



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

EDILAINE CRISTINA MARTINS DA SILVA

**PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA
ATENÇÃO BÁSICA**

CAJAZEIRAS-PB

2016

EDILAINE CRISTINA MARTINS DA SILVA

**PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA
ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Marcelo Costa Fernandes

CAJAZEIRAS- PB

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras – Paraíba

S586p Silva, Edilaine Cristina Martins da
Processo de trabalho do agente comunitário de saúde na atenção
básica / Edilaine Cristina Martins da Silva. - Cajazeiras, 2016.
60f.: il.
Bibliografia.

Orientador: Prof. Me. Marcelo Costa Fernandes.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - UFCG/CFP, 2016.

1. Agente Comunitário de Saúde. 2. Saúde Pública. 3. Atenção
Primária à Saúde. I. Fernandes, Marcelo Costa. II. Universidade Federal
de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

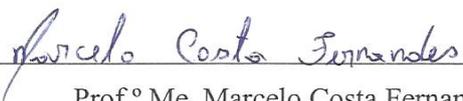
EDILAINE CRISTINA MARTINS DA SILVA

**PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA
ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 05/05/2016

BANCA EXAMINADORA



Prof.º Me. Marcelo Costa Fernandes
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/UAENF
Orientador



Prof.ª Me. Rayrla Cristina de Abreu Temoteo
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/UAENF
1º Membro



Prof.ª Dra. Maria Lúcia de Oliveira Bezerra
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/UAENF
2º Membro

**CAJAZEIRAS- PB
2016**

Dedico este trabalho com todo amor do meu coração a minha Mãe (in memoriam), que apesar de não estar presente na concretização desse sonho, sei que está muito feliz e orgulhosa de mim. Sou muito grata por seus ensinamentos e por sempre ter me incentivado na busca de meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por se mostrar sempre presente em todos os momentos da minha vida. Sem Ele nada disso seria possível.

Ao meu orientador Prof. Me. Marcelo Costa pelo acolhimento, pela direção, pela paciência, toda atenção e disponibilidade que concedeu para a construção deste trabalho.

Aos meus irmãos que durante toda a minha jornada acadêmica sempre estiveram ao meu lado me apoiando e me ajudando.

Ao meu namorado, Geraldo, por toda paciência, compreensão, carinho, amor e por me ajudar muitas vezes nos momentos difíceis.

Agradeço as minhas tias Genira e Izabel Cristina que mesmo a distância sempre me apoiaram, incentivaram e acreditaram em mim. Obrigado por todo carinho, amo vocês!

Aos meus colegas de turma, Mairla, Flávia Paloma, Mariane, Simone e Bruno que sempre estiveram ao meu lado compartilhando as ansiedades, tristezas e boas risadas nos momentos felizes. Durante essa trajetória se tornaram meus grandes amigos.

Aos Agentes Comunitários de Saúde que participaram do estudo e se dispuseram a compartilhar suas experiências.

Enfim, a todas as pessoas que contribuíram para a realização desse sonho. Muito obrigado!

“Determinação, coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Se estamos possuídos por uma inabalável determinação, conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho.”

Dalai Lama

SILVA, Edilaine Cristina Martins. **Processo de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Atenção Básica**. 2016. 58p. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Cajazeiras-PB, 2016.

RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional que faz parte da composição da equipe mínima da Estratégia Saúde da Saúde (ESF), o qual por meio do seu processo de trabalho assume um papel fundamental para a consolidação da Atenção Básica (AB), viabilizando assim, maior resolutividade dos problemas apresentados pela população do território adstrito. O estudo objetivou averiguar o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde na AB. Trata-se de pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, realizado com 22 ACS da AB do município de Cajazeiras-PB. A coleta de dados foi feita através de entrevista semiestruturada, e para a organização dos dados obtidos na entrevista, foi recorrido ao processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que é uma forma de obter o discurso coletivo com base nos discursos individuais. Todas as etapas da pesquisa seguiram fielmente a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Durante a análise dos discursos identificou-se que o fato de estar desempregado surgiu como uma maior motivação para se tornar ACS, porém já se identificavam com o trabalho comunitário. Os resultados demonstraram também que o ACS é uma figura fundamental para facilitar o acesso das famílias às ações e serviços de saúde, sendo considerado um elo entre a comunidade e a equipe de saúde. Evidenciou-se no estudo que existem fatores que limitam seu trabalho, no entanto, suas ações podem ser fortalecidas quando há o envolvimento de todos na construção do cuidado, visando oferecer um serviço de qualidade para a população. Por fim, acredita-se que esse estudo contribua para despertar novas discussões e reflexões entre os diversos pesquisadores, equipes, comunidade e gestores sobre a importância da valorização e do reconhecimento do trabalho desses profissionais para o fortalecimento da Atenção Básica.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Trabalho; Atenção Primária à Saúde.

SILVA, Edilaine Cristina Martins. **The Community Health Work process in Primary Care**. 2016. 58p. Monograph (Bachelor of Nursing) – Federal University of Campina Grande, Teacher Center Training, Nursing Academic Unit, Cajazeiras-PB, 2016.

ABSTRACT

The Community Health Workers (ACS) is a professional who is a part of the minimum team of the Family Health Strategy (ESF), whose through their work process takes on the essential role in the consolidation of Primary Care (AB) thus making possible better resolution of the problems presented by population from attached territory. The study aimed to investigate the work process of the AB. It's a descriptive research with a qualitative study with 22 ACS of the AB in the city of Cajazeiras-PB. The data collection was realized through semi-structured interview, and to arrange the interview results, it was used the methodological process of the Collective Subject Discourse (DSC) that is a way to get the collective discourse on the basis of individual speeches. All stages of research followed the Resolution 466/2012 of the National Health Council. During the discourse analysis it was identified the fact of people being unemployed has emerged as a big motivation to become ACS, but they already identified with the community work. The results also showed the ACS is essential to facilitate the access of families to actions and health services, and it's considered a bond between the community and the health team. It was demonstrated in these study there are factors that limit their work, however, their actions can be strengthened when it involves all of people in the construction of care in order to offer a quality service to the population. Lastly, it is believed that this study will contribute to evoke new arguments and reflections between many researchers, teams, and community managers about the importance of valuing and recognizing these professionals' work to strengthening the Primary Care.

