los agentes comunitarios, con vistas a la mayor satisfacción de este trabajador y reconocimiento por el equipo de salud.

Palabras-clave: Agentes Comunitarios de Salud. Estrategia de Salud Familiar. Problemas Sociales. Atención Primaria de Salud.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS - Atenção Básica à Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

ACS - Agente Comunitário de Saúde

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

COMPESQ - Comissão de Pesquisa

CRAS - Centro de Referência da Assistência Social

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM - Diabetes Mellitus

DS - Distritos Sanitários

ESF - Estratégia Saúde da Família

FURG - Universidade Federal do Rio Grande

GDGCC - Gerencia Distrital Glória, Cruzeiro, Cristal

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

NOB - Normas Operacionais Básicas

OMS - Organização Mundial da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PSF - Programa Saúde da Família

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SUS - Sistema Único de Saúde

TB - Tuberculose

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

US - Unidade de Saúde

VD - Visita Domiciliar

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 – Quadro referente ao número de grupos focais realizados.....	24
Quadro 2 – Quadro referente à caracterização dos participantes da pesquisa.....	25
Figura 1 - Nuvem de palavras formada a partir dos sentidos extraídos nos depoimentos dos ACS acerca do processo de trabalho.....	35
Figura 2 - Nuvem de palavras formada a partir dos sentidos extraídos nos depoimentos dos ACS acerca da determinação social da saúde.....	36
Figura 3 - Nuvem de palavras formada a partir dos sentidos extraídos nos depoimentos dos ACS acerca das estratégias de enfrentamento frente às condições de trabalho e a determinação social da saúde.....	46

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 OBJETIVOS	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1 A Atenção Primária à Saúde: as diferentes composições e exemplos.....	11
3.2 A determinação social da saúde no processo de vida.....	16
3.3 A profissionalização e atuação do agente comunitário de saúde	18
4 METODOLOGIA.....	23
4.1 Tipo de estudo	23
4.2 Contexto de estudo	23
4.3 Participantes	24
4.4 Geração de dados.....	26
4.5 Análise do material produzido.....	27
4.6 Aspectos éticos.....	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5.1 Contextualizando a gestão e as relações de trabalho: ausências sentidas	29
5.2 Determinação social da saúde: aspectos que influenciam na vida da população	35
5.3 Estratégias de enfrentamento frente às condições de trabalho e a determinação social da saúde	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICE A – ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL	72
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS	73
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	75
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL	77
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	80
ANEXO C – PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM.....	83

1 INTRODUÇÃO

Apresentada como uma proposta de reorganização da prática assistencial e transformação no modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) apresenta um marco político-institucional, que visa a reestruturação da Atenção Primária à Saúde (APS). Tal modelo assistencial atua na prevenção e promoção da saúde, desenvolvendo uma atenção integral aos indivíduos e ao coletivo, tendo como base os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalidade, a integralidade, a equidade, a participação social, a descentralização, a regionalização e a hierarquização (SANTOS et al., 2011; BRASIL, 2009a).

A efetivação destes princípios é desafiadora para trabalhadores e gestores, mesmo após quase 30 anos de criação do SUS, há dificuldades na implementação do acesso universal, na equidade, assim como na melhoria da qualidade e na humanização do cuidado. Ao considerar os modelos de saúde no decorrer do tempo no Brasil, observa-se que o modelo vigente se organizou mais em consonância com o modelo econômico do que com as necessidades em saúde, cuja lógica é tratar a doença ao invés de investir na promoção da saúde. A razão é muito mais um modelo econômico do que uma proposição "técnica" do campo da saúde para atender majoritariamente as condições agudas ou agudizadas de saúde em serviços de alta densidade tecnológica. Tal situação fica evidente pela insuficiência de acesso à atenção primária à saúde, pela situação de sobrecarga nas portas de urgência e pela dificuldade de acesso a consultas e procedimentos eletivos em algumas especialidades (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2013).

Neste sentido, a ESF configura-se como um campo de força, em que o modelo econômico influencia, mas não determina suas relações. O modelo Saúde da Família surgiu no Brasil na década de 90 como uma proposta de incentivo à mudança na assistência à saúde, tornando-se uma política oficial do Ministério da Saúde (MS) em 1991, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que constituiu uma estratégia de proporcionar à população o acesso e a universalização do atendimento à saúde, por meio, da descentralização (FARIA, 2010).

O Programa Saúde da Família englobava até 2012, 112,5 milhões de brasileiros, ou seja, aproximadamente 56% da população estava coberta por estes serviços (FAUSTO, 2014). Tal programa visava substituir o pensamento sanitarista brasileiro, com foco no indivíduo e curativo, por um modelo de saúde coletivo, multi e interprofissional, centrado na família e na comunidade (MERHY, 2002). Ao propor que a atenção à saúde se centralize na família, a

proximidade com os ambientes físico e social dessas, possibilita aos profissionais da ESF o contato com as condições de vida e saúde, permitindo assim, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) traz como equipe mínima da ESF, um enfermeiro, um médico generalista ou de família, dois técnicos ou auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além desses, podem integrar a equipe, odontólogos, assistentes sociais, psicólogos, dentre outros profissionais (BRASIL, 2017).

A presença de profissionais com distintas formações e características permite um conjunto de ações multiprofissionais em uma perspectiva interprofissional, que é descrita pela OMS (2010) como uma importante estratégia na redução da crise mundial na força de trabalho em saúde, pois articula as diferentes equipes de serviços da rede de atenção. Desse modo, é possível a intervenção sobre os fatores de risco e na promoção da saúde; buscando a criação de vínculo e corresponsabilidade entre profissionais e população (FARIA, 2010). A partir dessa aproximação entre serviço de saúde e território, o cuidado desenvolvido pelos profissionais tem um maior significado, na medida em que se reconhecem os problemas sociais e de saúde que emergem deste espaço.

Um problema social existe quando a população enfrenta desigualdades sociais e injustiças. Tal questão está associada à extensão dos seus efeitos, como por exemplo, o aumento dos índices de mortalidade, desnutrição, analfabetismo, fome, exclusão pelas diferenças humanas, além do sofrimento. Os problemas sociais são produtos de um sistema social, econômico, político e cultural, sendo fenômenos configurados nas relações, na intersubjetividade e no viver cotidiano (CATÃO, 2011).

Por sua vez, a noção dos problemas de saúde transcende o enfoque na doença, englobando os fatores de risco, as necessidades e/ou determinantes dos modos de vida e saúde, numa abordagem integral (SILVA; BATISTELLA; GOMES, 2007). Segundo Minayo “a saúde enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada por todos os segmentos sociais” (2010, p.13). Portanto, os problemas de saúde estão presentes em qualquer serviço e carregados de significação social.

Englobando tanto problemas sociais como os de saúde o conceito dos determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha; considerando também os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à

população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego precários (BUSS; FILHO, 2007).

O Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (2011) enfoca que a determinação social vai muito além de determinantes isolados e fragmentados, que em uma perspectiva reducionista, são associados a fatores clássicos de riscos e estilos de vida individuais.

Não devemos permitir que o conceito de determinantes sociais seja banalizado, ou reduzido, simplificando-o ao tabagismo, ao sedentarismo, ou a uma inadequada alimentação. O que precisamos reconhecer é que por trás dessas práticas, existe uma construção social baseada na lógica de uma cultura hegemônica [...]. (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2011, p.1)

Segundo Pereira e Oliveira (2013), o desenvolvimento de políticas públicas com foco nos determinantes e principalmente na determinação das condições de vida e saúde é um grande desafio, pois pressupõe romper com o modelo tradicional de administração pública, que é fragmentado e burocrático. Diante disso, faz-se necessária a ampliação do conceito de saúde, capacidade de negociação/articulação, assim como a criação de mecanismos de participação democrática.

Andrade et al. (2015) descrevem que a melhoria da saúde da população depende de ações intersetoriais e da participação social. A participação social é fundamental para a mobilização do apoio às políticas, visando abordar disparidades nos determinantes sociais e enfrentar as desigualdades na saúde (WHO, 2011).

Conhecer a realidade das comunidades e suas especificidades é um meio de compreender o processo saúde-doença de forma ampla (DUARTE; SILVA; CARDOSO, 2007). No entanto, muitas vezes os profissionais estão preparados para identificar os determinantes sociais do processo saúde-doença, mas não se encontram capacitados para refletir e intervir sobre os mesmos (PEREIRA; OLIVEIRA, 2013).

O enfrentamento a determinação social da saúde requer profissionais que articulem o trabalho de maneira intersetorial com a realidade local do território, sendo capazes de estabelecer relações de cuidado efetivas, baseadas no acolhimento (PEREIRA, OLIVEIRA, 2013). Para Maciel et al (2008), o ACS é uma figura central na ESF, pois ao residir na comunidade em que atua, mostra-se familiarizado com os valores, costumes e linguagem, podendo assim produzir uma união entre o uso de tecnologia/conhecimento em saúde e as crenças locais.

O cotidiano de trabalho dos ACS tem seu foco em diferentes aspectos, como questões associadas à presença de agravos à saúde mental, desigualdade social, população insatisfeita com o serviço de saúde, analfabetismo, condições de higiene e moradia inadequadas (MINAYO; GUALHANO, 2015). Por estes motivos, na maioria das vezes, o ACS atua como mediador, auxiliando as famílias a resolverem problemas pessoais e conflitos.

O ACS tem um papel fundamental nas ações básicas de saúde, sendo visto como um facilitador comunitário, um agente transformador de saúde por meio de suas ações. Constitui assim, uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades, já que, além de trabalhar, é membro dessa e possui com ela um envolvimento pessoal, o que possibilita o fortalecimento do vínculo entre profissionais e comunidade (LOURENÇO et al., 2010). Esses profissionais são o elo entre a comunidade e a equipe de saúde, agindo no sentido de favorecer o enfrentamento de situações-problema que afetam a qualidade de vida das famílias (HILDEBRAND; SHIMIZU, 2008).

No processo de trabalho do ACS, a visita domiciliar (VD) é uma das atividades mais significativas, pois ao entrar na casa de uma família, adentra-se não somente no espaço físico, mas em tudo o que esse espaço representa. A VD se constitui em um instrumento de atenção à saúde, que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família *in loco*, desenvolver ações de promoção, controle, cura e recuperação, por meio de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e no âmbito da comunidade. Além disso, possibilita o desvelamento das dificuldades que cada família vivencia, bem como dos recursos e das fragilidades do território, de forma a promover a articulação e o fortalecimento comunitário (BRASIL, 2009a).

Por meio da atuação nos domicílios e nos diversos espaços comunitários, amplia-se tais locais para se pensar sua dinâmica micro e macro social. No micro espaço (domicílio e comunidade) cabe ao ACS detectar, orientar e apoiar os usuários para um melhor cuidado, tornando-se, no entanto, imprescindível socializar e discutir com a equipe de saúde os problemas identificados nas comunidades para que em equipe se possa oferecer estratégias, com o fim de qualificar a atenção. O espaço macro social, por sua vez, pode ser entendido por meio das estruturas econômicas, políticas e de poder que emolduram as relações. Desse modo, além dos ACS conhecerem as dificuldades e potencialidades da comunidade se desenvolver social e economicamente, eles identificam áreas e situações de risco (BRASIL, 2012).

Para Simões e Freitas (2016), estes trabalhadores têm como espaço de atuação territórios diversificados e marcados pela vulnerabilidade social, desse modo o processo de trabalho é caracterizado pelo enfrentamento das situações de acentuadas vulnerabilidades

sociais e ambientais, como o tráfico de drogas, a pobreza, o saneamento básico ineficiente e a presença de lixo no peridomicílio. Tais questões geram importantes reflexos no processo saúde-doença da população.

Acredita-se, também, que esses profissionais tenham a possibilidade de presenciar e/ou identificar casos de violência no espaço doméstico, situações que não seriam facilmente reconhecidas pelos demais profissionais da equipe da ESF, podendo assim atuar na prevenção, notificação e denúncia dos casos (HESLER et al., 2013).

Neste sentido, os ACS são atores essenciais no enfrentamento dos determinantes sociais de saúde, pois desenvolvem uma abordagem baseada no vínculo, na resolubilidade, dentro do possível, promovendo a integração do conhecimento científico e do saber popular (GONZALES et al., 2015). Porém, a prestação de um cuidado efetivo envolve obstáculos, tais como dificuldades em acessar os serviços locais e a rede de saúde, revelando a necessidade da escuta, acolhimento e persistência na realização das ações cotidianas. O vínculo que os profissionais desse modelo de atenção constroem com a comunidade aproxima-os de cada integrante das famílias, criando um espaço de acolhimento e confiança (LIRA; SILVA; TRINDADE, 2012).

Estudar estratégias de enfrentamento no cotidiano de trabalho dos ACS realça as dificuldades enfrentadas pela expansão da ABS no Brasil, principalmente no que diz respeito às precárias condições de infraestrutura e o desafio do trabalho em equipe na perspectiva da interprofissionalidade (PELLINI, 2016).

A falta de condições para suprir as necessidades de trabalho dos ACS constitui uma limitação que dificulta a operacionalização do seu trabalho com ênfase na integralidade do cuidado (OLIVEIRA et al., 2010). Segundo Lunardelo (2004), sintomas de estresse são frequentes nos ACS devido à inabilidade para o enfrentamento de situações como a violência, desigualdades e a impotência frente as diversas situações que vivenciam no seu trabalho.

Ao considerar o exposto, acredita-se que o trabalho do ACS é um elemento necessário para a construção de um modelo de atenção em saúde que se difere da lógica assistencialista e biomédica. Ao conhecer a realidade, cultura, valores e formas de vida dos usuários, o ACS promove a ampliação das discussões sobre a saúde da comunidade para além das questões puramente biológicas, contribuindo para uma reflexão acerca da melhoria da qualidade de vida dos usuários (NOGUEIRA, 2015). O enfrentamento dos problemas da comunidade e a mudança positiva de indicadores de saúde supõem uma relação de confiança entre a população e o sistema de saúde. Este, priorizando a legitimação das demandas e buscando sua

organização de forma a valorizar a atenção primária e a rede de atenção à saúde (OLIVEIRA et al., 2010).

A escolha dessa temática para a dissertação foi se configurando durante o curso de Enfermagem, na Universidade Federal do Rio Grande (FURG), onde analisei as representações sociais dos ACS que atuam na ESF, acerca da violência doméstica contra a mulher. Ao trabalhar com os ACS, foi possível identificar o papel de grande relevância dos mesmos no processo de ampliação da assistência à saúde da população.

No mestrado, foi oportunizado minha participação na análise dos materiais coletados do projeto intitulado “Diálogo entre diferentes saberes no cotidiano dos agentes comunitários de saúde”, devido ao meu interesse em continuar pesquisando sobre a categoria profissional dos ACS. Tal interesse justifica-se pela importância do entendimento das estratégias desenvolvidas pelos ACS no enfrentamento aos problemas com os quais são confrontados no dia-a-dia de trabalho nas comunidades.

Ao se analisar as potencialidades do ACS no exercício de seu trabalho, percebe-se a importância de sua atuação no envolvimento com a população para o enfrentamento dos problemas, sobretudo para a modificação das condições de vida. Além disso, o trabalho do ACS contribui para a qualificação das ações de saúde, que resultam, por exemplo, em reduções dos índices de mortalidade infantil, aumento das taxas de cobertura pré-natal, vacinação e vigilância à saúde (TOLENTINO, ANDRADE, 2008).

Desse modo, o presente estudo é norteado pela seguinte questão de pesquisa “Qual é a atuação do ACS frente às condições de trabalho e a determinação social da saúde em uma Gerência Distrital de Saúde, no município de Porto Alegre, RS?”

2 OBJETIVO GERAL

Compreender a atuação do ACS frente às condições de trabalho e a determinação social da saúde em uma Gerência Distrital de Saúde, no município de Porto Alegre, RS.

2.1 Objetivos específicos

Analisar a determinação social da saúde e sua relação como o trabalho dos ACS;

Estudar as estratégias de enfrentamento do agente comunitário de saúde frente às condições de trabalho e a determinação social da saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão é composta por três subcapítulos, sendo eles “A Atenção Primária à Saúde: construção e referências”, abordando questões relacionadas ao histórico da APS. Em segundo “A determinação social da saúde no processo de vida” e em terceiro “A profissionalização e atuação do agente comunitário de saúde”.

3.1 A Atenção Primária à Saúde: construção e referências

As discussões sobre as formas de organização das práticas de saúde têm se mostrado constantes, evidenciando uma maior reflexão a respeito dos avanços e desafios frente aos modelos em saúde. Nesse contexto, os modelos assistenciais ou modelos de atenção são descritos como um meio de organização, estruturados em função dos problemas de saúde (danos e riscos) de uma determinada população e que expressam necessidades de saúde, historicamente definidas (PAIM, 2003).

Os modelos de atenção organizam de modo implícito ou explícito o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com vistas a garantir a integralidade do cuidado ou não garantindo tal premissa. É esperado que um modelo de saúde comprometido com a integralidade em saúde da população articule as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas, epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde (MENDES, 2012). Nesse contexto, a integralidade em saúde pode ser entendida como um conjunto articulado de ações e serviços, com o propósito de oferecer um cuidado ampliado. Esse princípio orienta políticas e ações de saúde capazes de atender as demandas e necessidades no acesso à rede de serviços (SILVA; SENA, 2008).

Os objetivos dos sistemas de saúde, em geral, baseiam-se em quatro pilares: promoção à saúde, prevenção de doenças, assistência e recuperação da saúde. O primeiro pilar envolve políticas de informação à população e questões genéricas de saneamento básico, por exemplo. A prevenção diz respeito à aplicação de ações prévias da estrutura de saúde junto ao cidadão para impedir a instalação de problemas de saúde evitáveis. No que tange à assistência, entende-se como prestação imediata e emergencial de atendimento em saúde ao cidadão no momento de necessidade. Por fim, o aspecto de recuperação da saúde envolve o acompanhamento do indivíduo na conclusão do atendimento para que o resultado alcançado seja o mais eficiente possível (BRASIL, 2000). Nesse contexto a longitudinalidade do

cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, favorecendo o acompanhamento do paciente e a efetividade do tratamento, além de contribuir na implementação de ações de promoção à saúde (BRASIL, 2012).

O modelo biomédico, consequência do relatório Flexner, mostrou-se por muitos anos influenciador, e por vezes ainda influencia, na organização dos serviços, na produção do conhecimento e formação profissional, adotando uma lógica linear e mecanicista (FERTONANI, 2015). Com raízes na revolução microbiana e sucesso no tratamento de diversas doenças, o modelo biomédico ainda é reconhecido e incorporado pelos serviços de saúde, porém suas limitações são conhecidas, entre elas destaca-se o foco no indivíduo, a ênfase nas ações curativas, medicalização e a incapacidade de compreender a multidimensionalidade do ser humano (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007). A partir dos anos 70, esse modelo de atenção à saúde desencadeou em nível nacional e internacional um movimento de críticas, que foi intensificado nos anos 80 (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998; CAPRA, 2012).

Em 1977, a 30ª Assembleia Mundial de Saúde aprovou a Resolução 30.43, que estabelecia como principal meta o alcance de um nível de saúde que permitisse a toda a população a oportunidade de levar uma vida social e economicamente produtiva, assumindo uma proposta política de extensão da cobertura dos serviços básicos de saúde. Tal meta ficou conhecida como “Saúde para Todos” (PAIM, 1986; WHO, 1995).