Keywords: Community Health Workers; Primary; Work; Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Mapa da 9ª Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba.....	22
Figura 02 - Mapa do estado da Paraíba e em destaque a cidade de Cajazeiras, PB.....	22

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Categoria e número de ACS participantes da temática 01.....	28
Quadro 02 - Categoria e número de ACS participantes da temática 02.....	32
Quadro 03 - Categoria e número de ACS participantes da temática 03.....	36
Quadro 04 - Categoria e número de ACS participantes da temática 04.....	39

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CEFOR - Centros Formadores de Recursos Humanos em Saúde

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo

ECH - Expressões-Chaves

ESF - Estratégia de Saúde da Família

ETSUS - Escolas Técnicas do SUS

FUNASA - Fundação Nacional da Saúde

IC - Ideias Centrais

PAS - Programa Agente de Saúde

PNACS - Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PSF - Programa Saúde da Família

RETSUS - Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral.....	15
2.2 Objetivos Específicos.....	15
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1 A origem do Agente Comunitário de Saúde	16
3.2 O Agente Comunitário de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família	19
4. MATERIAL MÉTODO	23
4.1 Tipo e natureza do estudo	23
4.2 Local da pesquisa	23
4.3 Sujeitos do estudo	25
4.4 Coleta de dados	25
4.5 Análise e interpretação dos dados	26
4.6 Aspectos éticos.....	29
5. ANÁLISE E DISCURSÃO DOS RESULTADOS.....	30
5.1 Apresentação dos Discursos Coletivos	30
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICES	53
APÊNDICE A	54
APÊNDICE B	55
ANEXOS	56
ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA.....	57
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	58

1. INTRODUÇÃO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional que faz parte da composição da equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (ESF), o qual por meio do seu processo de trabalho assume um papel fundamental para a consolidação da Atenção Básica (AB), principalmente por atuar como um elo entre a comunidade e o serviço de saúde, viabilizando assim, maior resolutividade dos problemas apresentados pela população do território adscrito.

Com a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF), o agente comunitário de saúde (ACS) constitui-se em uma força de trabalho expressiva, com mais de 200 mil profissionais atuando em todo o país, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, com ações de promoção e vigilância em saúde (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2009).

O processo de trabalho do ACS ocorre a partir da prática de ações que visam o cuidado. Essas atividades são realizadas por meio da relação com os usuários, espaço este em que o ACS pode usar de tecnologias de cuidado, como a escuta, o acolhimento e a fala, as quais visam sanar as necessidades de saúde da comunidade sob sua responsabilidade (FERREIRA et al., 2009).

O cotidiano de trabalho do ACS é complexo, já que adentra as residências da população, escuta os problemas, obtém informações sobre as condições de vida e buscam, junto com os demais membros da equipe, estratégias para solucionar as problemáticas identificadas (PERES et al., 2011).

Além disso, por fazer parte da comunidade em que trabalha, o ACS conhece as particularidades, tanto do território, quanto das famílias, o que lhe proporciona condições e subsídios para construir um plano de ações adequadas à realidade encontrada (GALAVOTE, 2011).

Destaca-se ainda que as atividades relacionadas ao processo de trabalho do ACS no âmbito da AB estão apontadas na Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011, pertencente à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as quais possuem como base a promoção, proteção e recuperação da saúde do sujeito, família e comunidade (BRASIL, 2011).

Porém há vários obstáculos que dificultam a efetivação das práticas do ACS como: a ausência de reconhecimento das suas funções ora pela gestão ora pela própria população

atendida; a precarização do processo de trabalho; a desmotivação e o medo em decorrência da violência e criminalidade que intimidam, bem como impedem a realização de ações em áreas com grande vulnerabilidade (LOPES, 2012; SANTOS, DAVID, 2011).

Portanto, diante das problemáticas apresentadas questiona-se: qual o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Atenção Básica?

A pretensão por esse estudo despertou-se quando em uma aula prática na Unidade Básica de Saúde, observei o quanto o trabalho do Agente Comunitário de Saúde é importante para o funcionamento da unidade, além de serem os principais responsáveis por incentivar a ida dos usuários aos serviços de saúde. Notei o quanto trabalham para que as metas sejam alcançadas, como também a preocupação que demonstram com as condições de saúde da comunidade.

Outro fator que instigou conhecer melhor sobre o processo de trabalhos desses profissionais foram as discussões realizadas ao longo da disciplina “Enfermagem em Saúde Coletiva I”, a qual mostrava as singularidades das funções exercidas pelos ACS, porém de forma sucinta, uma vez que o conteúdo programático que envolvia os agentes de saúde era focado somente nas políticas públicas que respaldavam tal profissão e não aprofundava as características presentes no processo de trabalho na Atenção Básica.

O estudo poderá contribuir para a visibilidade do Agente Comunitário de Saúde, pois ao demonstrar os elementos presentes em seu processo de trabalho, demonstrará a importância que essa categoria de trabalhadores possui na consolidação do elo entre a comunidade e os profissionais da saúde, como também no fortalecimento da Atenção Básica como estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- ✓ Averiguar o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Atenção Básica.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Compreender a importância do trabalho do ACS para o fortalecimento da Atenção Básica;
- ✓ Identificar as principais dificuldades e facilidades enfrentadas pelo Agente Comunitário de Saúde frente ao seu processo de trabalho;
- ✓ Investigar como o trabalho do ACS é articulado ao trabalho da equipe de Saúde da Família.
- ✓ Entender o motivo da escolha da profissão.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A origem do Agente Comunitário de Saúde

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) surgiu a partir de experiências cubanas e chinesas, anunciadas em 1978 na Conferência Internacional ocorrida na cidade de Alma Ata, na antiga União Soviética, sobre Cuidados Primários de Saúde. A inserção do ACS na Declaração de Alma Ata aparece quando são elaboradas as ações e habilidades que constituem os cuidados primários de saúde como principais meios para a organização dos sistemas de saúde (WAI, 2007).

Segundo Ávila (2011), com a disseminação das recomendações propostas na conferência de Alma Ata, os países sentiram a necessidade de buscar estratégias para as ações primárias à saúde. No Brasil, o ACS aparecera como resposta para suprir essas necessidades, bem como modificar a realidade de saúde.

Em 1979, 400 agentes comunitários começaram a trabalhar no Estado do Maranhão com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Já em 1987, o Programa Agente de Saúde (PAS) foi implantado no Estado do Ceará, sendo gerenciado pelo governo estadual. Inicialmente esse programa buscava soluções para a situação emergencial do quadro da estiagem e tinha a finalidade de garantir a sobrevivência da população cearense (MINAYO et al., 1990).

O PAS foi desenvolvido principalmente por mulheres carentes, que fossem conhecidas e respeitadas pela comunidade, independentemente da escolaridade, pois a ideia era garantir um salário mensal durante o período da seca (ÁVILA, 2011). Esse programa, até então, era estadual e recebia incentivos financeiros federais dos fundos especiais de emergência. Após o período mais preocupante da seca, o programa continuou sendo mantido apenas com recursos estaduais, entretanto a partir de setembro de 1988 o PAS perdeu o caráter emergencial e adquiriu característica de ampliação da cobertura e da interiorização das ações em saúde (SILVA; DALMASO, 2002).

De acordo com Minayo et al (1990), o objetivo do PAS era fazer com que a população melhorasse as condições de saúde por meio das ações desenvolvidas pelos agentes comunitários. Priorizavam-se inicialmente as crianças e a mulheres em idade fértil. Eram

feitas visitas domiciliares principalmente as famílias que possuíam crianças menores de dois anos de idade e gestantes com o intuito de promover a educação em saúde. Havia ainda o acompanhamento do crescimento infantil, controle da vacinação e caso necessário, o encaminhamento às unidades de saúde.

Como a experiência do programa foi bem-sucedida no Ceará, estimulou o Ministério da Saúde (MS) em 1991 a propor o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS) ligados à Fundação Nacional da Saúde (FUNASA), que foi adotado a princípio por alguns estados da região norte e nordeste devido à presença de elevados índices de doenças, pobreza e miséria (ESCOREL et al., 2002).

Em 1991 foi criado o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) que tinha a finalidade de melhorar o índice de mortalidade materna e infantil (LUCENA, 2013).

A qualidade dos resultados desse programa foi amplamente divulgada tanto pela mídia nacional e internacional por meio do UNICEF. Ainda em 1991, o trabalho foi reestruturado com a intenção de transformar o PNACS em Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), seguindo a mesma linha que é o incentivo ao autocuidado e o compromisso com a saúde tanto individual quanto coletiva, além de reduzir os índices de morbimortalidade materna e infantil (WAI, 2007).

Em 1993, o PACS já tinha disseminado para vários estados das regiões norte e nordeste, com mais de 29 mil ACS, distribuídos em 761 municípios (SOLLA et al., 1996). O resultado das experiências do programa fez com que fossem alcançados vários pontos positivos através da atuação dos agentes, como a melhoria da capacidade da população de cuidar da sua própria saúde, aumento da cobertura vacinal, diminuição da mortalidade infantil relacionada à diarreia, além de facilitar o vínculo da comunidade com os serviços de saúde locais (SOUZA, 2014).

Então, baseado nos resultados positivos dessas experiências, em 1993, o programa Saúde da Família (PSF) foi idealizado, onde serviria de instrumento para o fortalecimento do SUS (SILVA; DALMASO, 2002).

Em 1994, a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) foi ganhando forma, sendo implantado com equipes compostas também pelo ACS onde os mesmos começaram a alcançar os grandes centros, as regiões metropolitanas e as capitais das regiões Sul e Sudeste (SOUZA, 2001).

O PACS foi elaborado com a finalidade de contribuir para diminuição da mortalidade infantil e materna, especialmente nas localidades mais pobres em que os serviços de saúde eram restritos. Contudo, em razão da experiência acumulada pelo estado do Ceará devido à implantação do PACS, o MS percebeu que os agentes poderiam ser peças fundamentais para a organização do serviço básico de saúde no município (VIANA; POZ, 2005).

Desta forma o PACS vem servir de base para a transformação do modelo assistencial que era centrada principalmente na doença, por um modelo que tem responsabilidade e compromisso social com a saúde da população, objetivando a integralização da assistência. (OLIVEIRA; NACHIF; MATHEUS, 2003).

O programa também apresenta uma maneira diferente de abordagem ao focalizar a família para desenvolver as ações de saúde e não apenas o indivíduo, incluir a ideia de área de cobertura por família e ampliar seu ponto de vista para uma intervenção em saúde, por meio da busca ativa (OLIVEIRA, 2012) e programática da demanda.

A portaria ministerial nº 1.886, publicada em 18 de dezembro de 1997, tem sido um marco importante para a criação do trabalho do ACS que definiu as normas e diretrizes do PACS, estabelecendo que o ACS trabalhe com a adscrição de famílias, fique responsável por um contingente de 150 famílias ou 750 pessoas da sua área de atuação (WAI, 2007).

Inicialmente o ACS não tinha nenhuma qualificação ou regulação profissional. A partir do momento que sua função adquiriu importância no programa em virtude do seu papel estratégico para o fortalecimento da atenção básica, houve a necessidade de qualificar esse profissional para desempenhar suas atividades (BRASIL, 1990).

A profissão do ACS foi criada legalmente por meio da lei 10.507, de 10 de julho de 2002. Em vista disso, o ACS é inserido nas ações de saúde com profissão reconhecida, dada a importância do seu papel estratégico para o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2002).

Em 2006 essa lei foi revogada pela 11.530, a qual modificou as atribuições do ACS, estabelecendo os seguintes critérios: morar na área em que exercerá suas atividades; residir por pelo menos dois anos no território de atuação; ter o ensino fundamental completo; ser maior de dezoito anos e ter tempo livre para exercer suas atividades (BRASIL, 2006).

No ano de 2011 a portaria Nacional de Atenção Básica foi modificada através da portaria Nº 2.488, onde foi estabelecida a revisão das normas e diretrizes para a organização da Atenção Básica, tanto para a Estratégia Saúde da Família (ESF) quanto para o PACS (BRASIL, 2011).

Conforme essa portaria, a quantidade de ACS tem que ser suficiente para atender toda população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe da ESF. Cada equipe de saúde deve se responsabilizar por, no máximo 4000 pessoas, sendo a média recomendada de 3000. Porém, quando o grau de susceptibilidade das famílias daquela área for maior, menor deverá ser o número de pessoas por equipe (BRASIL, 2011).

O ACS tem a responsabilidade e o compromisso de desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, além de estimular a comunidade para a melhoria da saúde em seu meio social de convivência, esclarecer a comunidade acerca dos serviços de saúde existentes e orientá-las quanto ao uso correto desse serviço. É também função do ACS a elaboração do mapeamento da sua área de abrangência, cadastrar e realizar o acompanhamento constante das famílias por meio das visitas domiciliares (BRASIL, 2011).

Como integrante da equipe saúde da família, o ACS também deve frequentar as reuniões periódicas para que as situações-problemas encontradas no cotidiano do seu trabalho sejam compartilhadas entre toda a equipe para que juntos possam encontrar soluções e alternativas para as problemáticas identificadas (WAI, 2007).

Apesar de inicialmente o ACS ter tido um trabalho voltado para a realização de ações preventivas e voltadas para os grupos populacionais susceptíveis a determinadas doenças, após a criação do PSF, ele passa a ser percebido pelo MS como um estimulador e organizador das ações das equipes de saúde da família (OLIVEIRA, 2012).

3.2 O Agente Comunitário de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família

A Estratégia de Saúde da Família teve início a partir da criação do PACS, assentado em experiências internacionais e em experiências na atenção primária implantadas em alguns municípios em 1980 (ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2005).