Um ano depois, em setembro de 1978, em Alma Ata, capital do Casaquistão, foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. A Conferência resultou na adoção de uma declaração que reafirmou o significado da saúde como um direito fundamental, e uma das mais importantes metas sociais mundiais, definindo que cuidados primários de saúde abordam os problemas de saúde da comunidade e visam a proteção, cura e reabilitação dos indivíduos (MENDES, 2004).

Em 1986, realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde no Brasil, referendando mudanças no modelo de saúde ao explicitar em seu relatório as diretrizes para a reorganização do sistema. Essa conferência se tornou um dos grandes marcos da saúde brasileira, evidenciando um dos principais momentos da luta pela universalização da saúde, contando com a participação de diferentes atores sociais implicados na transformação dos serviços de saúde (BRASIL, 2009b). O relatório desta Conferência influenciou as responsabilidades do Estado em assegurar o direito à saúde para toda a população, garantindo condições de acesso e qualidade dos serviços, servindo de subsídio para a elaboração da nova Constituição de Saúde do Brasil (BRASIL, 1988).

Como consequência de uma luta por igualdades de direitos da população, em 1990, iniciou a implantação do SUS, voltado ao atendimento da população em geral, com atribuições e competências para os níveis Federal, Estadual e Municipal. Desse modo os princípios e diretrizes do SUS passaram a ser um eixo de orientação para as práticas assistenciais e de gestão em saúde (BRASIL, 1990).

A consolidação do SUS apoia-se na compreensão de que os serviços de saúde necessitam estarem organizados a partir de uma rede de cuidados articulada, com fluxos conhecidos e regulados, cujo objetivo é acolher as necessidades dos usuários e sociedade, definidas por critérios epidemiológicos, econômicos e culturais (ELIAS, 2004).

No SUS a APS é compreendida como a principal porta de entrada do sistema, a ordenadora da RAS e a coordenadora do cuidado. Portanto, a APS se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, sendo desenvolvida por meio de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “Atenção Básica à Saúde” e “Atenção Primária à Saúde” equivalentes, associando a ambos os princípios e as diretrizes definidas em tal documento (BRASIL, 2012). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a APS como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento (OMS, 1978, p.01).

Em contraste com a tendência internacional do uso de “Atenção Primária à Saúde”, a expressão “Atenção Básica à Saúde” foi oficializada pelo governo brasileiro, que passou a denominar assim suas secretarias e documentos oficiais (BRASIL, 2012).

Gil (2006) ao analisar documentos oficiais do MS e em revisão de literatura brasileira discute sobre o que distingue tais termos, no descritor “Atenção Primária à Saúde”, por exemplo, as concepções encontradas remetem a um pacote básico de serviços, decorrentes do caráter racionalizador defendido por alguns atores das agências financeiras que preconizavam a redução do financiamento e gastos em saúde, em detrimento das reais necessidades de saúde das populações dos países periféricos. O conceito de ABS para a autora não está livre da influência do Banco Mundial na organização das ações de Saúde, no entanto, foi incorporado ao cotidiano do setor saúde, especialmente a partir da NOB-96 (a qual definia a participação das três esferas de gestão no financiamento do SUS).

Para adquirir conceitos e práticas bem definidas a APS implantou e aperfeiçoou programas, um deles foi o PACS. Esse programa proporcionou a redução da mortalidade materna e infantil no nordeste e aumentou a cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas (OLIVEIRA; SALIBA, 2005).

O Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, veio como resposta às necessidades de uma atenção integral desenvolvida pela equipe multiprofissional. Com esse programa foi introduzida uma visão ativa de intervenção em saúde, de não esperar a demanda para a intervenção, mas sim, agir preventivamente (CEARA, 2003). A adesão crescente ao PSF acabou por promover a construção da portaria 648 de 28 de março de 2006, que aprovou a PNAB e estabeleceu que a ESF passasse a ser uma estratégia prioritária para organização da APS no Brasil, a partir de então menciona-se “Estratégia Saúde da Família” (FIGUEIREDO, 2005; SAITO, 2008; RODRIGUES, 2011).

A principal estratégia de configuração da APS no Brasil é a Saúde da Família, que tem recebido importantes incentivos financeiros visando a ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção (MATTA; MOROSINI, 2009). A ESF é caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (HESLER et al., 2013). Essas ações, desenvolvidas por uma equipe de saúde, são dirigidas a cada pessoa, às famílias e à coletividade de um determinado território e se orientam pelos princípios da acessibilidade, vínculo, humanização, participação social e coordenação do cuidado (BRASIL, 2009a).

O interesse em promover assistência integral às famílias partiu de experiências desenvolvidas na Inglaterra, Suécia, Canadá e Cuba (OLIVEIRA; BEZERRA, 2011). O sistema de saúde britânico é um dos mais tradicionais, nasceu após o término da Segunda Guerra, em 1948, e foi estruturado e planejado a partir da experiência dos profissionais da área, direcionado para o interesse da população. Esse sistema é um exemplo de ABS no mundo, é um modelo universal, gratuito e, acima de tudo, eficaz. O SUS se inspirou em muitos de seus princípios, por isso o sistema de saúde do Reino Unido é considerado quase um “pai” do sistema de saúde brasileiro (GONÇALVES, 2011).

No sistema de saúde da Suécia o Estado se responsabiliza pela saúde dos seus cidadãos, sendo a saúde entendida como direito de cidadania e não como relação de consumo. Trata-se de um sistema universal, em que os cidadãos têm direito à assistência, sem uma tributação recorrente, além daquela já provida através dos impostos (BISPO JUNIOR; MESSIAS, 2005). No que diz respeito ao sistema de saúde canadense, o mesmo é predominantemente financiado pelo setor público, por meio das redes provinciais de hospitais

públicos e de estabelecimentos autônomos de saúde, onde todos os canadenses têm acesso aos hospitais e aos médicos que forem necessários (TOMACHESKI, 2007).

Outro sistema de saúde que merece destaque é o de Cuba. Baseado na medicina preventiva, esse sistema de saúde é reconhecido em nível mundial por sua excelência e eficiência. Cuba conseguiu tornar universal o acesso à saúde a todas as categorias da população, alcançando resultados similares aos das nações mais desenvolvidas. Esse país atingiu em 2010 uma taxa de mortalidade infantil de 4,5 para cada 1.000 nascimentos, que é considerada a mais baixa das Américas (OSA, 2011).

Cuba contabiliza 381 áreas de saúde com cobertura completa do Programa do Médico da Família, com uma abrangência de mais de 99,1% da população cubana. A equipe de saúde é composta por um médico e um enfermeiro, esses profissionais são os responsáveis pelas VD conforme o sistema de “*dispensarização*” (classificação da população de acordo com o estado de saúde), ou outras necessidades. A figura do ACS não está presente nesse sistema de saúde, as pessoas responsáveis pelo elo entre o estado e a comunidade, são membros de organizações populares, como voluntários e aposentados (REPÚBLICA DE CUBA, 2013; ALOMA, 2005).

Diante dos cenários dos sistemas de saúde, o Brasil passou a ser o único país da América Latina a possuir um sistema universal em saúde, aproximando-se da experiência de países citados acima (MARQUES; MENDES, 2012).

A implementação do SUS é compreendida como a maior política de inclusão social da história, rompendo uma divisão injusta, ao tornar a saúde um direito de todo cidadão e um dever do Estado (MENDES, 2013). Porém, diante de sua complexidade e dificuldade de construção de um sistema universal de saúde, observam-se desafios relacionados à organização e à fragmentação das políticas, o insuficiente financiamento e as desigualdades em saúde (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

A expansão da ESF demonstra transformações na gestão de serviços e com isso, modifica o mercado de trabalho do setor de saúde, especialmente para os enfermeiros, conforme estudo realizado em Goiânia, onde 69,2% dos vínculos são na ESF (CARRIJO et al., 2007). Contudo, velhos e novos desafios persistem e indicam a necessidade de articulação de estratégias de acesso aos demais níveis de atenção à saúde, de forma a garantir o princípio da integralidade, assim como a necessidade permanente de ajuste das ações e serviços locais de saúde, visando à apreensão ampliada das necessidades de saúde da população e a superação das desigualdades entre as regiões do país (MATTA; MOROSINI, 2009).

3.2 A determinação social da saúde no processo de vida

Os debates sobre o conceito dos determinantes sociais da saúde iniciaram-se a partir do entendimento de que as intervenções curativas e orientadas para o risco de adoecer eram insuficientes para a produção da saúde e qualidade de vida em uma sociedade (REIBNITZ JUNIOR et al., 2013). Os determinantes sociais são descritos como a “caracterização da saúde e da doença, mediante fenômenos que são próprios dos modos de convivência da pessoa, um ente que trabalha e desfruta da vida compartilhada com os outros, um ente político, na medida em que habita a polis” (NOGUEIRA, 2010, p.09).

A vida é determinada socialmente em todas as suas dimensões, nesse sentido, a determinação social da saúde consiste na compreensão de que as possibilidades de desempenho da população, bem como o acesso aos bens necessários, dependem do nível de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção estabelecidas em cada formação social (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014). Portanto, a determinação busca compreender as causas das condições de vida e trabalho, por exemplo.

“A determinação social da saúde é um referencial teórico que discute a abrangência da coletividade e do caráter histórico-social do processo saúde-doença, não colocando em foco discussões de dados epidemiológicos individuais. Propicia explicitar a relação entre o biológico e o social” (ROCHA; DAVID, 2015, p.132).

Para Nogueira (2010) e Breilh (2010) a determinação social da saúde busca a mediação entre a realidade fragmentada e a totalidade social, considerando um campo amplo, onde se produzem os processos saúde-doença. Porém salientam que o neopositivismo e a ciência contemporânea reduziram o conceito de determinante ou determinação social da saúde a um fator causal empírico, através do uso de métodos e inferências estatísticas, onde utilizando uma compreensão mais descritiva e densa dos contextos de saúde, privilegia-se a identificação de variáveis sociais mensuráveis (NOGUEIRA, 2010; BREILH, 2010).

Segundo Buss e Fialho (2007) a saúde depende da forma como se organiza e vive a sociedade, incluindo a influência da globalização, nos aspectos econômicos, políticos e de saúde propriamente dito, transcendendo a questão puramente biológica. Diferentemente da teoria da unicausalidade, que considera como fator único de surgimento de doenças um agente etiológico (vírus, bactérias, protozoários). Na perspectiva mais ampla o conceito de saúde-doença estuda os fatores biológicos, econômicos, sociais e culturais e, com eles, pretende mapear surgimento ou recrudescimento de alguma enfermidade (BUSS; FIALHO, 2007).

O processo saúde-doença está diretamente relacionado à forma como o ser humano se apropria da natureza para transformá-la, por meio dos processos produtivos, buscando o atendimento às suas necessidades. Sendo assim, as condições de vida e trabalho dos indivíduos, estão relacionadas com sua situação de saúde (GUALDA; BERGAMASCO, 2004; BUSS; FILHO, 2007).

Considerado como resultante de fatores biopsíquicosociais, o processo saúde-doença se faz presente nas políticas públicas para a saúde, instituídas após a Constituição Brasileira de 1988. Essa Constituição define a saúde como resultante de inúmeros fatores, garantindo mediante políticas sociais e econômicas a redução dos riscos de adoecer e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O processo saúde-doença é influenciado e influenciador nas condições de vida. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 foi descrito que a saúde é consequência das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso/posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1986). Assim, o serviço de saúde é um meio para buscar a recuperação, reabilitação e ou promoção e, precisa agir intersetorialmente para atender as necessidades de saúde dos usuários.

Desse modo, ao se pensar em determinantes sociais de saúde é fundamental considerar as necessidades de saúde da população. O conhecimento das necessidades de saúde dos usuários é evidenciado como potencialidade para a melhora do cuidado. As necessidades devem estar articuladas ao fator social, determinadas e construídas socialmente, assim contribuindo para a transformação nas práticas de saúde (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011).

As necessidades em saúde não são apenas problemas de saúde, como doenças e agravos, mas dizem respeito também a carências ou vulnerabilidades, que expressam modos de vida e identidades, por isso exige a instrumentalização dos profissionais de saúde, para que possam reconhecê-las nos diferentes grupos sociais, valorizando a liberdade de expressão dos sujeitos envolvidos e os significados atribuídos aos seus modos de vida (PAIM, 2006).

Para maior compreensão das necessidades de saúde, devem-se considerar vários elementos, entre eles: as condições de vida, pois o modo como se vive traduz-se em diferentes necessidades; a autonomia, na qual cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, indo além da informação e da educação. Outros elementos a serem considerados são o acesso às tecnologias que melhoram e prolongam a vida, neste caso, o valor determinado para cada tecnologia deve ser definido pela necessidade de cada pessoa e a formação de

vínculos profissionais ou equipe dos sistemas de saúde/usuário, essa relação deve ser contínua e de confiança com o profissional (CECÍLIO, 2006).

Em vista disso, cabe a equipe de saúde, contribuir com a autonomia dos usuários, de modo que cada um seja protagonista de sua produção de saúde. Além disso, se torna essencial compreender o indivíduo como um todo, como alguém que vive a experiência da necessidade, do adoecimento e que carrega valores e significados subjetivos, únicos, capazes de interferir na qualidade do cuidado prestado (CAPONI, 2006).

Para isso, os profissionais devem ser capazes de traduzir o que não é pronunciado em um primeiro contato com o usuário. É necessário compreender que o corpo humano não é um produto isolado, e sim, um ser que está inserido em um contexto social, cultural e político. É preciso considerar a interação saúde-doença-adoecimento-sociedade, como as condições de vida impostas e os estilos de vida escolhidos pelos próprios indivíduos, para além da sua simples escolha, mas que elas ocorrem num determinado contexto, por exemplo, o hábito de fumar, pode mascarar a carência de estrutura de lazer (CAPONI, 2006).

3.3 A profissionalização e atuação do agente comunitário de saúde

Na década de 50, o Ministério da Saúde possibilitou, através do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), a incorporação das visitadoras sanitárias, com o objetivo de ampliar as atividades das Unidades de Saúde (US) para áreas desassistidas. As visitadoras eram preparadas para orientar as famílias em assuntos de higiene, saneamento e nutrição. Nas suas visitas, observavam os hábitos dos moradores e as condições de moradia (CAMPOS, 2006).

Duas décadas depois, em 1970, houve a incorporação de agentes de saúde pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) no Nordeste. Os agentes levavam serviços básicos de saúde à população carente. Assim, a categoria do agente de saúde foi vista como uma nova configuração de trabalhadores, marcada pela emergência de novos atores sociais e novos padrões de ações coletivas (FLORES et al., 2008). Os ACS não possuíam escolaridade definida e não faziam parte da equipe de saúde, apesar de terem supervisão dos enfermeiros (SILVA; DALMASO, 2004).

A década de 1990 foi decisiva para os ACS, nesse período, os mesmos passaram a ser considerados integrantes da equipe básica de saúde a partir do PACS, desempenhando importante papel na APS ao agir como um elo entre famílias, usuários e serviço de saúde, determinando a entrada de uma nova expectativa de oferecimento de serviços de saúde no interior das comunidades (COSTA; CARVALHO, 2012).

No ano de 1997 foi estabelecida a base legal para a profissão de ACS. E, em 1999, foram definidas as diretrizes para o exercício das atividades. Porém, somente em 2002 a profissão foi regulamentada pela Lei nº 10.507, que definiu como funções básicas desse profissional a prática de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas nos domicílios e na comunidade (BARROS et al., 2010). Tal lei foi revogada no ano de 2006 para que ajustes pudessem ser realizados. A nova regulamentação ocorreu com a promulgação da Lei nº 11.350 de 05 de outubro de 2006, onde as atividades de ACS e de agentes de combate às endemias passaram a reger-se pelo disposto nessa lei (BARROS et al., 2010).

Em recente portaria, nº 958 de 10 de maio de 2016, o ACS deixaria de compor a equipe mínima de saúde, com o propósito de ampliar a capacidade clínica, tais trabalhadores poderiam ser substituídos por técnicos de enfermagem. No entanto, dois meses depois a portaria foi revogada pela necessidade de maior diálogo entre gestores, profissionais e usuários (BRASIL, 2016a). Recentemente foi divulgado no portal do MS a “nova PNAB”. Entre as alterações propostas está a unificação das funções dos ACS e de agentes de combate às endemias. O novo documento prevê que o ACS possa realizar curativos, aferir pressão e glicemia, atividades que hoje são privativas do campo da enfermagem (BRASIL, 2017a). Frente a tal cenário, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) decidiu encaminhar um ofício ao MS solicitando esclarecimentos sobre o assunto. Com base na análise e retorno do MS, o Cofen adotará as medidas cabíveis, caso haja confronto com o previsto na Lei do Exercício Profissional, que regulamenta as atividades de todos os profissionais da área de Enfermagem, zelando pela qualidade dos serviços prestados (COFEN, 2017).

Algumas das atribuições específicas do ACS são: trabalho com adscrição de famílias em base geográfica definida (microárea); orientação às famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; realização de atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; VD; desenvolvimento de atividades de promoção da saúde; prevenção das doenças e vigilância à saúde, além de ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população (BRASIL, 2017b).

O MS elucida que o número de ACS deve ser suficiente para amparar 100% da população cadastrada com um máximo de 750 pessoas por ACS. No Brasil, mais de 253 mil ACS estão em atuação, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, por meio de ações de promoção e vigilância em saúde (BRASIL, 2017b).

Em Porto Alegre, capital gaúcha uma nota técnica que dispõe sobre o trabalho do ACS pactuou que pelo menos 50% da jornada semanal deverá ser utilizada para realização de VD

no território e apresenta como meta mensal a realização de 120 VD (PREFEITURA DE PORTO ALEGRE, 2016). Por meio da VD o ACS tem a possibilidade de conhecer e intervir sobre as necessidades de saúde da população, aproximando a equipe da ESF dos determinantes do processo saúde-doença, diminuindo ou solucionando os problemas encontrados (KLEBIAN; ACIOLI, 2014). Nesse contexto, é fundamental a atuação dos ACS como mediadores, inclusive fazendo parte das redes de apoio social no território para a promoção da saúde.

Segundo Costa e Lopes (2012), a VD realizada pelo ACS é a principal forma de desvelamento dos atos violentos, pois diariamente esses profissionais entram nos lares e criam laços de amizade com as usuárias do serviço, tornando-se alguém com quem as mulheres desabafam. Além disso, a VD proporciona um maior entendimento sobre os processos de adoecimento, incluindo a dimensão social, territorial e familiar, potencializando o trabalho interprofissional e as relações cooperativas entre os trabalhadores (CUNHA, 2013).

Conforme uma pesquisa realizada por Lacerda, Casanova e Teixeira (2011), os principais problemas identificados no cotidiano de trabalho dos ACS e agentes de vigilância em saúde são o lixo, a circulação de um grande número de roedores, a violência, a ausência de ações intersetoriais e a falta de infraestrutura, tais como caixa de água, vaso sanitário, ventiladores e saneamento. Os trabalhadores destacam a precariedade de ações voltadas para as necessidades de saúde da população.

No que se refere à atuação dos ACS à problemática da violência em geral e em especial contra a mulher, o medo e a insegurança muitas vezes ficam evidentes. O fato dessa categoria profissional residir na comunidade onde trabalha, faz com que os mesmos se sintam ameaçados ao ajudarem a vítima, temendo represálias a si ou a sua família (VIEIRA et al., 2013). Porém, esses sentimentos podem contribuir para a permanência dos atos violentos, uma vez que, por se sentirem expostos ao agressor, estes acabam intervindo de maneira discreta e inespecífica, negando-se a atenção que é necessária (BEZERRA; MONTEIRO, 2012).

Assim, observa-se que o trabalho do ACS tornou-se muito relevante para a qualidade do cuidado em saúde. A atuação desses profissionais tem se pautado na criação de ambientes favoráveis à saúde e no desenvolvimento de habilidades e reforço da ação comunitária (ARAÚJO; ASSUNÇÃO, 2004). Desse modo, transformam-se em atores imprescindíveis para as ações que envolvem o desenvolvimento psíquico, físico, econômico, político e social da população (BARALHAS; PEREIRA, 2013).

A ação do ACS busca facilitar o processo de cuidar, uma vez que ele pertence a comunidade onde trabalha, circunstância que possibilita a formação de vínculo com a comunidade. De acordo com a Lei nº 11.350/2006 são necessários três requisitos fundamentais para se tornar ACS, são eles: morar na área de abrangência que vai trabalhar; ter concluído ensino fundamental; e ter concluído o curso introdutório de formação inicial e continuada (BRASIL, 2006a).

O ACS deve conhecer a realidade local da comunidade, suas funções transcendem o campo da saúde, exigindo-lhes atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000). A atuação desse profissional facilita o diagnóstico das situações de risco e transformação nas condições de saúde.

No seu cotidiano de trabalho o ACS assume o compromisso de fazer uma mediação entre a população e a ESF (CARDOSO; NASCIMENTO, 2007). Neste sentido, a mediação é utilizada para designar a troca de saberes e lógicas distintas, capaz de superar a dicotomização das relações entre profissionais de saúde e população.

Por esse profissional ser membro da comunidade onde trabalha, ele convive com a realidade local e conhece os valores, satisfações e insatisfações dos indivíduos que residem na localidade (BRAND ANTUNES; FONTANA, 2010). O trabalho dos ACS contribui para a qualificação das ações de saúde, resultando na redução dos índices de mortalidade infantil, aumento das taxas de cobertura pré-natal, vacinação e vigilância à saúde (BRASIL, 2002). Além disso, inclui a percepção das potencialidades e adversidades da comunidade, sem que, sejam negadas a cultura e a vivência dos indivíduos (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2008).

Um estudo realizado com 409 crianças, na cidade de São Paulo, acerca das mudanças em indicadores de saúde infantil ao longo de três anos, evidenciou que após a atuação de 12 ACS previamente treinados, os indicadores de saúde infantil estudados foram sistematicamente melhores em comparação aos indicadores de um município vizinho tomado como controle. Desse modo, revela-se bastante provável que os ACS tenham contribuído para essas melhorias, apontando assim, o impacto positivo do trabalho desses profissionais na comunidade (CÉSAR et al., 2002).

Segundo Hesler et al. (2013), no que se refere às práticas de cuidado e estratégias de enfrentamento utilizadas pelos ACS frente à violência doméstica contra a mulher, por exemplo, salienta-se a construção de estratégias de cuidado junto com a equipe de saúde, discutindo as condutas terapêuticas e assistenciais a serem conduzidas em relação ao caso.

Além do vínculo, escuta e diálogo, que são ferramentas fundamentais para o desenvolvimento da atenção às demandas das mulheres.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Essa pesquisa se insere em um projeto intitulado “O diálogo entre diferentes saberes no cotidiano dos agentes comunitários de saúde” da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tendo como foco de pesquisa articular mutuamente saberes que envolvem o campo epistêmico - conceitual e a experiência do saber dos trabalhadores.

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza qualitativa, a qual se caracteriza por trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, esse conjunto de dados, considerados qualitativos, corresponde a um espaço mais profundo das relações (MINAYO, 2007). Segundo Minayo (2007), tanto as intencionalidades inerentes aos atos das pessoas, quanto as reações, estão incorporadas na pesquisa qualitativa, cujo tipo explica os meandros das relações consideradas essência e resultado da atividade humana, afetiva e racional que pode ser apreendida no cotidiano, por meio da vivência e da explicação. Ainda, pode responder às questões particulares, num espaço mais profundo das relações, considerando como sujeitos do estudo pessoas pertencentes a um determinado grupo, com suas crenças, concepções, valores, significados e práticas individuais.

4.2 Contexto de estudo

O município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul apresenta uma população de 1.476.867 habitantes, seu território está dividido em 17 Distritos Sanitários (DS). (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014). Os DS de Porto Alegre estão agrupados em oito Gerências Distritais, que são estruturas administrativas, gestoras microrregionais e também espaços de discussão e prática, onde são operacionalizadas todas as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2016).

O cenário do estudo, no qual este projeto se insere, foram as ESF localizadas nos DS Glória/Cruzeiro/Cristal, pertencentes a Gerência Distrital Glória, Cruzeiro, Cristal (GDGCC) que atende uma população estimada em 160.000 habitantes, o mesmo conta com 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 34 equipes de ESF, porém na época da coleta dos dados, no período de agosto de 2015 à fevereiro de 2016, o quantitativo de equipes era 28

(SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2016). A escolha da região deu-se pela sua vinculação à UFRGS, sendo o local prioritário onde ocorrem as práticas de estágio do Curso de Enfermagem.

4.3 Participantes

Os participantes da pesquisa foram os ACS de cada uma das 28 equipes da região Glória/Cruzeiro/Cristal. Em reunião na Gerência Distrital, a pesquisa foi apresentada e então solicitada a indicação de um ACS por equipe. O convite aos ACS ocorreu pelos coordenadores das unidades. Portanto, a amostra dos participantes foi intencional. Na amostragem intencional o pesquisador escolhe intencionalmente alguns elementos para fazer parte da amostra, com base no seu julgamento de aqueles seriam representativos da população (MATTAR, 1996).

Os critérios de inclusão dos profissionais foram: 1) fazer parte do quadro funcional do serviço, independente do vínculo empregatício; 2) ter idade igual ou superior a 18 anos; 3) atuar no serviço há pelo menos três meses. Foram excluídos os agentes que estivessem afastados do trabalho no período da coleta de dados.

Foram realizados três grupos focais, com três encontros cada, totalizando nove encontros (Quadro 1). Participaram no primeiro grupo focal nove ACS; no segundo iniciaram nove ACS e ocorreu a perda de duas participantes; e no terceiro iniciaram dez e houve uma perda, totalizando assim, 25 participantes na pesquisa. Com estes as entrevistas foram realizadas em seus locais de trabalho, após agendamento prévio.

Quadro 1 – Quadro referente ao número de grupos focais realizados.

Grupos Focais	ACS
1º grupo focal (três encontros)	Nove participantes
2º grupo focal (três encontros)	Iniciou com nove participantes (duas perdas)
3º grupo focal (três encontros)	Iniciou com 10 participantes (uma perda)
Total	25 ACS

Quadro 2 – Quadro referente à caracterização dos participantes da pesquisa.

	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE	RAÇA/COR	TEMPO DE SERVIÇO NA ESF
ACS 01	45	F	Superior incompleto (Pedagogia)	Negra	13 anos
ACS 02	48	F	2º grau completo	Branca	2 anos
ACS 03	51	F	Superior completo (Assistente Social)	Negra	15 anos
ACS 04	57	F	2º grau completo	Negra	15 anos
ACS 05	27	F	2º grau completo	Parda	1 ano e meio
ACS 06	41	F	2º grau completo	Negra	1 ano
ACS 07	36	M	2º grau completo	Branca	1 ano e 4 meses
ACS 08	55	F	2º grau completo	Branca	1 ano e 3 meses
ACS 09	33	F	Superior completo	Negra	1 ano e 5 meses
ACS 10	52	F	Ensino superior incompleto (Ciências Sociais)	Branca	10 anos
ACS 11	33	F	2º grau completo	Negra	1 ano
ACS 12	54	F	1º grau completo	Branca	13 anos
ACS 13	58	F	2º grau completo	Negra	19 anos
ACS 14	33	F	2º grau completo (Técnica em enfermagem)	Parda	1 ano e 2 meses
ACS 15	34	F	2º grau completo (Técnica em radiologia)	Branca	1 ano e 3 meses
ACS 16	46	M	2º grau incompleto	Negro	14 anos
ACS 17	Não quis relatar	F	Superior incompleto (Serviço Social)	Branca	2 anos
ACS 18	39	M	2º grau completo	Branco	3 anos
ACS 19	39	F	2º grau completo	Branca	11 anos
ACS 20	42	F	2º grau completo (Técnica em Enfermagem)	Branca	1 ano e meio
ACS 21	34	F	Superior incompleto	Parda	11 anos
ACS 22	51	F	2º grau completo	Branca	14 anos

ACS 23	49	M	2º grau completo	Negro	8 meses
ACS 24	61	F	2º grau completo	Negra	13 anos
ACS 25	49	M	Superior incompleto (Publicidade e propaganda).	Negro	3 anos

Em relação à caracterização dos sujeitos da pesquisa (Quadro 2), a mediana de idade foi 45 anos, idade mínima 27 e máxima 61 anos de idade. A maioria dos participantes era do sexo feminino, 20 mulheres. A autodeclaração da raça/cor apresentou o mesmo quantitativo de brancos e negros (11, respectivamente) e três pardos. Quanto à escolaridade, 16 dos participantes tinham o ensino médio completo e/ou formação técnica; cinco tinham o ensino superior incompleto; três possuíam o ensino superior completo; e um indicou ter o ensino fundamental completo. A mediana de tempo em exercício da profissão como ACS foi de dois anos (tempo mínimo de oito meses e máximo de 19 anos).

4.4 Geração de dados

A geração de dados ocorreu inicialmente por meio de grupo focal (APÊNDICE A) e a seguir foram realizadas entrevista semiestruturada para aprofundar as experiências relatadas pelos informantes (APÊNDICE B). Para Gatti (2005) o trabalho em grupos focais permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, entendendo práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias no trato de uma dada questão por pessoas que partilham algumas características em comum, relevantes para o estudo do problema visado.

A realização dos grupos focais aconteceu no período de agosto a novembro de 2015, na Escola de Enfermagem da UFRGS, durante um turno de trabalho, previamente acordado com a GD. Um veículo da Universidade, com a presença de um bolsista, buscava e posteriormente levava os participantes até seus locais de trabalho, ambos os trajetos totalizavam duas horas. Cada encontro teve duração de aproximadamente 1h:30min. A moderadora do grupo focal foi a coordenadora do projeto e os observadores foram três bolsistas, previamente capacitados.

No que se refere às entrevistas, as mesmas foram realizadas em seus locais de trabalho após agendamento prévio, no período de novembro de 2015 a fevereiro de 2016 pela coordenadora e bolsistas do projeto, estavam presentes dois entrevistadores em cada encontro. A entrevista semiestruturada parte de questionamentos prévios, conforme as questões de pesquisa e permite que a partir das respostas do informante criem-se novas indagações, ocorrendo o enriquecimento das informações (TRIVIÑOS, 1987). A entrevista realizada em profundidade procura conhecer significados, explorar nuances, capturar as áreas obscuras que podem escapar às questões de múltipla escolha que meramente se aproximam da superfície de um problema (ANGROSINO, 2009).

4.5 Análise do material produzido

A operacionalização para a análise do material produzido a partir dos grupos focais e entrevistas semiestruturadas foi realizada pela análise de conteúdo do tipo temática, segundo Minayo (2010). Para a autora “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 2010, p.316). A análise temática acontece em três fases (MINAYO, 2010): 1) pré-análise - compreende o período em que se organiza o material; 2) exploração do material - é o momento em que se codifica o material, organizando-o em categorias teóricas ou empíricas; 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação - nesta fase os achados empíricos serão interpretados a luz do quadro teórico.

O software Nvivo versão 10 auxiliou na organização do material. No que se refere à apresentação dos resultados, o *software* possibilita a utilização de variados recursos, entre eles a identificação da frequência dos termos empregados pelos informantes, a nuvem de palavras, esquemas ou modelos dinâmicos, gráficos e relatórios. A nuvem de palavras consiste em uma das formas de visualizar os resultados do estudo. É obtida a partir da ferramenta “frequência de palavras” que possibilita gerar uma lista dos termos mais citados nas entrevistas. Nessa nuvem, há uma relação direta entre o tamanho do desenho da palavra e sua frequência de verbalização (GRIJÓ, 2013).

4.6 Aspectos éticos

O projeto ao qual o presente estudo está vinculado atendeu às prerrogativas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012,

do Conselho Nacional de Saúde, quanto à aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS sob o nº 1.009.554 (ANEXO A), Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria da Saúde de Porto Alegre sob o nº 1.147.128 (ANEXO B). A concordância dos participantes foi manifestada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). O presente estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (ANEXO C). Visando preservar o anonimato dos participantes da pesquisa, as falas foram identificadas pelas letras ACS, acrescidas de número arábico. E para os grupos focais identificou-se como GF acrescido do número que o grupo foi realizado (GF1, GF2 ou Gf3).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Buscando compreender as condições de trabalho em que os ACS estão frequentemente expostos, assim como o fenômeno da determinação social da saúde, foram construídas três categorias empíricas a partir do relato dos ACS, são elas: “Contextualizando a gestão e as relações de trabalho: ausências sentidas”; “Determinação social da saúde: aspectos que influenciam na vida da população”, e por fim, “Estratégias de enfrentamento às condições de trabalho e a determinação social da saúde”.

5.1 Contextualizando a gestão e as relações de trabalho: ausências sentidas

Ao serem questionados sobre o processo de trabalho, os ACS declararam que após a implementação da ESF, suas atividades eram voltadas para a promoção da saúde, com realização de atividades individuais e coletivas. No entanto, percebem que atualmente há um distanciamento entre eles e a comunidade em função das atividades desenvolvidas no interior das US, que vão desde atuar na recepção ao agendamento via sistema informatizado para consultas e exames.

De acordo com a Portaria nº. 958 é atribuição de toda equipe alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica, registrando adequadamente as ações realizadas, por meio de preenchimento manual e/ou digital das informações (BRASIL, 2016a). No entanto, foi trazido pelo grupo a sobrecarga de tais atividades no cotidiano de trabalho.

“Acho que hoje o trabalho do agente comunitário tomou outras direções. A gente faz um trabalho muito administrativo, dentro da própria unidade e deixa de fazer a prevenção, promoção, certos tipos de cuidados com as pessoas e grupos”. (2º GF)

Para os ACS, sua permanência no interior da US prejudica as atividades de acompanhamento das pessoas adoecidas, especialmente aquelas com certa prioridade nas ações em saúde, como pessoas com hipertensão, diabetes, gestantes e os menores de um ano de idade. Eles relataram que ocorre um afastamento dos problemas locais, resultando não só na descaracterização do seu trabalho, como da própria ESF.

“Eu não estou fazendo o meu trabalho, o meu trabalho não é recepção, na minha carteira está agente de saúde. Isso prejudica tudo, porque eu não estou sabendo o que minha comunidade tem, eu não vou saber o que está acontecendo se eu não for na casa deles”. (ACS 24)

Os ACS caracterizaram suas atividades como “desvio de função”. Essa temática obteve destaque, sendo referida por 14 (56%) entrevistados (Figura1). Foi exposto que a falta de trabalhadores para funções administrativas acarreta em sobrecarga ou ainda na deficiência do trabalho.

Segundo Bornstein e Stotz (2008) a realização de tarefas administrativas provoca sentimentos contraditórios nos ACS, pois alguns trabalhadores gostam de realizá-las e sentem que estas atividades proporcionam um aprendizado, enquanto outros sentem que essa atividade não cabe a sua função. Esses autores também destacam a sobrecarga de trabalho no ACS devido às tarefas burocráticas, o que faz com que o desenvolvimento de atividades educativas seja prejudicado (BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

Uma pesquisa realizada em Montes Claros (MG) apontou que a comunidade e alguns profissionais da equipe de saúde ainda desconhecem as funções dos ACS no ambiente de trabalho (LOPES, 2012). Segundo Tomaz (2002) tal situação pode estar relacionada ao fato das portarias e manuais descreverem de forma ampla as atribuições designadas ao ACS, dificultando assim, o exercício do trabalho dos mesmos.

O desenvolvimento do trabalho do ACS se encontra em um espaço de indeterminações e incertezas, sem definição clara de suas competências e saberes. Assim, muitas vezes, esse trabalhador não está capacitado a atender as diversas demandas cotidianas (COSTA et al., 2013).

A presença de capacitações de forma desarticulada ao trabalho foi verbalizada por três (12%) participantes da pesquisa.

“Quando eu entrei fiz algumas capacitações, mas eu acho que não valeram, não foram coisas bem explicadas, não teve muito valor essas capacitações”.
(ACS 01)

Os ACS mencionaram que nas capacitações foram dadas muitas informações em um curto espaço de tempo. Alguns assuntos foram abordados de forma superficial, não dando conta da complexidade de cada temática, em vista disso, afirmaram que o treinamento foi insuficiente. Segundo Bornstein e David (2014) a ausência de capacitações específicas é um agravante no processo de trabalho.

As capacitações são ferramentas que possibilitam o desenvolvimento de habilidades, permitindo uma melhor atuação dos indivíduos no ambiente de trabalho (SILVA et al., 2014).

Além disso, possibilita o crescimento profissional e o desenvolvimento de motivação e prazer na realização das atividades (PÁDUA; VANONE; NASCIMENTO, 2009).

Shimizu e Reis (2011) explanam que as capacitações devem ser vistas como um meio de troca de conhecimento, assim como uma forma de compreender a competência específica de cada profissional, sendo necessário maior investimento de tempo das instâncias gestoras.

Porém, no que diz respeito à realização de cursos voltados à formação inicial, 17 (68%) ACS negaram ter sido ofertada essa possibilidade, iniciando suas práticas no trabalho sem a devida instrumentalização. No relato de um dos entrevistados é possível perceber as dificuldades para começar a atuar como ACS:

“Senti bastante falta da capacitação, porque quando tu vai nas casas conversar com as pessoas, tu vê que falta alguma coisa, uma orientação a mais que tu precisa dar”. (ACS 07)

Segundo Tomaz (2002) o processo de qualificação do ACS ainda é fragmentado, e na maioria das vezes, insuficiente para que o mesmo desenvolva suas competências, que são necessárias para o adequado desempenho de seu papel.

A capacitação do ACS é fundamental para que o mesmo realize o seu trabalho de forma eficaz, atuando com autonomia, segurança e principalmente mantendo um elo de confiança entre a comunidade e o serviço de saúde (GOMES et al., 2009). As capacitações necessitam estar embasadas no desenvolvimento de competências, utilizando métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos e críticos, que objetivam tornar os sujeitos proativos. Além disso, tem o propósito de formar um trabalhador capaz de entender e detectar as problemáticas presentes na comunidade em que está inserido (DUARTE et al., 2007).