Como as experiências da criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde, foram bem-sucedidas, estas serviram de suporte para a origem do Programa Saúde da Família, atualmente definida como Estratégia de Saúde da Família (ESF) (OLIVEIRA, 2012).

A ESF foi criada em 1994 pelo o Ministério da Saúde, com a finalidade de reformular a prática assistencial, substituindo o modelo tradicional de saúde que era centrado

principalmente na doença, tendo como base os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (SANTOS et al., 2011).

No âmbito do SUS, a ESF utiliza no seu processo de trabalho o planejamento e prática dos serviços disponíveis a partir da perspectiva epidemiológica, incluindo a assimilação dos diversos fatores de risco à saúde e a possibilidade de executar ações sobre esses fatores a partir de diferentes métodos (SAMPAIO; LIMA, 2004).

De acordo com o novo modelo, a assistência prestada ao sujeito e a comunidade deve ser integral e constante, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Essas ações devem permanecer centradas na família, percebidas a partir do ambiente em que vivem (OLIVEIRA, 2012).

Segundo Morosini (2010), o programa tornou-se uma estratégia fundamental para a expansão da cobertura do SUS, sendo considerada como principal porta de entrada para o sistema, estendendo-se para populações de difícil acesso, carentes de serviços de atenção à saúde, principalmente àquelas localizadas em áreas rurais e meios urbanos sujeitos a violência.

A ESF visa executar suas atividades de acordo com os princípios determinados pelo SUS: integralidade; universalidade e equidade, contando para o seu funcionamento com uma equipe multiprofissional composta pelo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e/ou técnico de enfermagem e ACS, podendo ser incorporados na equipe mínima o odontólogo e o auxiliar de consultório dentário, formando assim uma equipe de profissionais indispensáveis para o avanço da estratégia de saúde (SILVA, 2001).

Segundo Camelo (2002), os profissionais da Equipe de saúde da Família devem ter capacidade para lidar com os problemas que venham surgir na área de abrangência, contudo devem estar aptos para as diversas realidades.

Dentro da equipe, o ACS tem se tornado personagem-chave na ESF por encontrar-se mais próximo das dificuldades que a população enfrenta, por ser um profissional que constrói e consolida o laço entre a comunidade e a equipe de saúde da família, além de ter a facilidade de se intercomunicar com a população (GALAVOTE et al., 2011).

Por ser um profissional que cria um elo entre o serviço de saúde e a comunidade, é importante que o ACS estabeleça vínculo com as famílias que estão sob a sua responsabilidade. Porém, não é competência apenas do ACS estabelecer essa relação com a família, uma vez que essa aproximação deve ser determinada pela equipe de saúde como um todo (GRAJAÚ, 2013).

Embora o ACS apresente duas funções, de elo e mediador, às vezes sofrem resistência da população a respeito das orientações que são fornecidas e dificuldades de aproximação com os membros da comunidade, assim como dentro da equipe de saúde (BRASIL, 2008). Entretanto, o serviço desenvolvido por esse profissional possibilita a modificação das dificuldades que prejudica a qualidade de vida das pessoas, melhorando o bem-estar dos indivíduos da comunidade (GALAVOTE et al., 2011).

Ao aumentar a convivência com as famílias acompanhadas e a compreensão dos problemas vividos pela comunidade, o ACS tem mais facilidade na formação e aumento do vínculo com os moradores da sua microárea (OLIVEIRA, 2012).

O ACS simboliza, não apenas mais um profissional de saúde de nível fundamental, mas uma figura essencial na viabilização da transformação do modelo assistencial, atuando intensamente na elaboração do cuidado. Por ser um trabalhador exclusivo do SUS, o seu serviço é muito relevante para o fortalecimento da Atenção Básica (ANDRADE, 2012; SANTANA et al., 2009).

Conforme o Ministério da Saúde (2011) as atribuições do ACS na ESF são as seguintes: fazer o mapeamento da sua área de cobertura; realizar o cadastro das famílias e manter esse cadastro sempre atualizado; detectar pessoas e famílias sujeitadas a condições de perigo; ensinar às famílias como utilizar adequadamente o serviço de saúde e até mesmo marcar exames e agendar consultas e atendimento odontológico, quando for necessário; realizar ações e atividades nas áreas emergentes; acompanhar mensalmente as famílias que está sob seu encargo, por meio da visita domiciliar; apresentar-se permanentemente bem inteirado e comunicar a todos os membros da equipe, as condições em que se encontram as famílias acompanhadas, principalmente aquelas em situações de risco; realizar atividades educativas, com destaque na promoção da saúde e na prevenção de doenças; desenvolver ações coletivas de saneamento na comunidade para melhorar o meio ambiente; demonstrar para a ESF como se encontra a comunidade, suas necessidades, capacidades e limitações e alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com informações a respeito das famílias acompanhadas.

No entanto, a visita domiciliar aparece como uma das mais frequentes atividades desenvolvidas pelo ACS, como também a educação em saúde onde são dadas orientações às famílias no que se refere ao calendário de vacinação, cuidados com gestantes, puérperas e recém-nascidos, entre outras (GRAJAÚ, 2013).

Segundo Ferraz e Aerts (2005) é no decorrer da visita domiciliar que o ACS identifica as necessidades de saúde da família. É por meio desta que o ACS tem a chance de verificar as dificuldades e orientar sobre os cuidados com a saúde.

Esse conjunto de ações atribuído ao ACS deve ter o apoio da equipe de saúde, principalmente do enfermeiro, que supervisiona a rotina de trabalho desses profissionais (OLIVEIRA, 2012).

Para que o ACS possa efetivar todas essas atribuições, é indispensável que tenham uma formação adequada para que se torne um profissional capacitado e contribua na resolutividade dos problemas presentes tanto no serviço quanto na comunidade atendida (OLIVEIRA et al., 2010).

O processo de formação do ACS se dá em três etapas sequenciais, totalizando carga horária mínima de 1.200 horas, assim distribuídas: Etapa I – 400 horas, sem exigência de escolaridade, com o objetivo de desenvolver o perfil social do Técnico Agente Comunitário de Saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS; Etapa II – 600 horas, qualificação profissional de nível técnico, exigindo conclusão do Ensino Fundamental e voltada à promoção da saúde e a prevenção de doenças, dirigida a indivíduos e grupos específicos e às doenças prevalentes; Etapa III – 200 horas, habilitação técnica, exigindo a conclusão do ensino médio e com a finalidade de consolidar os temas da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário (BARROS et al., 2012).

A execução dos cursos de formação técnica dos ACS fica a cargo principalmente das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) e dos Centros Formadores de Recursos Humanos em Saúde (CEFOR) que compõem a Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RETSUS). Esse curso tem o objetivo de investir na adequação da escolaridade e na definição do perfil profissional, favorecendo a autonomia intelectual de forma a incorporar, definitivamente, o ACS no quadro dos trabalhadores da saúde (MOROSINI; CORBO; GUIMARAES, 2007).