Para redução destas discrepâncias em relação a formação ou capacitação prévia ao início do trabalho dos ACS, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre iniciou um curso com diversos encontros presenciais e também em educação a distância com conteúdos teóricos essenciais à prática do ACS, após autuação do Ministério Público.

Observou-se nas falas dos ACS sentimentos de frustração em relação a desvalorização que é dada a sua categoria profissional. Nas percepções do grupo não há o reconhecimento devido da gestão e da equipe de trabalho.

“A gente já está batendo nessa tecla faz um tempo. Acho que a gente está falando de uma coisa que faltou ali, acho que é da falta de reconhecimento. A gente não quer flores, só o respeito”. (3º GF)

Segundo Rocha, Barletto e Bevilacqua (2013) a desvalorização da equipe em relação ao trabalho dos ACS pode estar vinculada com o saber informal que estes detêm, seja pelo fato de não possuírem uma formação específica ou por ser dispensável uma formação técnica para atuar como agente de saúde.

Alinhado ao pensamento defendido pelas autoras citadas, três ACS argumentaram de maneira antagônica, que apesar do conhecimento ser inferior “cientificamente” aos dos colegas de trabalho, especialmente de enfermeiros e médicos, eles vislumbram seu trabalho como substancial ao acompanhar diretamente a comunidade e vivenciar cotidianamente a realidade dos usuários. Desse modo, possuem um olhar mais abrangente e diferenciado que os demais profissionais e, devem ser reconhecidos por tais características.

Speroni (2016) destaca que a falta de reconhecimento pela gestão e equipe de saúde possibilita que a desmotivação e a diminuição do comprometimento com o trabalho sejam despertados nos ACS.

A dificuldade no acesso às redes de cuidado foi outro assunto presente nos grupos focais. Dois ACS relataram que juntamente à equipe de saúde, discutem os problemas e as demandas são levadas pelos coordenadores para a gestão distrital, porém muitas vezes não se tem o resultado esperado. Sabe-se que um dos requisitos substanciais para o cuidado é uma apropriada acessibilidade dos indivíduos aos serviços de saúde (MALOUIN; STARFIELD; SEPULVEDA, 2009). A acessibilidade remete-se à oferta de serviços e resposta às necessidades de saúde da população (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Porém, os serviços públicos de saúde no Brasil ainda se caracterizam pela fragmentação e descontinuidade assistencial. Isso se dá em função das fragilidades na conexão entre as instâncias gestoras do sistema e a gerência dos serviços; entre os serviços de saúde e de apoio diagnóstico/terapêutico e entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Estudos têm demonstrado que as funções da APS não têm sido desenvolvidas em sua totalidade pelos serviços de saúde. Diante da baixa resolutividade dos serviços da APS, as famílias procuram o pronto-socorro para resolução de problemas de saúde de baixa e média complexidade (BUBOLTZ; SILVEIRA; NEVES, 2015; ZAMBERLAN et al., 2013). Em outro estudo realizado com familiares de crianças com necessidades especiais, as famílias descreveram que os atendimentos oferecidos pelas US são demorados e que as burocracias retardam o acesso aos serviços (BARBOSA et al., 2016).

Nesse contexto, uma abordagem multidisciplinar, o planejamento de ações, escuta qualificada e compartilhamento do processo decisório, são considerados instrumentos que

devem ser incorporados no trabalho gerencial. Tais ações podem favorecer significativamente o atendimento ao usuário, reconhecendo a ESF como a porta de entrada preferencial para as redes de atenção à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

De acordo com o relato dos ACS outra situação problemática são as precárias condições de trabalho na ESF (Figura 1). Foi mencionada a falta de materiais para curativos, soros e medicações. Em algumas unidades as salas de vacina se mantiveram fechadas pela falta de imunobiológicos ou pela ineficiência dos refrigeradores domésticos utilizados para conservá-los.

“Tu vai na farmácia tu não encontra nada, não encontra remédio nenhum, não tem remédio na farmácia de plantão, não tem remédio em lugar nenhum. Um remédio pra pessoa com hipertensão, pra diabetes, até paracetamol em gotas não tem”. (2º GF)

Conforme Oliveira et al. (2010) a falta de instrumentos na atuação do ACS constitui uma limitação que dificulta a operacionalização do trabalho com ênfase na integralidade do cuidado.

O trabalho do ACS envolve o desempenho de atividades de acordo com a atenção integral e humanização das práticas, para isso, é fundamental a disponibilização de ferramentas e condições de trabalho apropriadas para o exercício de sua prática, pois melhores condições de trabalho constituem uma melhor assistência à saúde (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; SOUZA; FREITAS, 2011).

Outro aspecto focado nos discursos dos ACS foi a infraestrutura, em que pequenas casas ou construções improvisadas passaram a ser US; a falta de utensílios básicos, como balanças, canetas e pastas, que frequentemente estão em falta na ESF, bem como os materiais de uso interno, como o papel higiênico, papel toalha e detergente. E ainda a escassez de recursos como data show para exibição de vídeos, bolas para a realização de atividades físicas, sala para encontros e atividades grupais e computadores para os registros. Tais situações trazem prejuízo ao desempenho do atendimento.

“Eu não tenho nenhum recurso. Eu não tenho data show, pra passar um vídeo, eu não tenho lugar, porque o pessoal sabe que o posto é pequeno. Se eu quiser fazer um grupo de atividades físicas, não posso comprar uma bola, não posso fazer nada”. (2º GF)

“Falta muito material, às vezes falta até papel higiênico, papel toalha, então a gente faz vaquinha, a gente traz sabão pra cozinha, mas a gente também sabe que isso aí eles têm que dar, pra gente ter condições de trabalho. Como que

tu trata da saúde, se tu não tem um princípio básico de higiene, de lavar uma mão e ter um papel, como que pode né?!". (ACS 08)

Segundo Schwartz (2010), condições de trabalho precárias, como falta de materiais básicos e insuficiência de espaço físico geram um desgaste cognitivo nos trabalhadores que atuam com zelo no cuidado das famílias, ocasionando nos profissionais a sensação de insegurança, desgaste e impotência.

A precarização do trabalho na saúde abrange fatores como as precárias condições físicas e materiais das US, a ausência de garantias para segurança do trabalhador, a multiplicidade de vínculos empregatícios dos trabalhadores do SUS, além da baixa remuneração salarial (CORREIA; PRÉDES, 2009). Portanto, a precarização causa impacto tanto aos trabalhadores como aos serviços prestados, sendo descrita como uma barreira que impede o desenvolvimento do SUS, pois afeta a relação dos trabalhadores com o sistema, além de danificar a qualidade e a continuidade dos serviços ofertados (CAVALCANTE; LIMA, 2013).

Bender (2016) relata que os ACS são direcionados para a realização de determinadas ações, porém, muitas vezes são barrados pelas limitações impostas, sendo impedidos de desenvolver suas potencialidades. Souza e Freitas (2011) apontam que uma infraestrutura deficiente no trabalho pode ser considerada uma forma de violência, pois prejudica as ações voltadas para a comunidade. Tal situação pode desmotivar os ACS no trabalho e ameaçar a qualidade do atendimento prestado à população (BENDER, 2016).

Um estudo realizado no município do Rio Grande do Norte, sobre as condições de trabalho das equipes de ESF, apontou como fatores prejudiciais à execução de atividades, a insuficiência de materiais, o espaço físico, além de divergências de salário dentre os profissionais da equipe de saúde (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010).

A seguir apresenta-se uma nuvem de palavras, a qual ilustra uma síntese dos sentidos atribuídos pelos ACS ao processo de trabalho nas ESF, particularmente ao seu trabalho, interação com a equipe de saúde e redes assistenciais.

Figura 1 - Nuvem de palavras formada a partir da frequência nos depoimentos dos ACS acerca do processo de trabalho.



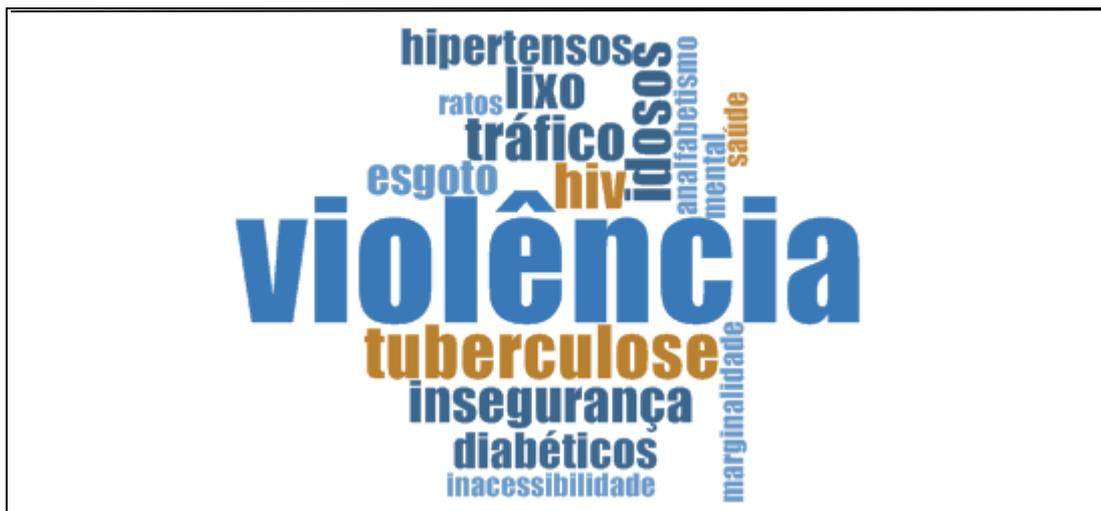
Fonte: Elaborado pela autora com auxílio do software NVivo. Porto Alegre, 2017.

5.2 Determinação social da saúde: aspectos que influenciam na vida da população

Compõe esta seção dois tópicos que versam sobre as condições mais concretas de vida, como a ausência de saneamento, o lixo com descarte inadequado, o analfabetismo e os problemas de saúde propriamente ditos, e em segundo, de aspecto mais social, como violência e tráfico de drogas.

Ilustra-se as palavras mais citadas a partir das falas dos participantes na nuvem de palavras a seguir, que serão discutidos com maior profundidade nas subcategorias que seguem.

Figura 2 - Nuvem de palavras formada a partir da frequência nos depoimentos dos ACS acerca da determinação social da saúde.



Fonte: Elaborado pela autora com auxílio do software NVivo. Porto Alegre, 2017.

5.2.1 Saneamento básico, lixo, analfabetismo e problemas de saúde

A influência da determinação social no processo de adoecimento parte do pressuposto de que a saúde é um fenômeno social e humano, considerando os indivíduos nas dimensões de seus processos sociais, históricos e ambientais (BARBOSA; COSTA, 2013). Nesse contexto, 10 (40%) ACS identificaram como fatores que afetam o dia-a-dia dos profissionais e dos moradores, a falta de calçamento, a poluição urbana, especialmente o acúmulo de lixo nas ruas e o saneamento básico escasso, com esgoto a céu aberto (Figura 2).

Os relatos mostraram que a poluição é um fator agravante pela irresponsabilidade de alguns indivíduos, pois ao jogarem o lixo na rua ou colocarem os mesmos embalados em dias em que não há coleta, ocorre a exposição dos mesmos, os cães rasgam as sacolas e todos os resíduos ficam espalhados. Devido a essas condições o número de ratos aumentou consideravelmente, elevando as chances de proliferação de doenças.

Conforme os relatos apresentados na discussão em grupo pelos ACS, hoje são poucos os lugares onde as crianças têm para brincar. Um (4%) ACS explicou que com o passar dos anos algumas praças acabaram se transformando em lixões.

“Eu diria que mudou pra pior, como exemplo uma área atrás do posto foi invadida pelo lixo, quando eu vinha com minha filha aqui tinha um campo de futebol, vínhamos pra cá e fazíamos piquenique, hoje ali tem riacho tomado pelo lixo. Ninguém conserva, ninguém preserva, destruíram uma área que dava pra gente aproveitar para o lazer”. (ACS 13)

Segundo Silva e Silva (2015), o número de municípios com um bom gerenciamento de resíduos sólidos, sistemas adequados de coleta, tratamento e disposição final, ainda é baixo. No Brasil, 52,8% do lixo não recebe tratamento adequado. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta que 30,5% do volume de lixo coletado em 2000 foi encaminhado para os lixões, e 22,3%, para aterros controlados, com altos riscos de contaminação para a população e meio ambiente (IBGE, 2000).

O volume de resíduos sólidos urbanos gerado pela população no ano de 2010 foi 6,8% maior do que o registrado no ano de 2009, sendo que cada brasileiro produz anualmente cerca de 378 kg de lixo (ABRELPE, 2010).

O depósito do lixo de forma errônea ocasiona diversos problemas, como a contaminação ambiental, afetando o solo, as águas, o lençol freático e o ar. A poluição se deve entre outros fatores, ao processo de decomposição da matéria orgânica, que gera o chorume. Tal processo, evidencia reflexos negativos na saúde pública, atraindo um grande número de vetores prejudiciais aos seres humanos, que se encontram nessas áreas em busca de alimentos ou como forma de sobrevivência (BARBOZA et al., 2013).

O aumento desordenado da população combinado com a urbanização desenfreada fez com que ocorresse a aglomeração de pessoas em cidades não preparadas, favorecendo assim, o surgimento de favelas em áreas insalubres, sujeitas a condições de risco, como o surgimento de doenças e epidemias causadas ausência ou serviços sanitários precários. Desse modo, os moradores dessas áreas ficam mais vulneráveis a impactos negativos de ordem social e ambiental (SOARES et al., 2014).

Outro agravante presente na comunidade é o analfabetismo (Figura 2). Segundo os ACS nessa condição os usuários não conseguem organizar seus medicamentos, dependendo do auxílio de familiares, vizinhos ou profissionais da saúde. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios estima que aproximadamente 8% da população seja analfabeta (12,9 milhões de pessoas), demonstrando uma notória correlação entre as taxas de analfabetismo e as situações de pobreza, exclusão e baixo desenvolvimento econômico (IBGE, 2015).

No que diz respeito aos problemas de saúde presentes na comunidade, os ACS citaram a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), como doenças prevalentes, principalmente nos usuários idosos, que são os principais portadores dessas doenças crônicas (Figura 2). Foi descrito que na grande maioria das áreas o número de idosos é elevado, o que demanda mais tempo e atenção dos profissionais, devido as suas particularidades, como diminuição da visão e da audição.

“Têm muitos idosos! E assim, tem que cuidar, ver medicação e receita, é um trabalho constante”. (1º GF)

De acordo com Lima, Silva e Bousso (2010), usuários idosos, principalmente aqueles que não contam com uma rede de suporte familiar fortalecida, reconhecem a importância da visita do ACS em suas residências. Os ACS agem como um elo entre os usuários e os serviços de saúde, pois favorecem o acesso a consultas, procedimentos e insumos disponíveis no serviço, especialmente para quem se encontra acamado (MAGALHÃES, 2015).

Uma pesquisa realizada em Uberaba (MG) comprovou que o cuidador que recebe apoio por parte do profissional de saúde consegue atender melhor às necessidades do idoso (OLIVEIRA; TAVARES, 2010). Porém, diante das diversas dinâmicas de vida familiar muitas vezes não há ninguém responsável por esse cuidado, muitos idosos são abandonados em hospitais ou asilos e enfrentam a precariedade de investimentos públicos para atendimento de suas necessidades. Desse modo, faz-se necessário repensar as políticas e práticas assistenciais ao idoso, com o fim de se obter um cuidado humanizado, respeitando as necessidades das pessoas neste ciclo vital (LIMA et al., 2010; PARAHYBA; SIMÕES, 2006).

Tal reflexão se faz necessária, pois com o passar dos anos, o número de idosos no Brasil tem aumentado significativamente. Em 2012, o percentual de idosos era de 12,6%, já em 2013 encontrava-se em 13%, totalizando uma média de 26,1 milhões. Da mesma forma que tem ocorrido a elevação no número de pessoas idosas, tem crescido simultaneamente o número de casos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), especialmente nessa faixa etária (BRASIL, 2014a).

As DCNT são as principais causas de morte no mundo. A OMS estima que elas correspondam a 63% do total de 36 milhões de óbitos ocorridos mundialmente em 2008. As DCNT são consideradas um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade, sendo descritas como doenças multifatoriais que podem se desenvolver no decorrer da vida. Aproximadamente 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda e a maioria dos óbitos são atribuíveis às doenças do aparelho circulatório, ao câncer, à diabetes e às doenças respiratórias crônicas. O tabagismo, o consumo de bebida alcoólica, a inatividade física e a alimentação inadequada são os principais fatores de risco para o desenvolvimento dessas doenças (WHO, 2011).

No Brasil, as DCNT correspondem a 75% dos gastos com atenção à saúde no SUS, só no ano de 2007 foram responsáveis por 72% do total de mortes (SCHMIDT et al., 2011). A cidade de Porto Alegre apresentou em 2010 um coeficiente geral de mortalidade de 7,91

óbitos por 1.000 habitantes, o que é considerado um número alarmante, já que é maior que os coeficientes apresentados pelo Rio Grande do Sul (7,29) e o Brasil (5,94). (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2013).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 36,9% dos adultos brasileiros tem pelo menos uma doença crônica, isso representa cerca de 53 milhões de indivíduos. A prevalência foi maior entre as mulheres (41,9%) do que nos homens (31,3%) (BRASIL, 2013).

Entre as DCNT, a HAS e a DM são citadas como as afecções mais comuns, constituindo-se como as principais causas de hospitalizações no sistema público de saúde. Além disso, estão entre os cinco principais fatores de riscos para a mortalidade no mundo, pois aumentam as chances do desenvolvimento de outras comorbidades (WHO, 2012).

O envelhecimento populacional associado às mudanças comportamentais, como a má alimentação, especialmente de uso frequente dos alimentos industrializados ricos em sódio e conservantes e o sedentarismo, são fatores que contribuem para as mudanças no perfil das doenças, antes marcado pela alta prevalência de doenças transmissíveis, para o predomínio das doenças não transmissíveis (DUARTE, 2012). No entanto, as doenças transmissíveis ainda são consideradas um problema de grande impacto na sociedade. Segundo Mendes (2010) vive-se no Brasil uma transição demográfica e epidemiológica, expressa pela concomitância de doenças crônicas, doenças infecciosas e causas externas.

Falzon (2015) descreve que a Tuberculose (TB) é considerada a segunda principal causa de morte por doença infecciosa em todo o mundo. Esse agravo se encontra em todas as idades, porém tem maior predominância em pessoas economicamente ativas e do sexo masculino (BRASIL, 2014b). O Brasil ocupa a 16ª posição no ranking da OMS, com uma incidência de 35,4 casos/100.000 habitantes, sendo que em 2012, surgiram cerca de 70.047 novos casos no país (BARBOSA et al., 2013).

Uma das preocupações dos ACS é a difícil adesão ao tratamento da TB por parte da população, isso se deve ao fato, do prolongado tratamento (pelo menos seis meses), que é necessário para a cura. Muitas vezes os indivíduos desistem do tratamento ou se negam a realizar a terapêutica necessária. De acordo com um estudo realizado em Minas Gerais os principais fatores agravantes para a propagação da TB são os fatores socioeconômicos, ambientais, além da não aderência ao tratamento da tuberculose, o que propicia o difícil controle dessa doença (NEVES et al., 2014).