O ACS é um ator fundamental na ESF, porque é por meio dele que os demais profissionais que compõem a equipe reconhecem os usuários e a área de atuação conseguindo elaborar estratégias para melhorar a qualidade de vida da população e aprimorar o modelo assistencial de saúde (FRAGA, 2011).

4. MATERIAL/ MÉTODO

4.1 Tipo e natureza do estudo

Este estudo é de natureza descritiva com abordagem qualitativa. Para Gil (2008) a pesquisa com caráter descritivo facilita à observação, o registro, a análise, além de estabelecer relações entre os fatos e fenômenos sociais.

A pesquisa descritiva busca ainda descobrir com maior precisão a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e ligação com outros, sua natureza e características. Procura também conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo em particular quanto da coletividade (SEVERINO, 2004).

Já a abordagem qualitativa, ao priorizar a fala dos atores sociais, possibilita o alcance do nível de compreensão da realidade humana que se torna acessível por meio de discursos, sendo adequada para investigações cuja intenção é conhecer como as pessoas percebem o mundo. A conversa que se estabelece em uma entrevista para fins de pesquisa favorece o acesso direto ou indireto às opiniões, às crenças, aos valores e aos significados que as pessoas atribuem a si, aos outros e ao mundo circundante (FRASER, 2004).

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Cajazeiras no estado Paraíba. Esta cidade faz parte da 4ª Macrorregião de Saúde e 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba e apresenta atualmente 23 Equipes de Saúde da Família para atender às necessidades de saúde da população.

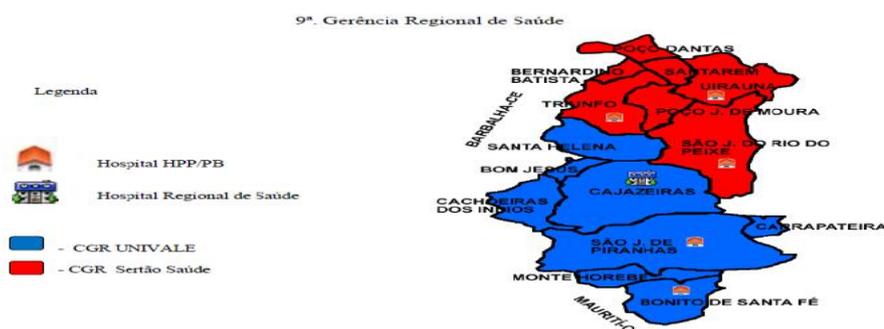


Figura 01. 9ª Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba

Fonte: <http://www.saude.pb.gov.br/site/PDR08.pdf> (acesso 01/1/2015)

O município de Cajazeiras está situado na região oeste do estado da Paraíba, limitando-se, em sentido horário, com os municípios de São João do Rio do Peixe (norte e a leste), Nazarezinho (sudeste), São José de Piranhas (sul), Cachoeira dos Índios, Bom Jesus (os dois últimos a oeste) e Santa Helena (noroeste). A área do município, distante 468 quilômetros da capital estadual aproximadamente, é de 565,899 km². Possui 58.446 habitantes, sendo 52,2% (30.508) da população composta por mulheres e 47,8% (27.938) por homens (IBGE, 2010).



Figura 2. Mapa do Estado da Paraíba em destaque a cidade de Cajazeiras PB.

Fonte: <http://www.cprm.gov.br/rehi/atlas/paraiba/relatorios/CAJA046.pdf> (Acesso em: 01/11/2015)

4.3 Participantes do estudo

Antes de iniciar essa discussão, é preciso ressaltar que para Minayo (2007) a ideia de amostragem não é a mais preconizada para certos tipos de investigação principalmente aqueles de cunho qualitativo, visto que o universo em questão são as representações, as práticas, os saberes e as atitudes dos sujeitos em si.

Os participantes do estudo foram constituídos por 22 ACS que estão vinculados as ESF da AB de Cajazeiras. O encerramento da coleta de dados ocorreu a partir do momento que foi identificada a saturação teórica, ou seja, quando não ocorreram acréscimos de mais informações relativas ao tema e nas entrevistas subsequentes não surgiram elementos novos para a sua compreensão (FLICK, 2009).

Foram selecionadas aleatoriamente 11 UBS do município de Cajazeiras, sendo entrevistados dois ACS de cada unidade. Os critérios de inclusão estabelecidos para participação na pesquisa foram: atuar há pelo menos um ano como ACS no município e não estarem ausentes do trabalho por estarem de férias ou em licença de qualquer natureza, seja saúde, maternidade, entre outras, no período estabelecido para a coleta de dados.

4.4 Coleta de dados

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, uma vez que esta instiga o entrevistado(a) possibilitando ir além daquilo que está sendo diretamente perguntado. Para Minayo (2010) a entrevista semiestruturada permite que o entrevistado disserte sobre o tema questionado sem se deter a pergunta formulada.

A entrevista semiestruturada é amplamente utilizada nos estudos de abordagem qualitativa, em virtude, principalmente, da maior possibilidade dos entrevistados expressarem o seu ponto de vista sobre determinado assunto (FLICK, 2009).

Segundo Gil (2010), a entrevista semiestruturada além de valorizar o investigado (a), facilita para que o (a) participante da pesquisa obtenha a espontaneidade necessária e fundamental para o desenvolvimento do estudo.

A entrevista foi realizada individualmente na própria UBS dos ACS que aceitaram participaram participar da pesquisa e se enquadravam nos critérios estabelecidos pelo

entrevistador. A entrevista apresentava questões fechadas, que permitiram a caracterização do perfil dos sujeitos, e também perguntas abertas, norteadoras sobre o assunto respeitando a livre expressão de suas representações (APÊNDICE A). As entrevistas foram gravadas com a autorização dos entrevistados, sendo elas posteriormente transcritas, estudadas e interpretadas.

4.5 Análise e interpretação dos dados

Os dados obtidos nas entrevistas para esta pesquisa foram organizados por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), uma forma de obter o discurso coletivo com base nos discursos individuais. O DSC é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Em síntese, o DSC é um conjunto de discursos acerca de um determinado tema objetivando produzir um aglomerado de individualidades semânticas componentes do imaginário social com a finalidade de fazer a coletividade expressar diretamente (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

É uma técnica de construção do pensamento coletivo que visa revelar como as pessoas pensam, atribuem sentidos e manifestam posicionamentos sobre determinado assunto. Trata-se de um compartilhamento de ideias dentro de um grupo social (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

A construção do DSC exige algumas etapas em sua trajetória, que necessita ser minuciosamente trabalhada a fim de que o resultado final tenha uma representação fiel daquilo que foi investigado (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

São utilizados trechos do discurso, ou seja, descrições claras dos depoimentos, reveladores da essência do conteúdo das representações, os quais são denominados expressões-chave. A partir dos recortes de fala relevantes identificam-se as ideias centrais que se constituem de palavras ou expressões linguísticas que revelam, de maneira precisa, o sentido presente nos depoimentos (DUARTE, MAMEDE, ANDRADE, 2009).

Por meio do DSC, o discurso produzido pelos depoimentos não se anulam e nem se reduzem a categorias. O que se busca é a reconstrução, utilizando-se trechos dos discursos individuais, que expressem um determinado modo de pensar característico de determinado grupo presente em um mesmo contexto (GOMES; TELLES; ROBALLO, 2009).

A proposta do DSC consiste, principalmente, em investigar o material construído por uma coletividade através de depoimentos e logo após, extrair as Ideias Centrais (IC) e suas respectivas Expressões-Chave (ECH). Com base nesses elementos, forma-se um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular. Esse discurso-síntese representa a expressão da coletividade que o originou (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

As ECH são importantes, uma vez que são trechos de discursos orais, que devem ser focalizadas pelo pesquisador, em razão de revelarem a essência do depoimento (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Além disso, é importante ter cuidado ao decompor o discurso, resultando assim em um material rico e significativo de ECH, produzindo com mais facilidade o DSC correspondente. Se não forem retiradas as peculiaridades da fala do sujeito, este virá repleto de qualidades individuais que, possivelmente, irão impedir ou dificultar a construção de um discurso mais comum que envolva a Representação Social (RS) sobre um fenômeno (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Recomenda-se retirar das ECH tudo que é insignificante, inexpressivo, secundário, além das particularidades da fala do sujeito que demonstram as individualidades, como por exemplo, nomes, datas, estado civil, idade e história individual, retendo o máximo possível da essência do pensamento, tal como ele aparece no discurso analisado (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Já a IC é o nome ou expressão linguística que revela e descreve, de maneira sucinta e precisa, o significado presente nos depoimentos. Descreve o sentido usando as palavras do entrevistado, não constituindo interpretação. As IC são elaboradas pelo pesquisador diante do discurso do entrevistado utilizando a fala que as indicam vigorosamente (DUARTE, MAMEDE, ANDRADE, 2009).

As IC servem para agregar o discurso, podendo haver numa mesma fala mais que uma ideia central. Todas elas devem ser avaliadas separadamente e trabalhadas no processo de categorização (DUARTE, MAMEDE, ANDRADE, 2009).

Em vista disso, o pesquisador deve ler e reler cada entrevista, para marcar os temas que surgem com maior vigor e frequência, revelando a essência dos discursos dos sujeitos. A partir desse momento, é possível considerar semelhantes os depoimentos que possuem os mesmos temas, permitindo ser somados, dado que apresentam o mesmo ponto de vista (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

As palavras apresentam grande importância no contexto social na medida em que favorecem a interação interpessoal e nos ajudam a conseguir o que queremos. Desta forma, percebe-se a relevância que o discurso apresenta quando inserido em uma coletividade (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

O pensamento coletivo não está relacionado ao somatório dos pensamentos individuais, no entanto, ao discurso da coletividade, ao imaginário social, às representações sociais, ao pensamento preexistente. (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006).

O pensamento, fisicamente falando, organiza-se como discurso. Daí a importância de se conhecer o discurso da coletividade para, assim, conhecer como o coletivo pensa. Ao se conhecer o teor do pensamento desta coletividade, pode-se entender a maneira como ela age (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006).

Portanto, o DSC representa um meio ou recurso metodológico destinado a tornar mais claras e expressivas as representações sociais, permitindo que um determinado grupo social possa ser visto como autor e emissor de discursos comuns compartilhando entre seus membros (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

À medida que os DSC vão sendo organizados, formam-se o sistema de interpretação da realidade pelos participantes, as relações estabelecidas por eles no contexto social, bem como vão se colocando em destaque seus comportamentos e práticas (DUARTE, MAMEDE, ANDRADE, 2009).

Quanto à análise do conteúdo das entrevistas dos ACS, primeiramente, foi realizada a leitura flutuante das falas com o intuito de compreender o conjunto das transcrições. Posteriormente, foram necessárias leituras sucessivas para que fosse possível identificar os núcleos de sentido relacionados às questões norteadoras que compuseram o roteiro da entrevista. Logo após, foram identificadas as Expressões-Chaves (ECH) em cada resposta, representadas pelas falas literais dos ACS. Destas expressões, foram elaboradas as Ideias Centrais (IC), que foram organizadas em categorias e agrupadas e divididas em temáticas para a construção dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC). Vale destacar que cada temática surgiu como resultado das respostas das perguntas norteadoras realizadas pelo pesquisador durante as entrevistas.

4.6 Aspectos éticos

As pesquisas requerem ética em sua realização, portanto este estudo respeitou a condição humana e seguiu as recomendações da resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, acatando todos os requisitos de autonomia, não-maleficência, justiça e equidade, dentre as outras exigências explícitas (BRASIL, 2012).

O estudo teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de ensino, sob número 1.347.452. A participação na pesquisa foi iniciada mediante o esclarecimento sobre os objetivos do estudo e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), que explicou todos os detalhes da pesquisa, garantindo-lhe anonimato e o sigilo absoluto das informações, assim como a direito de participarem ou não do estudo.

Após os esclarecimentos e tendo havido concordância, foi solicitada a assinatura do participante do TCLE, contendo duas vias, uma entregue ao participante e a outra ficando com a pesquisadora.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Apresentação dos Discursos Coletivos

Temática 01 - Motivo da escolha da profissão.

Quadro 01 – Categoria e número de ACS participantes da temática 01. Cajazeiras, PB, 2016.

CATEGORIAS	Nº DE ACS
CATEGORIA 01 - Oportunidade para adentrar ao mercado de trabalho.	04
CATEGORIA 02 - Identificação e aproximação prévia com a comunidade.	08

A primeira categoria aborda a escolha da profissão, Agente Comunitário de Saúde (ACS), como oportunidade para adentrar ao mercado de trabalho. Para a construção do DSC dessa categoria, participaram quatro ACS (ACS 10; ACS 14; ACS 17; ACS 21).

Categoria 01 – Oportunidade para adentrar ao mercado de trabalho

DSC01: Em primeiro lugar eu quis trabalhar como agente comunitário de saúde devido estar necessitando de trabalhar, então quando surgiu o concurso vi uma forma de conseguir ingressar no mercado de trabalho como agente de saúde. Necessitava de um emprego pra ajudar mais nas despesas de casa, eu enxerguei essa oportunidade de trabalho como uma chance de amenizar os problemas financeiros, fiz porque precisava trabalhar, fiz o concurso, passei e hoje eu sou ACS.