“Eu acho que o grande problema da tuberculose que a gente encontra é o tratamento. Desses três anos de trabalho eu só tive um paciente que fez o tratamento completo”. (2º GF)

Os principais motivos para os usuários abandonarem o tratamento para a TB estão relacionados com a baixa escolaridade, não possuir residência fixa e não ter recurso financeiro para locomoção (ARAUJO; VIEIRA; JUNIOR, 2017). A religião também é apontada como um fator para o abandono do tratamento, alguns usuários acreditam que somente a fé lhes proporcionará a cura (SÁ et al., 2007).

A pesquisa de Araújo, Vieira e Junior (2017) descreveu fatores relacionados à equipe de saúde como fatores dificultadores no tratamento da TB, especialmente pela formação deficitária de vínculo entre os profissionais e a população, a ausência de escuta qualificada, assim como déficit no acolhimento e acompanhamento, são alguns dos entraves frequentes. Desse modo, faz-se necessário a reorganização das práticas desenvolvidas no serviço de saúde, permitindo a elaboração de alternativas para uma melhor assistência no tratamento.

Foi abordado pelos ACS que assim como a TB há um aumento significativo de pessoas infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o que em associação torna um agravante, em função da diminuição das defesas no sistema imunológico.

“Muitas vezes junto com a tuberculose tem o HIV”. (3º GF)

O HIV tem sido um dos principais fatores que contribuiu para o ressurgimento da TB, tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, desde 1980 (PRADO, 2011). A co-infecção TB/HIV é responsável pelo aumento da incidência, da prevalência e da mortalidade por TB (CHAISSON; MARTISSON, 2008). Enquanto indivíduos saudáveis têm probabilidade de desenvolverem a TB em 10% durante a vida, pessoas infectadas pelo HIV apresentam um aumento de 10% ao ano em desenvolver a patologia (SILVA; BOÉCHAT, 2004).

A cidade de Porto Alegre têm se destacado no que se refere às altas taxas de co-infecção TB/HIV. De acordo com dados epidemiológicos Porto Alegre apresenta a maior taxa de co-infecção TB/HIV no Brasil, com 28 casos para cada 100.000 habitantes e ainda lidera os casos de incidência de TB e prevalência da Aids no Brasil (BRASIL, 2015).

As discussões em grupo também aludiram sobre o crescente número de pessoas com depressão nas áreas, abordando a importância de um olhar atento dos profissionais. Segundo Noronha Junior et al. (2015), a depressão é evidenciada como uma das dez principais causas de incapacitação no mundo, provocando limitações no funcionamento físico, pessoal e social.

A OMS descreve que a depressão representa um desafio para a Saúde Pública mundial. A depressão afeta aproximadamente 350 milhões de pessoas no mundo, e quase um milhão de pessoas comete suicídio em decorrência dela. Estima-se que até 2020 as doenças mentais ocupem o segundo lugar no ranking de doenças incapacitantes (MOLINA et al., 2012).

A demanda em saúde mental é complexa, visto que o aumento dos casos tem se dado principalmente pelos problemas cotidianos que a população enfrenta no seu território, como situações de violência e tráfico de drogas, além da precária condição socioeconômica, que resulta em um elevado número de famílias em situação de vulnerabilidade (VIEIRA et al., 2017).

5.2.2 Violência e tráfico: “a gente sabe o risco de uma bala perdida”

No primeiro encontro do grupo focal a discussão centrou-se no tema “pensando em seu trabalho quais os problemas sociais e de saúde das comunidades e territórios onde atuam”. A violência (Figura 2) foi apontada pelos ACS como um fato recorrente, sendo salientando que a mesma amedronta tanto os moradores locais como os profissionais. Tais fatos foram reiterados nas entrevistas individuais, sendo apontada com uma das principais mudanças nas comunidades.

Os ACS verbalizaram receio em andar nas ruas dos bairros. Desse modo, pelo medo, o trabalho ficava prejudicado e, muitas vezes, as VD deixam de serem executadas. Um estudo realizado em uma Unidade Básica da Saúde da Família, situada no município de Aracati, no estado do Ceará, demonstrou que devido à violência na comunidade, sentimentos como a ansiedade, desespero e aflição tornaram-se rotineiros no processo de trabalho dos ACS. O medo em prestar atendimento ao domicílio e até mesmo na US também foi externado. Desse modo, a violência é compreendida como um evento que acarreta transtornos nas condições de saúde, como também no desempenho profissional, pois interfere na prestação da assistência (SANTOS; SILVA; BRANCO, 2017).

“A violência é um problema bastante sério aqui na comunidade, o que causa certo medo... medo de bala perdida. Causa medo tanto na comunidade quanto em nós”. (ACS 23)

“Nós procuramos sempre focar na saúde, mas a gente sabe o risco de uma bala perdida, então a gente se sente vulnerável, mas um colega dá apoio pro outro. Até nos orientam no posto: “não, hoje não dá pra subir pra essa área”, aí não fazemos as VD”. (ACS 08)

“Um dia de manhã, eu estava dentro da minha casa me preparando pra ir trabalhar, começou disparos de tiros. Então liguei pra minha coordenadora, e falei que não conseguiria ir, não tinha condições de sair porque estava demais. Outro dia uma menina estava saindo de casa e levou um tiro”. (2º GF)

Os ACS destacaram que com o passar dos anos a violência aumentou consideravelmente, durante atividades externas à unidade já foram assaltados e, até ameaçados tanto dentro como fora da ESF.

“No meu posto aconteceu de uma mulher chegar fora do horário dela, mais de uma hora atrasada e disse que ia entrar, então eu falei: tem mais pessoas esperando antes de ti. Ai ela voltou com um facão e disse que ia entrar e ia ser atendida”. (2º GF)

“O traficante soube o nome do agente de saúde, e aí eu ouvi do próprio conselheiro que a pessoa entrando pela própria justiça ele consegue saber quem denunciou! Então as pessoas não denunciam por medo! Quem é que vai estar se arriscando...ainda mais o agente de saúde que mora na comunidade”. (1º GF).

O tráfico de drogas e suas consequências, como ameaças, assaltos e agressões, fazem parte da realidade de atuação dos profissionais de saúde (POLARO; GONÇALVES; ALVAREZ, 2013). De acordo com Fontes et al. (2013), a falta de resolutividade no atendimento das unidade pode desencadear situações de conflito e violência, fazendo com que o profissional sofra ameaças e seja ofendido com palavras depreciativas.

Os ACS relataram que antigamente a área da saúde era mais respeitada e valorizada. Hoje os profissionais são proibidos por alguns traficantes de adentrar certas áreas da comunidade, nesse contexto, o usuário busca ajuda quando julga necessário. Atualmente, a criminalidade e a violência apresentam-se como dois dos principais problemas vivenciados pela população brasileira (GOMES, 2016). Para a autora a apropriação do espaço pelos traficantes constitui um exercício de poder, onde as facções utilizam a violência como forma de demarcação de suas fronteiras (GOMES, 2016).

“Eu faço meu trabalho... quando eles querem alguma coisa “olha deram um tiro em não sei quem, consegue um material pra fazer um curativo”, eu vou lá e consigo o material”. (2º GF)

Os depoimentos demonstraram que devido a violência e marginalidade, no sentido de estar a margem das políticas públicas, especialmente relacionadas a educação, cultura e lazer,

muitas crianças e adolescentes já morreram na comunidade. Um exemplo é o município do Rio de Janeiro, onde a distribuição de materiais que garantem espaços de sociabilidade, lazer e cultura é feita de forma desigual. Existe uma precariedade nos espaços públicos, como praças, parques, brinquedotecas, bibliotecas, museus, teatros e creches, principalmente nas regiões habitadas pela classe popular. Além disso, a escassez do saneamento básico e a falta de água limpa encanada nas favelas e periferias são outros fatores que tornam a vida das famílias mais árduas (PÉREZ; JARDIM, 2015).

O ato de matar ou morrer, por vezes apresenta-se como algo corriqueiro na comunidade, preocupando e desestabilizando os profissionais locais, que por sua vez também tem sentimentos antagônicos de medo, revolta e naturalização. Segundo Souza e Freitas (2011) o fato dos ACS viverem em contextos/situações limítrofes faz com que adotem como defesa o encobrimento da realidade, naturalizando as diversas formas de violência presentes no seu contexto.

Polaro, Gonçalves e Alvarez (2013) descreveram que o trabalho desenvolvido pelos profissionais da ESF nas áreas onde vivem aglomerados de famílias de baixa renda e escolaridade, com situações precárias e desiguais socialmente, é um desafio, pois nessas áreas há um alto índice de violência. Nesse contexto, o processo de trabalho sofre limitações devido as condições impostas, há situações em que só é possível desempenhar as ações em saúde no interior das US. Desse modo, ocorre a restrição do cuidado apenas aos usuários que conseguem acessar a unidade.

Não se acredita que a violência se faça presente por tais características populacionais (pobreza e analfabetismo), mas que estas mesmas características apontam para maior abandono do Estado e iniciativas da sociedade civil em desenvolver projetos de formação escolar, musical, esportiva, dentre outras. Segundo Imbusch, Misse e Carrión (2011, p.129), a desigualdade e o empobrecimento combinados à "incapacidade dos Estados nacionais em lidar com a pobreza e a exclusão na distribuição de recursos econômicos, políticos e sociais, explicam as principais razões para a proliferação da delinquência juvenil e da violência".

“Antes a gente podia trabalhar numa forma de prevenção, éramos respeitadas como ACS, a área da saúde era respeitada. Antigamente você podia entrar nos becos, podíamos fazer o nosso trabalho, mas hoje em dia não, se enxergam a gente e se não conseguimos fazer o que eles querem, somos bombardeados, “oh nesse beco tu não entra mais”. (1º GF)

Foi externado nos grupos focais a insegurança que os ACS sofrem diariamente. Essa exposição à violência afeta o ACS duplamente, pelo fato de trabalhar e morar em um

ambiente perigoso. Dois (8%) ACS relataram ainda que os serviços de tele-entrega como farmácia e gêneros alimentícios tornaram-se escassos em alguns pontos, até mesmo os motoristas de ônibus fazem desvios de rota por medo de assaltos.

De acordo com o Atlas da Violência, o Brasil registrou em 2014, 59.627 homicídios em números absolutos e 29,1 mortes por 100 mil habitantes. Estas mortes representam mais de 10% dos homicídios registrados no mundo, colocando o Brasil como o país com o maior número absoluto de homicídios. Dos homicídios registrados, 76,1% foram em decorrência do uso de armas de fogo (IPEA, 2016).

Informações do IPEA (2017) revelaram que jovens negros e de baixa escolaridade são as principais vítimas de mortes violentas no país. Enquanto, Cerqueira e Coelho (2017) calculam que o cidadão negro possui chances 23,5% maiores de sofrer assassinato em relação a brasileiros de outras raças/cores, já descontado o efeito da idade, sexo, escolaridade, estado civil e bairro de residência. No Brasil, de cada 100 pessoas assassinadas, 71 eram negras.

Outro dado revela a persistência da relação entre o recorte racial e a violência no Brasil. Enquanto a mortalidade de brancas, amarelas e indígenas caiu 7,4% entre 2005 e 2015, entre as mulheres negras o índice subiu 22% (IPEA, 2017). Soares et al. (2007), ressaltam que as taxas de vitimização por homicídio em jovens com baixa escolaridade são altas, entretanto cai muito acentuadamente para aqueles que concluem o ensino fundamental.

Dias, em 1998, já apontava que famílias em situações de exclusão social, com habitações deficitárias, condições de saúde precárias, baixos níveis de escolaridade, desemprego e qualificação profissional, bem como elevadas taxas de criminalidade e de marginalidade, em seu contexto social, são mais vulneráveis à violência. Segundo Massey (1996), à medida que a pobreza aumenta em um determinado local, eleva a criminalidade, a mortalidade infantil, o abuso de drogas, o alcoolismo e doenças de uma forma geral.

As diversas situações de violação de direitos, como o precário acesso aos serviços de educação, saúde, higiene e alimentação; vivência de agressões físicas/psicológicas e abuso sexual são questões que contribuem para que adolescentes se exponham a riscos, muitas vezes se envolvendo com drogas, lícitas e ilícitas, tráfico de drogas, gangues e furtos (LIMA, 2013).

Nesse contexto, a exclusão social, a falta de oportunidades de emprego e a perda da confiança da população na ordem pública, podem ser desencadeadoras da violência (BANFIELD, 2014). Bastos (2012) descreve que a violência urbana no Brasil acontece demasiadamente em locais onde se encontram focos de tráfico de drogas, frequentemente onde se situa a camada mais pobre da população que sofre com vulnerabilidades.

Em consonância com a literatura, alguns ACS apontaram que junto à violência na comunidade, houve a expansão no tráfico de drogas, sendo exemplificado com a seguinte situação: “desde cedo os filhos são incentivados pelos pais a seguir a vida no tráfico, com o propósito da lucratividade”. O tráfico de drogas surge na comunidade como um componente da economia local, sendo caracterizado por ser um mercado de fácil acesso e uma atraente possibilidade de ascensão social para os jovens (FERREIRA, 2013).

Devido o excedente de força de trabalho, os jovens constituem um dos segmentos mais frágeis na disputa por um emprego. Desse modo, muitas vezes o tráfico é visto como uma solução, pois é uma ocupação mais acessível para jovens com pouca formação escolar (FERREIRA, 2013). A carência de uma estrutura social e familiar básica torna os jovens os principais personagens no cenário do tráfico, o qual é compreendida como a forma mais eficaz e rápida de conquistar poder e dinheiro (RIBEIRO, 2016).

Por tais motivos fomenta a disputa, o tráfico de drogas contribui significativamente para a elevação nos índices de homicídios. Reafirmando tal premissa, para Dreyfus (2009) a violência no Brasil nas últimas décadas decorre em grande parte pelo crime organizado, sobretudo em decorrência dos conflitos oriundos de atividades como o tráfico ilícito de drogas.

Com o aumento da violência o uso do espaço sofreu modificações. Em decorrência do alto índice de usuários de crack há grande dificuldade dos ACS acessarem os usuários e do mesmo modo os usuários de acessarem a US. No grupo focal foi exposto que os idosos precisam pagar um “pedágio” aos usuários de drogas para se deslocarem em algumas ruas. A tristeza é evidenciada como um sentimento frequente nos ACS, por sentirem que seu trabalho muitas vezes não tem a resolutividade desejada.

“Tem gestantes que eu não consigo abordar, ela não vem no posto, eu não consigo ir até ela, enfim, não existe abordagem”. (2º GF)

“Uma coisa que me deixa muito triste é ver os adolescentes, as crianças que eu vi na barriga tornarem-se traficantes. E aí eu vejo que meu trabalho foi por água a baixo”. (ACS 03)

A ESF tem como prioridade o desenvolvimento de ações que envolvam os usuários e famílias. No entanto, quando a comunidade está vulnerável às situações de violência, o processo de convívio nas unidades fica comprometido, prejudicando a assistência em saúde (POLARO; GONÇALVES; ALVAREZ, 2013).

Os cidadãos convivem com as limitações e com as incertezas impostas pela violência. Ao estarem expostos aos conflitos que envolvem o domínio do tráfico, os usuários sentem-se

Fonte: Elaborado pela autora com auxílio do software NVivo. Porto Alegre, 2017.

Recorrer à equipe foi referido por 16 (64%) dos entrevistados como uma estratégia para tentar resolver os problemas da comunidade. Ao perceberem demandas que precisam ser compartilhadas com a equipe, eles buscam suporte com outros profissionais, como enfermeiros e médicos. Tal suporte é acessado desde conversas informais à reuniões de equipe. Foi mencionado ainda pelos ACS que as experiências vivenciadas no dia-a-dia, auxiliam no processo de trabalho, como por exemplo, nas orientações e tomada de decisão.

“Quando eu não sei ou não estou preparada pra resolver os problemas, eu peço ajuda da equipe, mas minha experiência também ajuda muito”. (ACS 01)

Através das VD o ACS reconhece os problemas presentes na comunidade. Na busca de uma intervenção, esses problemas são discutidos em equipe. Segundo Nascimento e Correa (2008), as reuniões são um momento de partilha, onde todos os profissionais da equipe podem participar e propor medidas para atender as necessidades dos usuários. As reuniões devem ser um espaço de mobilização, permitindo avanços no sentido de aproximar as pessoas, permitir as trocas e crescimentos e facilitar as relações com a comunidade (CARDOSO, NASCIMENTO, 2010).

Um dos princípios no processo de trabalho da saúde da família é integrar áreas técnicas e profissionais de diferentes formações, colocando em prática a interprofissionalidade (BRASIL, 2006b). A interprofissionalidade vincula-se à noção do trabalho em equipe, marcada pela reflexão sobre os papéis profissionais, resolução de problemas e construção de conhecimentos a partir dos diferentes núcleos de saberes e práticas profissionais (BATISTA, 2012). Ela visa a melhoria da qualidade do trabalho e assistência à saúde população, constituindo uma importante ferramenta para uma melhor atuação da equipe (MIGUEL et al., 2016).

Nesse cenário, cabe ao enfermeiro um contato mais próximo ao ACS, contribuindo para a discussão, apoio e problematização dos temas relacionados ao trabalho (COSTA, 2011). Na supervisão, o enfermeiro se aproxima do processo de trabalho do ACS, especialmente ao discutir demandas, resoluções e dúvidas. Tal momento é entendido como um espaço de trocas, que auxilia no direcionamento das práticas de cuidado (KEBIAN; ACIOLI, 2015).

O enfermeiro é comumente o profissional responsável pela supervisão dos ACS na ESF. Entretanto, de acordo com a Portaria n. 2488 de 21 de outubro de 2011 a supervisão

pode ser realizada por outros profissionais da ESF e não incube explicitamente ao enfermeiro essa atribuição (BRASIL, 2011b).

No que concerne à realização das atividades administrativas e utilização dos sistemas de informação sem capacitações prévias, um ACS revelou como estratégia a compra de um computador para que seus filhos pudessem lhe ensinar o manejo em casa. Dois entrevistados expuseram que com a prática aprenderam tais processos, mas que é fundamental o desenvolvimento da tolerância para a realização de tais atividades. Um ACS se mostrou insatisfeito com o método de trabalho na US e procurou o coordenador da ESF para manifestar seu descontentamento em realizar outras atividades que não estivessem diretamente relacionadas com as pessoas da comunidade.

Devido à falta de capacitações ou realizações de capacitações insatisfatórias, os ACS citam o compartilhamento de conhecimentos e experiências entre os profissionais, como recurso para a realização de atividades de educação em saúde.

Mesmo com dificuldades em prestar um cuidado resolutivo e com falta de retorno da gestão, foi destacado nos grupos focais a necessidade da escuta aos usuários, apoio, atenção e persistência na realização das atividades.

“Eu acho que a palavra chave é comprometimento, a pessoa tem que estar disponível”. (1º GF)

“Não precisa salvar o mundo... se for necessário levar água com a mão, esse pouco pra muita gente já é tudo”. (2º GF)

Embora as condições de trabalho sejam precárias, os ACS mostraram-se empenhados na luta por condições de assistência mais favoráveis aos usuários. Os ACS utilizaram como estratégias de enfrentamento a essa questão a participação nos conselhos de saúde a fim de criarem força para promoverem a mudança. Nas discussões em grupo foi exposto que a população que acessa o serviço precisa reivindicar melhores condições para seus atendimentos.