Nota-se no DSC01 que os ACS ingressaram na profissão pela necessidade de emprego. Esses trabalhadores visualizam esse serviço como uma oportunidade para adentrar no mercado de trabalho e assim poder contribuir financeiramente para o sustento da família, bem como melhorar suas condições de vida.

Convergindo com este discurso, Sakata (2009) relata que trabalhar como ACS é um aspecto muito relevante em um país onde o desemprego ou subemprego é um problema social, situação esta encontrada no cenário brasileiro. Na realidade estar empregado representa para esta categoria não só uma satisfação pessoal como também a garantia de seu sustento e de sua família.

Corroborando com estes achados, em pesquisa realizada em duas cidades do interior paulista, Bachilli, Scavassa, Spiri (2008), encontraram que a escolha para serem ACS representa uma forma de reingressar no mercado de trabalho e de promover a geração de renda para garantia do sustento da família. Além disso, a opção pelo trabalho de agente comunitário caracteriza-se, não apenas pela alternativa ao desemprego, mas especialmente pela atitude de presença na vida produtiva destas pessoas, as quais buscam um novo reconhecimento, uma nova categoria profissional.

O desejo de estar na vida produtiva e, especialmente, fazer parte de uma categoria profissional, como a dos ACS's, proporciona o sentimento de inserção ao mercado de trabalho principalmente aos que se encontram à margem da esfera formal trabalhista. Essa situação de exercer legalmente um trabalho fomenta satisfação pessoal por ter condições de sustentar suas famílias e, acima de tudo, incentivar seus sonhos de uma vida melhor no âmbito individual, familiar e social (ALVES, 2009).

Percebe-se, ainda conforme os discursos dos participantes desta pesquisa, que os ACS se viram impulsionados a ingressar nessa profissão devido também a situação de desemprego. De acordo com Valla (2000), a preferência por uma ocupação profissional, não é apenas uma questão de escolha, mas a viabilidade de sobrevivência.

Nesta perspectiva é possível verificar o quanto o desemprego induz a escolhas que até então poderiam ser impensadas, quer seja pela individualidade, quer seja pelas próprias características de trabalho (GRAJAU, 2013).

Nesse sentido, entende-se que os ACS's, enquanto membros da comunidade apresentam condições de vida em que essa oportunidade de trabalho se faz muito importante para contribuir no sustento da família. Esse fator aliado à identificação com a área de saúde e a finalidade com o trabalho com o público, impulsiona esses sujeitos a optarem pelo trabalho, o que causa transformações positivas, valorizando sua própria vida e a de seus semelhantes (CROCCIA, 2009).

A segunda categoria aborda a identificação e a aproximação prévia com a comunidade como motivos para escolha da profissão. Participaram desse DSC oito ACS (ACS 3; ACS 5; ACS 6; ACS 14; ACS 15; ACS 16; ACS 20; ACS 22).

CATEGORIA 02 - Identificação e aproximação prévia com a comunidade

DSC02: Um dos motivos que me levaram a trabalhar como ACS é porque eu já atuava na comunidade, foi meu conhecimento na comunidade, foi a questão de eu ver o outro, de poder ajudar o próximo. É algo que eu me identifico muito, gosto de comunidade, já fazia um trabalho voluntário, portanto, só veio melhorar através da remuneração. Toda vida eu gostei de trabalhar com pessoas, com gente. Eu já tinha um trabalho realizado na comunidade como pastoral da criança, do idoso muito antes de entrar como ACS, então isso me fez realmente querer um trabalho mais voltado pra saúde, ou seja, já tinha uma certa identificação com a comunidade. Então não há diferença do meu trabalho em ajudar, até foi uma forma de eu poder me agregar mais ao sistema único de saúde e poder ajudar, eu também já era de associações de bairros, aí isso já ajudou mais ainda e motivou mais a entrar nesse serviço da saúde.

Percebe-se no DSC02 que os participantes da pesquisa já tinham contato com a comunidade antes de se tornarem ACS, portanto, já conhecem as particularidades do território, o que converge com a determinação da Lei nº 11.340 de 05 de outubro de 2006, que estabelece como pré-requisito para ser ACS, que os mesmos devem residir na área de atuação (BRASIL, 2006).

Por ser da própria comunidade acaba sendo um fator positivo, uma vez que esse trabalhador da saúde pode fortalecer a construção dos planos de cuidados, em conjunto com os membros da equipe de saúde, de acordo com a realidade local. Além de estabelecer a formação de laços entre a unidade de saúde e a população do território adstrito.

Por possuir essa ligação com a comunidade, o ACS é capaz de enxergar e compreender a necessidade do outro, permitindo cuidar dessa população. A percepção das adversidades que ocorrem no dia a dia pode atrair vantagens para entender o processo saúde-doença, sendo proveitoso na execução das suas atividades cotidianas (LACERDA, et al., 2005).

Segundo Silva e Santos (2003) a ligação do ACS com as pessoas e grupos institucionais ou não institucionais de sua comunidade é fundamental para a construção de

laços sociais de apoio para o crescimento de seu trabalho. Conhecendo as pessoas do bairro é a maneira que o agente tem de fazer a ligação entre a unidade de saúde e os habitantes da comunidade.

Percebe-se também, conforme o DSC02, que a opção pelo trabalho de agente de saúde foi motivada pelo desejo de ajudar o próximo, ou seja, o sentimento de empatia que é imprescindível no estabelecimento de um cuidado mais sensível, ético e respeitoso. Esses elementos estabelecem o ACS como referência local, e que o espírito de liderança contribui na realização das suas ações em saúde no território, fazendo a interlocução entre os saberes científicos e populares.

Agregando a essas discussões, Peres (2010) relata que os ACS reconhecem sua motivação nas ações que realizam como a facilidade de trabalhar com pessoas, o desejo de trabalhar na área da saúde, de ouvir e ajudar o outro, as atividades comunitárias e a perspectiva do trabalho em equipe, levando à identificação com o trabalho de ACS.

Nota-se, portanto, que o ACS é um sujeito comunitário que se torna representante do povo de uma determinada comunidade. O desejo de ajudar o próximo o motiva a ingressar na profissão e colaborar para superação das dificuldades encontradas na comunidade. Ainda conforme esse DSC, os ACS's atribuem como sentido ao seu trabalho o caráter social e solidário, características essas que os fortalecem e lhes garantem orgulho na rotina diária do trabalho e para além dele.