“Estamos batalhando, a gente teve uma reunião com o Conselho Local que foi colocado em ata. E nós, moradores, decidimos pedir um novo posto, porque como a gente mora no lugar, a gente também fala como moradores”. (3º GF)

Segundo Fireman (2007), a população tem dificuldade em ter acesso aos serviços e, quando consegue, há pouca qualidade nos serviços. Diante desse cenário, o autor sugere o

fortalecimento da participação popular, o controle social através dos Conselhos de Saúde, como medida para superar essa situação.

A Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, criando os conselhos e as conferências de saúde. Os Conselhos de Saúde são grupos formados por representantes de diversos setores da sociedade, como usuários, profissionais da saúde, prestadores de serviço e governo. Por serem de composição paritária (50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços), os conselhos devem possibilitar à população o exercício da autonomia e da responsabilidade, por meio da formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde vigente (BRASIL, 1990).

Os Conselhos de Saúde são descritos como espaços que permitem a participação democrática e organizada da comunidade na busca de soluções para suas necessidades, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. Os Conselhos de Saúde funcionam como um importante instrumento de controle social, exercendo a função de fiscalização, regulação e gerenciamento das ações na saúde, buscando a garantia de serviços de qualidade e defendendo o interesse dos cidadãos (BRASIL, 2012).

Porém, a alternativa de conformação também foi apontada como uma forma de enfrentar os obstáculos. Devido a escassez de materiais de consumo nas ESF, os próprios trabalhadores fazem as compras dos mesmos.

“É bem complicado, mas são coisas que a gente já acostumou porque não tem como a gente mudar”. (ACS 01)

A escassez de materiais de consumo reflete nas decisões dos trabalhadores, e isso implica, por vezes, na inadequação ou a interrupção da assistência aos usuários (NETO, 2016). Segundo Garcia (2012) é alarmante quando há falta de material e estrutura em um serviço de saúde, sendo impossível prestar uma assistência de qualidade se não houver integração entre as ações gerenciais e as assistenciais. O monitoramento da gestão é primordial, pois apenas o sincronismo com a área de assistência, visualizando e vivendo no dia a dia a disposição de materiais, torna possível a formação de uma visão crítica do assunto, de forma a suprir as demandas das equipe e atender às necessidades da população.

De acordo com Dejours (2017) quando as condições de trabalho se configuram como fonte de frustração, há um sofrimento mental, que pode resultar na manifestação de doenças psíquicas. Oliveira e Albuquerque (2006) verificaram que as principais limitações da ESF são as condições de trabalho precárias, tanto materiais quanto estruturais, que não condiziam com

as necessidades da população, o que comprometia a qualidade da assistência, refletindo na desmotivação dos profissionais. Nesse cenário, a conformação diante do cenário de precariedade é tida como uma estratégia de enfrentamento.

No que tange a problemática dos lixos expostos nas ruas, os ACS relataram que usam como tática a realização de reuniões para tentar conscientizar os usuários acerca da importância da reciclagem do lixo, pois a mesma reduz o impacto sobre o meio ambiente. Também foi elucidada a importância de respeitarem os dias de coleta. Um ACS expôs que a preservação do meio ambiente começa com pequenas atitudes diárias, que fazem toda a diferença.

“A gente começou a conversar com eles sobre essa questão do lixo, porque é muita sujeira”. (2º GF)

No exercício do trabalho, compete aos ACS mobilizar e articular conhecimentos e atitudes. A partir da concepção positiva de saúde, promovendo e desenvolvendo a autonomia dos indivíduos, o ACS realiza ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação em saúde. A interação entre a equipe de saúde e a população é fundamental para o desenvolvimento dessas ações (BRASIL, 2003).

Os ACS declararam que uma de suas funções como trabalhador é auxiliar as pessoas, principalmente as que necessitam de maior atenção, como é o caso dos usuários analfabetos, pessoas com algum problema mental, idosos, acamados e portadores de HIV/aids. Desse modo, o acompanhamento, o auxílio na organização das medicações, a busca de apoio da família do usuário para o enfrentamento do problema e orientações, são algumas das atividades de rotina no cotidiano de trabalho do ACS.

Quanto às estratégias frente às doenças crônicas na comunidade, como a diabetes e a hipertensão, os ACS explanaram que orientam os usuários sobre a importância de se ter uma alimentação saudável, praticar exercícios físicos e tomar as medicações corretamente. As gestantes são orientadas sobre a relevância de manter o calendário vacinal atualizado, realizarem o pré-natal e procurarem a US sempre que julgarem necessário.

Estudo brasileiro demonstrou que todos os ACS realizam ou participam de atividades de educação em saúde na comunidade, juntamente com o enfermeiro, com outro ACS ou sozinho. O trabalho desenvolvido por esses profissionais tem o propósito de orientar os indivíduos quanto ao autocuidado e quanto às medidas de proteção, além de estimular o indivíduo e a comunidade a refletirem sobre suas condições de saúde e doença (SANTOS, 2005).

A difícil adesão ao tratamento da tuberculose é citada pelos ACS como um problema constante. Um ACS relatou que a busca ativa dos casos de tuberculose é uma estratégia, porém, declara que essa ação isolada não é eficaz, pois os indivíduos se recusam a realizar o tratamento. Nas entrevistas foram apresentadas outras formas de enfrentamento para tal problema, como o apoio, acompanhamento, alertas sobre os malefícios da doença, mostrar-se disponível e convidar os usuários a procurarem ajuda na US, assim como participarem dos grupos da ESF. Essas estratégias de enfrentamento são vistas como meios para auxiliar e estimular os usuários a realizarem o tratamento, assim, intervindo na propagação da doença.

“É difícil a adesão, descobrir a tuberculose é fácil, vem e a gente dá os potinhos pras eles e coisa e tal, mas o tratamento é difícil porque é muito longo, são seis meses”. (ACS 04)

Segundo Teston, Silva e Marcon (2013), as doenças crônicas implicam em mudanças no modo de vida dos sujeitos, exigindo adequação dos hábitos, por vezes incorporando estratégias para o enfrentamento dessa nova realidade. Nesse contexto, os familiares dos doentes crônicos e os serviços de saúde desempenham um importante papel, pois, representam a rede de apoio social e colaboram no processo de adaptação e melhoria na qualidade de vida (OLIVEIRA et al., 2017).

Li et al. (2011) destacaram, que o impacto do HIV/Aids pode influenciar no contexto familiar, porém, a qualidade de vida do paciente e da família está diretamente relacionada à maneira como estes lidam com os vários aspectos estressantes da doença.

Uma pesquisa realizada por Ballestero et al. (2014) apontou a ineficiência da articulação entre os serviços da rede de atenção integral com as pessoas que vivem com TB. A inflexibilidade de alguns profissionais da equipe de saúde em relação a negociação e à adequação às particularidades de cada sujeito, faz com que seja comprometida a adesão ao tratamento.

A busca de suporte no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) foi apontada por cinco (20%) ACS. Essa procura se deu em função da necessidade de auxílio nos casos de difícil adesão ao tratamento para a tuberculose e em situações de violência e uso de drogas.

Os CRAS são unidades locais que têm como funções a organização e a oferta de serviços da proteção social básica em determinado território. Essas instituições-chave têm como finalidade a prestação de serviços assistenciais às famílias que estão em situação de vulnerabilidade social, a prevenção de situações de risco e fortalecimento de vínculos

familiares e comunitários, desenvolvendo serviços, de caráter preventivo e protetivo (BRASIL, 2016b).

Os profissionais que atuam no CRAS devem ter conhecimento das demandas dos territórios de abrangência, considerando as várias dimensões que afetam a população. Tal ocupação exige a realização de intervenções que transcendam o modelo individualizante, buscando estratégias de trabalho que minimizem as desigualdades sociais e as violações de direitos (BIDARRA, 2009).

No que diz respeito à segurança, dois ACS retrataram que ser morador no local em que se trabalha gera temor e ameaça suas vidas, por isso, foi argumentado como estratégia a opção da não denúncia de casos de violência para o conselho tutelar ou não levar esses ao conhecimento da equipe. Segundo Souza e Freitas (2011) os ACS utilizam o encobrimento da realidade como defesa, a fim de poderem continuar exercendo suas atividades no ambiente de trabalho, naturalizando assim as diversas formas de violência presenciadas na sua rotina.

O medo dos profissionais sofrerem represálias dificulta o processo de notificação. A falta de sigilo profissional dos órgãos públicos que recebem a denúncia faz com que ocorra a exposição dos trabalhadores da ESF para os agressores. Tal configuração representa um obstáculo, pois leva muitos profissionais a omissão, além da permanência das situações de violência (ANDRADE, 2011).

A dificuldade de abordagem aos usuários é uma realidade na comunidade. Muitos ACS se sentem impotentes frente a dimensão da violência e do tráfico.

“Tem crianças de dez anos que fazem aviãozinho, como é que eu vou abordar?! Como que eu vou conseguir chegar no pai dele? chegar neles é difícil”. (2º GF)

Dois ACS expressaram que utilizam a oração como um meio de proteção. Eles rezam pelas suas famílias e pela comunidade onde residem.

“Eu rezo muito, quando eu chego em casa, quando eu saio de casa, eu peço porque eu tenho que fazer meu trabalho, a gente tem que ter força, é meu ganha pão”. (ACS 03)

Segundo Silocchi, Junges e Fernandes (2016), a religião exerce um importante papel no enfrentamento das dificuldades e impotências vivenciadas, ela influencia na vida das pessoas e propicia satisfação. Nesse cenário, os líderes religiosos desempenham uma

importante função, auxiliando na escuta, acolhimento e propiciando uma visão mais abrangente da vida.

A religião é um conjunto de princípios, crenças e práticas de doutrinas religiosas que completa a vida do sujeito que pertence a segmentos carentes da sociedade, ela propõe benefícios que não podem ser obtidos em outros espaços, por isso, é vista como uma estratégia de sobrevivência (RODRIGUES; SEIDL, 2008).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a construção dessa pesquisa, foram observados vários elementos que merecem ser estudados e problematizados, como, por exemplo: a formação profissional do ACS, a relação com o cuidado na comunidade, o fato desse profissional morar no local de trabalho, o contato direto com pessoas com dificuldades e/ou patologias, como também o vínculo institucional.

Foi possível observar que a determinação social da saúde está relacionada com o trabalho dos ACS, principalmente nos seguintes aspectos: presença da violência no território, tráfico de drogas, insegurança, assim como a presença de usuários portadores de doenças crônicas não-transmissíveis e transmissíveis. A ausência de saneamento, o lixo com descarte inadequado, o analfabetismo, a inacessibilidade e os problemas de saúde, são outros obstáculos que permeiam o cotidiano desse trabalhador.

Percebeu-se que as situações vivenciadas dialogam com os problemas macrossociais, pois muitas das dificuldades/problemas encontrados também se encontram em outras regiões, cidades e países, não representando uma realidade local. Nesse contexto, a identificação e a análise da determinação social da saúde podem auxiliar no estabelecimento de práticas, com o propósito de auxiliar o processo de tomada de decisão, a avaliação crítica do processo saúde-doença e o redirecionamento do cuidado.

As condições impostas no seu “fazer”, como o desvio de função, precarização no ambiente de trabalho, dificuldade de acesso às redes de cuidado, ineficiência das capacitações e falta de reconhecimento, influenciaram diretamente no desenvolvimento das ações dos ACS. Desse modo, o papel de mediador e de educador em saúde na comunidade torna-se debilitado, prejudicando a identificação das necessidades sociais e a busca de melhorias na qualidade de vida e saúde da população.

A análise das estratégias de enfrentamento do ACS demonstraram certa ambivalência, por vezes imediatas, para resolver uma demanda pontual como a compra de material para limpeza da unidade e, em outras uma aposta na mudança de comportamento, por meio das ações de educação em saúde para pessoas vivendo com tuberculose.

Diante do contexto de trabalho dos ACS, foram manifestados sentimentos de frustração, insatisfação, revolta, além da desmotivação no desenvolvimento do seu trabalho. Observou-se que na busca de soluções para os problemas encontrados na comunidade, os ACS se confrontam com a carência de ações resolutivas, seja de forma intersetorial ou no próprio serviço de saúde.

Refletir sobre o trabalho do ACS traz inquietações, o fato desses profissionais vivenciarem situações como pobreza, desigualdade social, violência, abandono e doença, se soma à situação de serem os representantes do serviço e moradores da comunidade na qual trabalham.

Neste sentido, a conformação muitas vezes é utilizada como uma forma de enfrentamento frente à precariedade de materiais/estrutura, que os profissionais vivenciam em seu dia-a-dia. Tal estratégia também é utilizada como um meio de refúgio, pois ao trabalharem no local onde residem, os ACS sentem-se expostos às situações de violência, o que gera medo e os torna receosos. Porém, a discussão dos problemas encontrados na comunidade, com os demais integrantes da equipe de saúde, como equipe de enfermagem e médicos, os auxilia na tomada de decisão e nas orientações destinadas a cada caso.

Nas reuniões em equipe é possível realizar a troca de experiências e produção de conhecimentos, com vistas a prestar um atendimento mais eficiente e buscando atender as necessidades de saúde dos usuários. Nesse sentido, a criação de espaços de acolhimento e de escuta para os ACS, os coloca como “peças-chave” no trabalho da ESF.

O oferecimento de cursos de capacitação e educação permanente para esses profissionais é de suma importância, proporcionando a qualificação do trabalho e a efetividade nas ações realizadas. A escolha das temáticas devem ser discutidas em grupo com o intuito de atender os problemas presentes na comunidade. A falta de capacitações e planejamento minimiza o potencial do trabalho desenvolvido e dá margem para que a intervenção dos ACS seja guiada fundamentalmente por noções do senso comum.

Os ACS vivenciam diferentes obstáculos no seu cotidiano que tendem a prejudicar a efetividade do seu trabalho. Assim, faz-se necessário uma instrumentalização voltada para o desenvolvimento das competências que se almeja para os ACS, com vistas a maior satisfação e reconhecimento pela equipe de saúde.

Estudar o processo de trabalho e as estratégias de enfrentamento no cotidiano de trabalho dos ACS salientou as dificuldades que são enfrentadas pela expansão da AB, especialmente pelas precárias condições de infraestrutura, pelo desafio do trabalho em equipe na perspectiva da interprofissionalidade, além da falta de resolutividade no processo de trabalho.

O trabalho dos ACS, como integrantes da equipe multiprofissional, têm fundamental importância. No entanto, sua atuação em nível de prevenção, investigação, diagnóstico e recuperação da saúde precisa ser constantemente problematizada para o delineamento de

estratégias de enfrentamento adequadas à situação de cada família. O trabalho em saúde precisa se articular, com vistas à fortalecer os laços comunitários e suas ações.

Os ACS desempenham uma importante função na ESF, pois vivenciam os problemas locais e entram diariamente em contato com diferentes demandas, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. Esse profissional atua como elo entre a equipe e a comunidade, pois une o do saber científico ao saber popular.

O reconhecimento da gestão e equipe acerca do trabalho do ACS pode contribuir para a construção da sua valorização no cotidiano, sobretudo auxiliando-os no desenvolvimento de recursos para atender as demandas da população. É necessário um maior apoio e incentivo público para a estruturação efetiva do SUS, com espaços para articulação conjunta do trabalho, tanto para o enfrentamento dos problemas e das necessidades da comunidade, como os do próprio sujeito trabalhador.

Acredita-se que esse estudo possa contribuir para a continuidade de outras investigações acerca da temática, com maior desvelamento desses fenômenos, à medida que, sejam criadas políticas que dêem maior suporte a atuação do ACS

Como limitação do estudo aponta-se a necessidade de um maior numero de ACS participantes na pesquisa, a inclusão de outros profissionais da equipe e da Gerência Distrital. Recomenda-se desta forma futuros estudos que aprofundem a temática em estudo a partir desses diferentes segmentos de fazeres na APS.

REFERÊNCIAS

- ABRELPE - Associação Brasileira de Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Especiais, 2010. Disponível em: <http://planetasustentavel.abril.com.br/noticia/lixo/substituicao-lixoes-aterros-sanitarios-emissao-metano-biogas-eletricidade-735237.shtml>. Acesso: 03 Julho de 2017.
- ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.38, n.103, p.953-965, 2014.
- ALOMA, O. Departamento Municipal de Saúde – Piraju (SP). Comunicação Pessoal, 2005.
- ANDRADE, E. M. et al. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.30, n.1, p.147-155, 2011.
- ANDRADE, L. O. M. et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. **Lancet**, v.385, p.1343–1351, 2015.
- ARAÚJO, M. R. N.; ASSUNÇÃO, R. S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v.57, n.1, p.19-25, 2004.
- ARAUJO, A. S.; VIEIRA, S. S.; JUNIOR, B. L. Fatores condicionantes ao abandono do tratamento da tuberculose relacionados ao usuário e à equipe de saúde. **Caderno Saúde de desenvolvimento**, v.10, n.6, 2017.
- BALLESTERO, J. G. A. et al. Tuberculose multirresistente: integralidade da atenção à saúde na perspectiva discursiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 515-521, 2014.
- BANFIELD, J. **Crime and conflict: the new challenge for peacebuilding**. London: International Alert, 2014.
- BARALHAS, M.; PEREIRA, M. A. O. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, n.3, Brasília (DF) p.358-65, 2013.
- BARBOSA, I. R. et al. Análise da distribuição espacial da tuberculose na região Nordeste do Brasil 2005-2010. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.22, n.4, p.687-695, 2013.
- BARBOSA, I. R.; COSTA, I. C. C. **A determinação social no processo de adoecimento no contexto das populações negligenciadas**. Recife (PE): Portal DSS-Nordeste, 2013. Disponível em: <http://dssbr.org/site/opinioes/a-determinacao-social-no-processo-de-adoecimento-no-contexto-das-populacoes-negligenciadas/>
- BARBOSA, T. A. et al. Rede de apoio e apoio social às crianças com necessidades especiais de saúde. **Revista Rene**, Fortaleza, v.17, n. 1, p.60-66, 2016.

BARBOZA, M. S. M. et al. Gestão de resíduos sólidos do lixão da cidade de Pirenópolis. **Revista Científica ANAP Brasil**, v.6, n.7, p.167-194, 2013.

BARROS, D. F. et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**, v.19, n.1, Florianópolis, p.78-84, 2010.

BASTOS, F. I. Structural violence in the context of drug policy and Initiatives aiming to reduce drug-related harm in contemporary Brazil: a review. **Substance Use Misuse**, v.47, p.1604-1611, 2012.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Caderno FNEPAS**, v2, p.25-28, 2012.

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

BEZERRA, K. P.; MONTEIRO, A. I. Violência intrafamiliar contra a criança: intervenção de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste: REVRENE**, v.2, n.13, Ceará, p.354-64, 2012.

BIDARRA, Z. S. Pactuar a intersetorialidade e tramar as redes para consolidar o sistema de garantia de direitos. **Revista Serviço Social & Sociedade**, v.99, p.487- 497, 2009.

BISPO JUNIOR, J. P.; MESSIAS, K. L. M. Sistemas de serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. **Revista Saúde. Co m**, v.1, n.1, p. 79-89, 2005.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação conciliadora e a transformadora, **Trabalho, Educação e Saúde**, v.6, n.3, Rio de Janeiro, 2008.

BRAGA, L. C. de; CARVALHO, L. R. de; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl.1, p.1585-1596, 2010.

BRAND, C. I.; ANTUNES, R. M.; FONTANA, R. T. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v.15, n.1, p.40-47, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**, 17 a 21 de março de 1986.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 5 out. 1988. Seção II, p.33-34.

_____. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990.

_____. **Lei, nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **SUS: Princípios e conquista.** Brasília, 2000. Acesso em 16 de outubro de 2016. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Modalidade de Contratação de Agentes Comunitários de Saúde: Um Pacto Tripartite.** Reimpressão. Brasília (DF), 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e educação na Saúde. **Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS).** Brasília (DF), 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006.** Regulamenta o §5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília (DF), 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Manual de implantação de complexos reguladores.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** Brasília (DF), 2009a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas./** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009b. 100 p.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, n.204, p.55, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Série E. Legislação em Saúde. Brasília (DF), 2012.

_____. Pesquisa Nacional de Saúde. **Ciclos de vida: Brasil e grandes regiões/IBGE,** Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, 2013. 92p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 160p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. **Boletim Epidemiológico**; v.45, n.2, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose. **Boletim Epidemiológico HIV/aids**, Brasília, v. 46, n. 9, 2015.

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

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS). **Caderno de orientações**. Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos Articulação necessária na Proteção Social Básica, Brasília, 2016b.

_____. Ministério da Saúde. **PNAB aprovada**. Portal da Saúde. Nova política de Atenção Básica ajuda meta de resolver 80% dos problemas de saúde nesta área da assistência, 2017a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/29413-nova-politica-de-atencao-basica-ajuda-meta-de-resolver-80-dos-problemas-de-saude-nesta-area-da-assistencia>

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**, 2017b. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/setembro2017/dia22/portaria2436.pdf>

BORNSTEIN, B. J.; DAVID, H. M. S. L. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.12, n.1, p.107-128, 2014.

BREILH, J. Las tres “s” de la determinación de la vida y el triángulo de la política. In: NOGUEIRA, R. P. organizador. **Determinação social da saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES; p.87-125, 2010.

BUBOLTZ, F. L.; SILVEIRA, A.; NEVES, E. T. Estratégias de famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico: a busca pela construção da integralidade. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.24, n.4, p.1027-1034, 2015.

BUSS, P. M.; FILHO A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CAMPOS, A. L. V. **Políticas internacionais de saúde na Era Vargas**: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Health needs: an analysis of Brazilian scientific literature from 1990 to 2004. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.23, p.605-18, 2007.

CAPONI S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERINA, D.; FREITAS, C. M. org. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. In **Enfermagem e saúde do adulto**. Org. BRÊTAS, A. C. P.; GAMBA, M. A. São Paulo, Manole, 2006.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. 30 ed. São Paulo: Cortez; 2012.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa de Saúde da Família: o agente comunitário de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Revista Eletrônica Ciência e Saúde Coletiva para a Sociedade**. Rio de Janeiro, 2007.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, Supl.1, p.1509-1520, 2010.

CARRIJO, C. I. S. et al. A empregabilidade de egressos de um curso de graduação em enfermagem. **Revista de enfermagem UERJ**, v.15, p.356-63, 2007.

CATÃO, M. F. O ser humano e problemas sociais: questões de intervenção. **Temas em Psicologia**, v.19, n.2, João Pessoa (PB), p.459-65, 2011.

CAVALCANTE, M. V. da S.; LIMA, T. C. S. de. A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência. **Argumentum**, Vitória (ES), n.1, v.5, p.235-256, 2013.

CEARÁ (Estado). O que é a reforma psiquiátrica? Fortaleza: Secretaria de Saúde. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/politicas-de-saude/organizacao-deservicos/atencao-especializada/44758-saude-mental>. Acesso: 05 de Julho de 2017.

CEARÁ. **Programa de Saúde da Família**: Síntese do Relatório da Pesquisa sobre o Programa de Saúde da Família. Ceará, 2003.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integridade e equidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006. p.115-28.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. O debate e a ação sobre os determinantes sociais da saúde: posição dos movimentos sociais, 2011.

CERQUEIRA, D.; COELHO, D. S. C. Democracia racial e homicídios de jovens negros na cidade partida. **Texto para discussão**. Brasília (DF), 2017.

CÉSAR, J. A. et al. Mudanças em indicadores de saúde infantil em um município com agentes comunitários: o caso de Itapirapuã Paulista, Vale do Ribeira, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1647-54, 2002.

CHAISSON, R. E.; MARTISSON, N. A. Tuberculosis in Africa-combating an HIV-driven crisis. **The New England Journal of Medicine**, v.35, n.11, p.1089-92, 2008.

COFEN. Cofen encaminha ofício ao MS solicitando esclarecimentos sobre a nova PNAB.

OFÍCIO Nº 1449/2017 / GAB/ PRES, 1º de setembro de 2017. Disponível em:
http://www.cofen.gov.br/cofen-encaminha-oficio-ao-ms-solicitando-esclarecimentos-sobre-a-nova-pnab_54829.html

CORREIA, M. V. C; PRÉDES, R. L. **Relatório técnico da pesquisa**. As formas de gestão do trabalho em saúde e o processo de precarização do trabalho em saúde no setor público do estado de Alagoas. Maceió: UFAL, 2009.

COSTA, M. A.O. **A supervisão do enfermeiro no trabalho do agente comunitário de saúde: uma revisão bibliográfica**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

COSTA, S. L.; CARVALHO, E.N. Agentes comunitários de saúde: agenciadores de encontros entre territórios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, São Paulo, p.2931-40, 2012.

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

COSTA, M. C.; LOPES, M. J. M. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol.46, n.5, p.1088-95, 2012.

CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. **Interface: Comunicação, saúde e educação**, v.44, n.17, p.61-73, 2013.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.4, p.961-70, 2011.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho: casos clínicos**. Porto Alegre: Dublinense: 2017.

DIAS, I. **Exclusão social e violência doméstica: que relação?** 1998. Disponível em:
<http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/1457.pdf>.

DREYFUS, P. Vino viejo en odres todavía más viejos: Tendencias regionales der Crimen Organizado en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI y más allá. 2009. In: HANS, MATHIEU; ARREDONDO, PAULA RODRÍGUEZ (eds.). **Anuario 2009 de la Seguridad Regional en América Latina y el Caribe**. Bogotá: Friedrich Ebert Stiftung – Programa de Cooperación en Seguridad Regional, 2009, p. 175-189.

DUARTE, R. L.; SILVA JUNIOR, D. S.; CARDOSO, S. H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.23, p.439-437, 2007.

DUARTE, E. C. BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.21, n.4, p.529-532, 2012.

ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em perspectiva**, v.18, n.3, p.41-46, 2004.

FALZON, D. et al. Multidrug-resistant tuberculosis around the world: what progress has been made? **European Respiratory Society**; v.45, n.1, p.150-160, 2015.

FARIA, H. P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon). Belo Horizonte, 2ª edição, 2010.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, n.38, p.13-33, 2014.

FERREIRA, V. P. et al. Prevalência e fatores associados à violência sofrida em mulheres encarceradas por tráfico de drogas no Estado de Pernambuco, Brasil: um estudo transversal. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.7, p.2255-2264, 2014.

FERREIRA, G. **Juventudes: trajetórias interrompidas pelos caminhos da inclusão precária**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

FERTONANI, H.P. et al Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.6, p.1869-78, 2015.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.

FIREMAN, T. M. V. **SUS: Avanços, Impasses e Retrocessos**, 2007.

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

FONTES, K. B. et al. Fatores associados ao assédio moral no ambiente laboral do enfermeiro. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.21, n.3, p.758-764, 2013.

GARCIA, S. D. et al. Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.65, n.2, p.339-46, 2012.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber livro, 2005.

GIL, C. R. R. Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1171-1181, 2006.

GOMES, K. O. et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.4, p.744-755, 2009.

GOMES, P. I. J. **Território, criminalidade e tráfico de drogas ilícitas em Montes Claros/MG**. Tese de doutorado. Universidade Federal de Uberlândia/MG, 2016.

GONZALES, R. I. C. et al. A descoberta da tuberculose no território: análise qualitativa do trabalho do agente comunitário de saúde. **Ciencia y enfermeria**, v.2, p.87-97, 2015.

GONÇALVES, A. R. R. Saúde no Reino Unido e no Brasil: contrastes e desafios. **Ideias em gestão**, p.32-5, 2011.

GRIJÓ, W. P. **Uso de software de pesquisa qualitativa na análise de dados da recepção midiática**. X POSCOM - Seminário dos Alunos de Pós-Graduação em Comunicação Social da PUC-Rio 04, 05 e 06 de novembro de 2013.

GUALDA, D. M. R; BERGAMASCO, R. **Enfermagem, cultura e o processo saúde doença**. São Paulo, 2004.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da atenção básica em saúde e do programa de saúde da família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**, 2005. p.481-502.

HESLER, L. Z. et al. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.34, n.1, p.180-186, 2013.

HILDEBRAND, S. M.; SHIMIZU, H. E. Percepção do agente comunitário sobre o Programa Família Saudável. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.3, p.319-324, 2008.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em:
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431490&search=||info%EFicos:-informa%E7%F5es-completas>. Acesso em: 04 de julho 2016.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015 / IBGE**, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2015.

IMBUSCH, P.; MISSE, M.; CARRIÓN, F. Violence research in Latin America and the Caribbean: a literature review. **International Journal of Conflict and Violence**, v.5, p. 87-154, 2011.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência**, 2016.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. Práticas de cuidado de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**; v.14, n.1, p.893-900, 2015.

KLEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde na estratégia de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.16, n.1, p.161-9, 2014.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.2, n.5, 2006.

LI, L. et al. Facing HIV as a family: predicting depressive symptoms with correlated responses. **Journal of Family Psycholog**, Washington, DC, v. 25, n. 2, p. 202-209, 2011.

LIMA, J. S. **Adolescentes do gênero feminino no tráfico de drogas: a experiência do projeto giração**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Católica de Brasília, Brasília (DF), 2013.

LIMA, T. J. V. et al. Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. **Saúde e Sociedade**, v.19, n.4, p.866-77, 2010.

LIMA, N. A.; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. A visita domiciliária realizada pelos agentes comunitários de saúde sob a ótica de adultos e idosos. **Saúde e Sociedade**, v.19, n.4, p.889-897, 2010.

LIRA, C. E. P. R.; SILVA, P. P. A. C.; TRINDADE, R. F. C. Conduta dos agentes comunitários de saúde diante de casos de violência familiar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.14, n.4, p.928-36, 2012.

LOPES, D. M. Q. et al. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer – sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.3, p.633-40, 2012.

LOURENÇO, L. M. et al. Estudo das Crenças dos Agentes de Saúde a Respeito da Violência Doméstica. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v.1, n.1, p.108-128, 2010.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto** [tese]. São Paulo: Ribeirão Preto, 2004.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.3, p.521-532, 2011.

MACIEL, E. L. N. et al. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: Conhecimentos e percepções. Rio de Janeiro, **Caderno de Saúde Pública**, v.24, n.6, 2008.

MAGALHÃES, K. A. et al. A visita domiciliária do agente comunitário de saúde a famílias com idosos frágeis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.12, p.3787-3796, 2015.

MALOUIN, R. A.; STARFIELD, B.; SEPULVEDA, M. D. Evaluating the tools used to assess the medical home. **Manag Care**, v.18, n.6, p.44-48, 2009.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, Campinas, v.21, n.2, p.345-362, 2012.

MASSEY, D. The age of extremes: concentrated affluence and poverty in the twenty-first century. **Demography**, v.32, n.4, p.395-412, 1996.

MATTAR, F. **Pesquisa de marketing**. Ed. Atlas. 1996.

- MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Atenção Primária à Saúde**. Em: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/avasau.html>. Acesso em 01 de julho de 2016.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.5. p.2297-2305, 2010.
- MENDES, E. V. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília: OPAS, 2012.
- MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos avançados**, v.27, n.78, São Paulo, 2013.
- MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: o e saúde: a declaração de a declaração de alma-ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.12, n.3, p.447-8, 2004.
- MERHY, E.M. Introdução ao debate sobre os componentes da caixa de ferramentas dos gestores em saúde. **Revista SUS**. Brasil - vivências e estágios na realidade do SUS do Brasil, 2002.
- MIGUEL, E. A. et al. Importância do trabalho interprofissional para a Estratégia Saúde da Família e Pediatria. Espaço para a saúde - **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v.17, n. 2, p.111-117, 2016.
- MINAYO, M.; DESLANDES, S.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 25 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007. p.64.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010
- MINAYO, M. C. S.; GUALHANO, L. Problemas sociais e de saúde na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.11, 2015.
- MOLINA, M. R. A. L. et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.39, n.6, p.194-197, 2012.
- MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.1, p.19-25, 2011.
- NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, v.24, n.6, p.1304-1313, 2008.
- NETO, F. R. G. X. Necessidades de qualificação, dificuldades e facilidades dos técnicos de enfermagem na estratégia saúde da família. **SANARE**, v.15 n.1, p.47-54, 2016.
- NEVES, J. A. J. et al. Avaliação da tuberculose em pacientes da cidade de Manhuaçu, Minas Gerais, Brasil. **Revista Científica Internacional**, v.1, n.29, p.125-37, 2014.

NOGUEIRA, R. P. Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: **Cebes**, 2010, 200p.

NOGUEIRA, M. L. A educação popular em saúde como base da preceptoria na formação técnica de agentes comunitários de saúde. **Revista APS**, v.18, n.4, p.438-46, 2015.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. O. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde. **IPEA**, 2000. 33p.

NORONHA JÚNIOR, M. A. G. et al. Depressão em estudantes de medicina. **Revista Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.25, n.4, p.562-567, 2015.

OLIVEIRA, S. F.; ALBUQUERQUE, F. J. B. Programa de Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicologia Social**, v.20, n.2, p.39-43, 2006.

OLIVEIRA, A. R. et al. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n.1, p.28-36, 2010.

OLIVEIRA, W. M. A.; BEZERRA, A. L. Q. Autoavaliação da estratégia saúde da família por enfermeiros. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.20-5, 2011.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, p.158-64, 2013.

OLIVEIRA, A. R. et al. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n.1, p.28-36, 2010.

OLIVEIRA, J. L. C.; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no programa saúde da família de Campos dos Goytacazes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, p.297-302, 2005.

OLIVEIRA, J. C. A.; TAVARES, D. M. S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.3, p.774-81, 2010.

OLIVEIRA, C. B. B. et al. Experiências de adoecimento por condições crônicas transmissíveis: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.26, n.2, p.510-520, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde, 2010.

OSA, J. A. de La. Um olhar para a saúde pública cubana. **Estudos avançados**, v.25, n.72, 2011.

PÁDUA, J. P.; VANONE, S. A.; NASCIMENTO, E. A influência da capacitação na motivação dos Agentes Comunitários de Saúde do município de São Sebastião do Paraíso (MG), no ano de 2006 a 2007. **Ciência et Praxis**, v.2, n.4, 2009.

PAIM, J. S. Saúde, crises, reformas. Salvador, Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986.

PAIM, J.A. **Modelos de atenção e vigilância da saúde**. In: Rouquayrol MZ, Almeida FN, organizadores. Epidemiologia e Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p.567-86.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no Século XXI**. Salvador: Ed. UFBA, 2006.

PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.967-974, 2006.

PELLINI, T. V. **O processo de trabalho do agente comunitário de saúde e as estratégias de enfrentamento**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

PEREIRA, I. C.; OLIVEIRA, M. A. C. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.66, n.3, p.412-9, 2013.

PÉREZ, B. C.; JARDIM, M. D. A participação de crianças nas políticas públicas: construção, prática e desafios. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v.10, n.1, p.206-218, 2015.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde. LACERDA, A.; CASANOVA, A.; TEIXEIRA, M. B. **O cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Vigilância em Saúde: uma proposta de formação profissional conjunta**, 2011, p.205-14.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P. de; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, n.3, v.44, p. 657-664, 2010.

POLARO, S. H. I.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da Estratégia de Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.22, n.4, p.935-42, 2013.

PRADO, T. N. et al. Epidemiological profile of adult patients with tuberculosis and AIDS in the state of Espírito Santo, Brazil: cross-referencing tuberculosis and AIDS databases. **J Bras Pneumol**, v.37, n.1, p.93-9, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Plano municipal de saúde de 2014 a 2017. Porto Alegre, 2013. Acesso em 19 de dezembro de 2016. Disponível em:

http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms_2014_2017.pdf

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Nota técnica nº 05/2016. Porto Alegre, 2016.

REIBNITZ JUNIOR, C. et al. **Atenção Integral à Saúde do Adulto**. Especialização Multiprossional na Atenção Básica. Eixo III - A Assistência na Atenção Básica. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

REPÚBLICA DE CUBA. Sistema de Saúde. **Revista da República Cubana**, 2013. Acesso em: 10 de out. de 2016. Disponível em: <http://revistadarepublicacubana.blogspot.com.br/2013/07/7.html>.

RIBEIRO, B. **A influência das drogas nos homicídios na comarca de Criciúma/SC: um estudo nos julgados no Tribunal do Júri no período de 2012 a 2015** [Monografia]. Criciúma, 2016.

ROCHA, N. H. N.; BARLETTO, M.; BEVILACQUA, P. D. Identidad de la agente comunitaria de salud: eltejido de racionalidades emergentes. **Interface**, v.17, n.47, p.847-857, 2013.

ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.49, n.1, p.129-35, 2015.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G.; ARAÚJO, A. **Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.45, n.5, p.1041-47, 2011.

RODRIGUES, M. A.; SEIDL, E. M. F. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. **Paidéia**. Ribeirão Preto, v.18, n.40, p.279- 88, 2008.

SÁ et al. Tratamento da tuberculose em unidades da saúde da família: histórias de abandono. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.16, n.4, p.712-8, 2007.

SAITO, R.X.S. **Políticas de saúde: Princípios, diretrizes e Estratégias para a estruturação de um Sistema Único de Saúde**. In: *Saúde da Família: Considerações teóricas e aplicabilidade*. São Paulo: Martinari, 2008. 21-61p.

SANTOS, L. P. G. S. **A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção da saúde** [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2005.

SANTOS, K.T. et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1), p.1023-28, 2011.

SANTOS, M. S.; SILVA, J. G.; BRANCO, J. G. O. Desafios para enfrentamento à violência. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza**, v.30, n.2, p.229-238, 2017.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v.377, n.9781, p.1949-1961, 2011.

SCHWARTZ, Y. A Experiência é Formadora? **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p.35-48, jan. 2010.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. Estrutura, 2016. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=808. Acesso em: 04 de julho 2016.

SHIMIZU, H. E.; REIS, L. S. As representações sociais dos trabalhadores sobre o Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 8, p.3461-3468, 2011.

SILOCCHI, C.; JUNGES, J. R.; FERNANDES, A. A. Rede de apoio social: identificação, reconhecimento e integração com a fisioterapia comunitária. **SANARE – Revista de Políticas Públicas**, v.15 n.2, p.78-86, 2016.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. **Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas**. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. organizadores. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. p.27-41

SILVA, S. S. et al. Agente comunitário de saúde: o uso da educação em saúde como facilitadora do cuidado **Em Extensão**, Uberlândia, v.13, n.2, p.122-128, 2014.

SILVA, J. P. V.; BATISTELLA, C.; GOMES, M. L. Problemas, Necessidades e Situação de Saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. In: FONSECA, A. F. organizadora. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.159-76.

SILVA, J. R. L.; BOÉCHAT, N. O ressurgimento da tuberculose e o impacto do estudo da imunopatogenia pulmonar. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.30, n.4, 2004.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1433-37, 2004.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.1, p.48-56, 2008.

SILVA, L. S.; SILVA, E. Impactos socioambientais causados pelo lixo na cidade de Itaguatins. **Revista Tocantinense de Geografia**, Araguaína (TO), v.1, p.60-72, 2015.

SIMÕES, A. R. O agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. **Revista Saúde Pública**, v.2, n.1, 2009.

SIMÕES, A. L.; FREITAS, C. M. Análise sobre condições de trabalho de Equipe de Saúde da Família, num contexto de vulnerabilidades, Manaus (AM). **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v.40, n.109, p.47-58, 2016.

SOARES, A. M. et al. Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.16,n.1, p.7-18, 2007.

SOARES, J. A. S. et al. Impactos da urbanização desordenada na saúde pública: leptospirose e infraestrutura urbana. **Questões Contemporâneas**, v.13, n.1, 2014.

- SOUZA, L. J. R.; FREITAS, M. C. S. O Agente Comunitário de Saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.35, n.1, p.96-109, 2011.
- SPERONI, K. et al. Percepções dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. **Revista Cuidarte**, v.7, n.2, p.1325-37, 2016.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **IESUS**, v.7, n.2, p.7-28, 1998.
- TESTON, E. F.; SILVA, R. L. D. T.; MARCON, S. S. Convivendo com hepatite: repercussões no cotidiano do indivíduo infectado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.47, n.4, p. 860-868, 2013.
- TOMACHESKI, J. A. **Condições sociais de surgimento e implementação de uma política pública: burocratas e médicos na formação das políticas públicas de saúde no Brasil (1963-2004)**. [Tese]. Universidade de Brasília, 2007.
- TOLENTINO, D. S.; ANDRADE, M. O trabalho do agente comunitário de saúde e suas implicações para o enfermeiro no programa de saúde da família. Informe-se em promoção da saúde, v.4, n.1.p.06-09, 2008.
- TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.6, n.10, p.75-94, 2002.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v.20, p.190-98, 2004.
- TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia e o marxismo**. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.
- VIEIRA, E. M. et al. The response to gender violence among Brazilian health care professionals. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.3, p.681-690, 2013.
- VIEIRA, A. M. B. et al. Percepção dos agentes comunitários de saúde acerca do acompanhamento aos usuários de saúde mental. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v.16, n.01, p.24-31, 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **New public health and WHO’s Ninth General Programme of Work: a discussion paper**. Geneva, WHO, 1995.
- WHO. **Global status report on non communicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization, 2011.
- WHO. **Closing the gap: policy into practice on social determinants of health: discussion paper of the World Conference on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, Brazil, 2011**. Geneva: World Health Organization, 2011.

WHO. Knowledge **Translation on Ageing and Health**: A framework for policy development, 2012. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/knowledge_translation_en.pdf. Acesso em: 11 jun. 2017.

ZAMBERLAN, K. C. et al. Trajetória de familiares cuidadores de crianças ao pronto atendimento. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.27, n.2, p.172-180, 2013.

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

Local: Data:
Início: Término:

TEMAS PARA OS ENCONTROS

TEMAS	NÚMERO DE ENCONTROS*
<p>Primeiro momento: apresentação da proposta de pesquisa e conhecendo os integrantes do grupo.</p> <p>Segundo momento: assistir um pequeno vídeo sobre o SUS, a ESF e trabalho do ACS. A seguir a discussão terá como foco o tema: pensando em seu trabalho os problemas sociais e de saúde das comunidades e territórios onde atuam.</p>	1º Encontro
<p>A partir dos problemas sociais e de saúde das comunidades e territórios identificados pelos ACS discutir-se-á: como você, considerando determinado problema de saúde e seu contexto desenvolve seu trabalho/orientação e ações de educação em saúde?</p>	2º Encontro
<p>Assistir um pequeno vídeo e a seguir a discussão terá como foco a questão: E em que medida os conhecimentos por você transmitidos provém de suas experiências do cotidiano de vida e trabalho?</p>	3º Encontro

*Cada grupo focal terá três encontros e serão realizados pelo menos três grupos, totalizando nove encontros para se contemplar as 28 equipes de ESF.

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS

Nome do entrevistado:

Local: Data:

Início: Término:

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Possui filhos? Se sim, quantos?

Religião: Pratica? () Sim () Não

Raça/cor declarada:

Escolaridade:

Tempo de serviço na ESF:

Possui outros empregos?

1. Trajetória familiar: tempo de moradia na localidade, motivos de escolha do local (há quanto tempo reside neste local, escolha pela localidade, compra, herança);

2. Histórico da localidade: principais mudanças observadas ao longo do tempo (algo mudou daqueles tempos até o presente);

3. Como foi a aproximação com sua atividade de trabalho (o que desempenhava anteriormente, como decidiu por esta atividade, e o vínculo empregatício do ACS);

4. Redes de conhecimento formal (Como foi o curso inicial de capacitação para ACS quando ocorreu, qual foi a duração. E atualmente como ocorrem as capacitações/educação permanente – qual a periodicidade, como são definidos os temas, onde ocorrem, e quem ministra);

5. Saberes e práticas adquiridas das experiências de vida (como suas experiências auxiliam em suas orientações para o bem estar dos usuários);

6. O trabalho no dia-a-dia (descreva um pouco seu trabalho e as orientações que costuma dar aos diferentes problemas que lhe são apresentados, estas orientações tiveram sua origem

em suas experiências de vida, de trabalho, em algum curso ou capacitação, motivação para continuar exercendo esse papel);

7. Ações de saúde (quais ações de saúde são realizadas no seu cotidiano, como lida com as situações inesperadas);

8. O processo de trabalho e rotina de trabalho (instrumentos e ferramentas utilizadas, condições de trabalho – horário de trabalho, descanso, lazer);

9. Processo de trabalho (dificuldades relatadas e observadas em seu trabalho e são as estratégias utilizadas para superá-las);

10. Saúde-doença-trabalho – (ocorrência de sinais e/ou sintomas atribuídos a experiências de trabalho, ocorrência de acidentes e outros agravos, medidas para saná-los, procura de algum lugar ou recurso específico).

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “O diálogo entre diferentes saberes no cotidiano dos agentes comunitários de saúde”. O objetivo geral da pesquisa é analisar a articulação entre o saber epistêmico e oriundo das experiências de vida e trabalho de agentes comunitários nas ações de educação em saúde no Programa Saúde da Família em um Distrito Sanitário no Município de Porto Alegre, RS.

Sua participação consistirá no fornecimento de informações em reunião coletivas com seus colegas de trabalho, durante uma hora e 30 minutos e em entrevistas individuais, durante 30 minutos sobre o seu cotidiano de trabalho, as atividades que desenvolve e os motivos que o (a) levaram a ser agente comunitário de saúde.

Ao aceitar participar dessa pesquisa, o (a) senhor (a) estará contribuindo para o maior conhecimento das ações desenvolvidas pelo agente comunitário de saúde e as relações estabelecidas entre o saber epistêmico e oriundo das experiências de vida e trabalho de agentes comunitários nas ações de educação em saúde. A pesquisa também possibilitará compreender as demandas de saúde destes trabalhadores, fornecendo informações que poderão nortear ações do Sistema Único de Saúde.

Como riscos, há possibilidade de sentir cansaço e desconforto pelo tempo que envolve a conversa e por ter de relembrar algumas vivências que possam ter causado sofrimento. Caso isto venha acontecer, poderemos concluir a atividade, oferecer apoio por meio de uma conversa e acolhimento ou orientá-lo a procurar sua Unidade de Saúde para encaminhamento à rede de saúde.

Afirmo que sua identidade será mantida em sigilo em todos os materiais resultantes desta pesquisa. Você não precisará informar seu nome completo, nem apresentar documentos de identificação. A pesquisa será feita por meio de grupo focal e de entrevistas individuais. O registro dos dados do grupo e entrevistas será feito por meio de anotações e gravações de áudio. Os dados produzidos serão mantidos sob minha responsabilidade durante um período de 5 anos, sendo destruídos após esse período.

Comprometo-me a apresentar os resultados da pesquisa pessoalmente em uma reunião a todos que desejarem participar. Os resultados da pesquisa serão divulgados no meio acadêmico, em congressos, reuniões técnico-científicas e revistas da área da enfermagem em saúde pública.

Ressalto que sua participação na pesquisa não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento sem nenhum prejuízo. Decidindo

por participar você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal. Assim, você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Deise Lisboa Riquinho

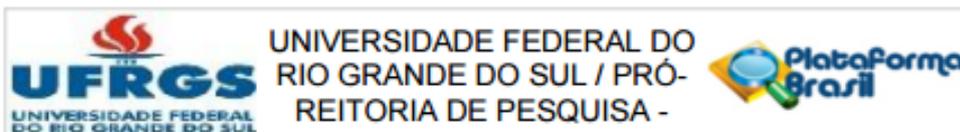
Contato do pesquisador: Rua São Manoel, 963. Santa Cecília, Porto Alegre. CEP: 90620-110. Tel: (51) 33313482 / 99867895

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS): AV. Paula Gama, 110 – Sala 371. Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro, Porto Alegre, RS. CEP 90040-060. Tel: (51) 3308-3738. E-mail: etica@propesq.ufrgs.br. Página na internet: <http://www.ufrgs.br/cep/>

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP/SMS): Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar (Centro Histórico), Porto Alegre, RS. Tel: (51) 3289-5517. E-mail: cep_sms@hotmail.com.br e cep-sms@sms.prefpoa.com.br.

Declaro que entendi os objetivos, benefícios e riscos de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Participante da pesquisa

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DA UFRGS**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: O DIALÓGO ENTRE DIFERENTES SABERES NO COTIDIANO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Pesquisador: Deise Lisboa Riquinho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41730515.0.0000.5347

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.009.554

Data da Relatoria: 02/04/2015

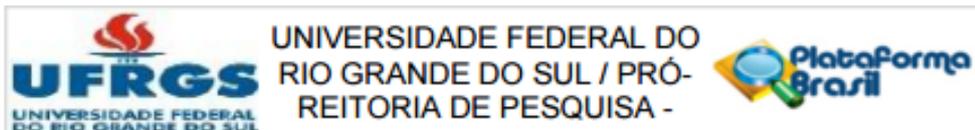
Apresentação do Projeto:

O projeto propõe um diálogo entre o saber epistêmico e o oriundo de vivências do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), buscando articular mutuamente saberes que envolvem o campo epistêmico-conceitual e a experiência e o saber dos trabalhadores, destacando a importância da sinergia, do diálogo crítico com os especialistas, nas pesquisas e intervenções no trabalho. Espera-se ao fomentar o diálogo entre diferentes saberes e contribuir para o fortalecimento das ações de educação em saúde na Atenção Primária, tendo em vista a identificação e estratégias de ação diante das necessidades apresentadas no território. Os sujeitos de pesquisa serão os ACS atuantes nas quatorze Estratégia Saúde da Família (ESF) da região Glória/Cruzeiro/Cristal do Município de Porto Alegre. A produção dos dados será por meio de grupo focal e entrevistas semiestruturadas.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar como ocorre o diálogo entre o saber epistêmico e o oriundo de vivências do trabalho dos ACS; identificar e analisar a trajetória de vida e inserção dos ACS na ESF; mapear e analisar as redes de conhecimentos construídas nas experiências de vida e no trabalho do ACS; e identificar e analisar as atividades desenvolvidas pelos ACS e as micro gestões no cotidiano de trabalho.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.009.554

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

São considerados como riscos o possível cansaço em responder às questões ou participar do grupo, mencionando a possibilidade de abandonar os mesmos se assim o participante preferir, sem nenhum ônus, e tendo auxílio com profissional da psicologia, caso sinta necessidade. Os benefícios são indiretos e estão claramente expostos no projeto, como a contribuição para uma melhor compreensão da relação entre o saber teóricos e práticos e a articulação dos mesmos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa parece bem fundamentada e embasada teoricamente, expondo com clareza seus objetivos, metodologia e justificativa. Foi informado que "o processo de trabalho das ESF prevê reuniões semanais de equipe, o convite aos ACS será feito nestes espaços, em contato prévio com os coordenadores de cada equipe de saúde agendar-se-á a participação da pesquisadora", esclarecendo, assim, como serão contactados os ACS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE e o Termo de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre foram apresentados e estão adequados. O primeiro está adequado, redigido em linguagem clara, simples e informativa. O segundo declara ciência da pesquisa que se buscará fazer nas quatorze Estratégia Saúde da Família. Foi inserido o telefone do CEP/UFRGS.

Recomendações:

Recomenda-se aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Aprovado

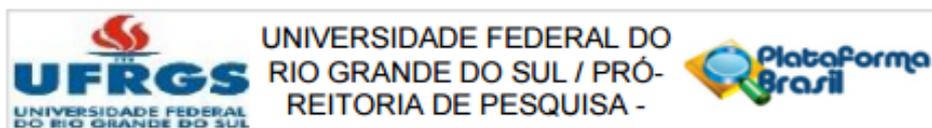
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br



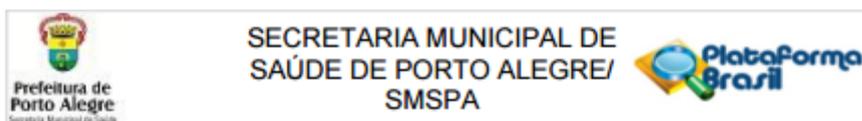
Continuação do Parecer: 1.009.554

PORTO ALEGRE, 02 de Abril de 2015

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DA SMS



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O DIALÓGO ENTRE DIFERENTES SABERES NO COTIDIANO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Pesquisador: Deise Lisboa Riquinho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 41730515.0.3001.5338

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.147.128

Data da Relatoria: 14/04/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa. Será utilizada como perspectiva empírica e analítica a abordagem ergológica de Yves Schwartz. Propõe um diálogo entre o saber epistêmico e o oriundo de vivências do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), buscando articular mutuamente saberes que envolvem o campo epistêmico - conceitual e a experiência e o saber dos trabalhadores, destacando a importância da sinergia, do diálogo crítico com os especialistas, nas pesquisas e intervenções no trabalho. Assim, sua questão norteadora é: Qual articulação entre os saberes formais (epistêmicos) da área da saúde e os saberes informais (das experiências) nas ações de educação em saúde dos Agentes Comunitários de Saúde? Têm-se por objetivo analisar a articulação entre o saber epistêmico e oriundo das experiências de vida e trabalho de agentes comunitários nas ações de educação em saúde nas Estratégias Saúde da Família (ESF) de um Distrito Sanitário no Município de Porto Alegre, RS. O cenário deste estudo será as ESF localizadas na região Glória/Cruzeiro/Cristal do Município de Porto Alegre. Os sujeitos de pesquisa serão os ACS atuantes nas quatorze ESF da região de estudo: Alto Embratel, Cruzeiro do Sul, Divisa, Graciliano Ramos, Jardim Cascata, Mato Grosso, Nossa Senhora das Graças, Orfanotrófio, Osmar de Freitas, Rincão (administrada pelo Hospital Divina Providência), São Gabriel, Santa Anita, Santa Tereza e Nossa Senhora de Belém (administrada pelo Hospital Divina Providência).

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



Continuação do Parecer: 1.147.128

de cada território em prol da resolutividade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Como riscos, há possibilidade de sentir cansaço e desconforto pelo tempo que envolve a conversa e por ter de relembrar algumas vivências que possam ter causado sofrimento. Caso isto venha acontecer, poderemos concluir a atividade e encaminhá-lo para conversar com um profissional do serviço de psicologia, previamente acordado."

Benefícios:

"Ao aceitar participar dessa pesquisa, o (a) senhor (a) estará contribuindo para o maior conhecimento das ações desenvolvidas pelo agente comunitário de saúde e as relações estabelecidas entre o saber epistêmico e oriundo das experiências de vida e trabalho de agentes comunitários nas ações de educação em saúde. A pesquisa também possibilitará compreender as demandas de saúde destes trabalhadores, fornecendo informações que poderão nortear ações do Sistema Único de Saúde."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Instituição: UFRGS

Área: Enfermagem

Nível: Pesquisa Institucional da Escola de Enfermagem

Local do Estudo: 14 ESF da região Glória/Cruzeiro/Cristal

Coleta de dados: 7/2015 a 01/2016

Nº participantes: 44

Data conclusão: 23/03/2017

Pesquisador Responsável: Deise Lisboa Riquinho

Equipe: Eliane Pinheiro de Moraes; Letícia Becker Vieira

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

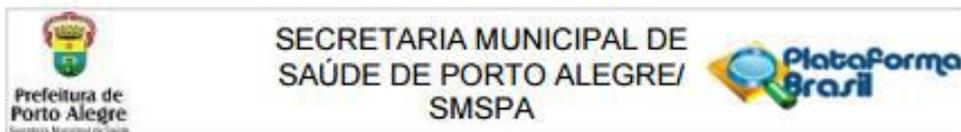
Termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências identificadas foram adequadas pela pesquisadora.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.147.128

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Deverá ser apresentado o parecer de aprovação do CEP SMSPA à Gerência Distrital de Saúde para combinar o início da pesquisa.

Enviar ao CEP SMSPA o relatório parcial e trabalho final, ao término do estudo.

PORTO ALEGRE, 13 de Julho de 2015

Assinado por:
MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDATI
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com

ANEXO C – PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM

Dados Gerais:

Projeto Nº:	32563	Título:	OS AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE E SUAS ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMENTO AOS PROBLEMAS SOCIAIS E DE SAUDE	
Área de conhecimento:	Enfermagem de Saúde Pública	Início:	03/03/2017	Previsão de conclusão: 30/03/2018
Situação:	Projeto em Andamento			
Origem:	Escola de Enfermagem	Projeto Isolado		
Local de Realização:	não informado			
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.				
Objetivo:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Analisar as estratégias de enfrentamento aos problemas sociais e de saúde no trabalho dos ACS em uma Gerência Distrital de Saúde, no município de Porto Alegre, RS.</p> </div>			

Palavras Chave:

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
 PROBLEMAS SOCIAIS

Equipe UFRGS:

Nome: DEISE LISBOA RIQUINHO
 Coordenador - Início: 03/03/2017 Previsão de término: 30/03/2018
Nome: Daiane Broch
 Outra: Aluno de Mestrado - Início: 03/03/2017 Previsão de término: 30/03/2018

Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 25/04/2017 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

Anexos:

Documento de Aprovação	Data de Envio: 12/02/2017
Projeto Completo	Data de Envio: 13/02/2017
Outro	Data de Envio: 23/04/2017