O trabalho comunitário exige alguns elementos singulares dos ACS's, a começar pela compreensão das potencialidades da comunidade, assim como dos problemas nela existentes, introduzindo novas possibilidades, mas sempre buscando o diálogo e a troca de saberes e experiências com a população (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006).

De acordo com Silva (2003) outra particularidade considerada relevante para os ACS's é a capacidade de liderança comunitária e a alusão que a comunidade tem das pessoas que são selecionadas para o cargo de ACS. Dessa maneira, o ACS tem que ser uma pessoa responsável e comprometida com sua comunidade.

Por fim, apreende-se que os ACS's não devem ser somente uma ponte entre o serviço e a população, mas devem exercer vínculo com a comunidade através da identificação e da ajuda solidária, procurando ampliar a resolubilidade dos problemas por meio de ações de saúde com destaque na prevenção e promoção, contribuindo para a redução da morbimortalidade e incentivando o autocuidado individual e familiar (ALVES, 2009).

Temática 02: ACS como elo/ponte entre a comunidade e Unidade Básica de Saúde.

Quadro 02: Categoria e número de ACS participantes da temática 02. Cajazeiras, PB, 2016

CATEGORIAS	Nº DE ACS
CATEGORIA 03 - ACS como laço que aproxima a unidade de saúde ao território.	08
CATEGORIA 04 - ACS como orientador das ações, serviços e cuidados em saúde.	06

A terceira categoria aborda a figura do ACS como laço que aproxima a unidade de saúde ao território. Participaram desse DSC oito ACS. (ACS 01; ACS 03; ACS 05; ACS 08; ACS 09; ACS 15; ACS 18; ACS 20).

CATEGORIA 03 - ACS como laço que aproxima a unidade de saúde ao território.

DSC03: Hoje eu sou um vínculo totalmente necessário na comunidade com relação a todas as situações de saúde e doença também, porque além do elo de ligação que é importantíssimo somos os primeiros a bater na porta dos pacientes e usuários para colher informações e orientar aquelas famílias. Essa articulação entre o agente de saúde e a comunidade é o que faz com que a comunidade venha até o serviço. O agente de saúde é quem tá inserido dentro da comunidade então assim a gente conhece a comunidade, não só estamos inseridos na comunidade, mas fazemos parte dela, portanto ao trabalhar dentro da sua comunidade você tem como ver a realidade da comunidade, você tem como ajudar as pessoas, não na questão social, mas com as informações você ver que passo a passo, pouco a pouco você consegue reorganizar, reeducar a comunidade em que você vive. A gente também faz o acompanhamento daquelas pessoas acamadas e quando há necessidade levamos técnico, enfermeira ou até mesmo o médico. Tento de todas as formas ajudar a minha comunidade e trazer ela ao posto de saúde pra poder resolver os seus problemas. Sendo assim, sem nós assim, acho que nada funciona, nem médico, nem o trabalho do médico funciona, tem rendimento, nem da enfermeira, porque a gente é quem vai atrás, quem faz essa busca ativa, quem sabe onde tem o as pessoas doentes de hanseníase, TB, onde tem gestante de alto risco, onde tem criança desnutrida e tudo mais. Fazemos um trabalho muito bom na comunidade, eu levo a equipe até a comunidade pra que eles tenham aquele vínculo, não só a comunidade vir a unidade porque saúde da família não é só isso, é também a equipe sair da sua unidade pra ir até a comunidade. É um trabalho árduo, porém é um trabalho muito gratificante.

Observa-se no DSC03 que o ACS representa uma “figura” fundamental para a construção do vínculo com a comunidade. São profissionais que residem na área de atuação, como já discutido anteriormente, conhecem a realidade da comunidade, assim, como suas necessidades e tem como função aproximar a comunidade ao serviço de saúde. Seu trabalho é considerado uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades, já que o ACS é um membro da comunidade e possui com ela um envolvimento e comprometimento pessoal.

Para Sakata e Mishima (2012) a ligação entre a comunidade e os profissionais de saúde dar-se pelo fato do ACS conhecer as pessoas, suas famílias, suas casas e procurar identificar suas necessidades. Além do mais, ele mora e trabalha no âmbito dessa comunidade, adentra na residência das pessoas e tem a oportunidade de reconhecer necessidades que, de início, não seriam possíveis de serem identificadas na própria unidade de saúde.

Agregando a essas discussões, Rodrigues, Santos e Assis (2010) mencionam que compete ao ACS o impulso inicial de articulação e aproximação e, ainda, o estabelecimento de vínculos com a comunidade. Assumem, assim, um papel importante no desencadeamento de ações que se caracterizam por uma expectativa de atendimento integral, incorporando a preocupação em expandir a capacidade de autonomia da comunidade e das famílias atendidas.

Segundo Peres (2010) o ACS vem preencher o espaço que existe nas ações de saúde. Ao trabalhar e residir na área em que atua o ACS e os usuários mantém as mesmas condições de vida e desfrutam os mesmos recursos sociais. Essa dinâmica social reflete na evolução da prática, possibilitando ao ACS olhares, sentimentos e escutas que influenciam sua atuação. Essa prática se estabelece por meio do diálogo e propicia o estreitamento de vínculos, apresentando confiança, responsabilidade, respeito e compromisso entre os atores sociais envolvidos na produção do cuidado.

Pelo fato dos ACS's terem acesso à equipe de saúde e prestarem informações a respeito da comunidade, pode colaborar para que sejam facilitadores da acessibilidade das pessoas aos serviços de saúde, porque, se por um lado eles levam os profissionais da saúde às residências das pessoas, por outro, as pessoas quando vão à unidade também procuram primeiro pelos agentes, porque reconhecem que estes são capazes de atender suas necessidades ou organizarem a demanda para os outros trabalhadores de saúde (SAKATA; MISHIMA, 2012), proporcionando, assim, o elo de aproximação da equipe de saúde à comunidade.

Para Souza, Barcelos, Lanza (2013) o ACS é um representante da comunidade, que alicerçado em sua atuação, realiza contatos constantes com a comunidade, troca experiências, aprende com as pessoas e com os profissionais de saúde, buscando levar seus conhecimentos à comunidade, incentivando uma melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

Ainda de acordo com os autores supracitados, observa-se que entre os profissionais da equipe de saúde da família, o ACS é o trabalhador que detém as informações mais próximas da realidade das pessoas da comunidade, pois os demais membros da equipe ainda permanecem mais tempo dentro da unidade. Por isso a importância dos mesmos compartilharem as necessidades percebidas durante as visitas e incentivarem a aproximação da equipe com a comunidade no próprio território, com vistas a buscarem soluções para as problemáticas encontradas.

Entende-se que o trabalho do ACS é indispensável para consolidação dos princípios do SUS, visto que torna a saúde mais acessível para a população sob a sua responsabilidade, além de levar até as casas das pessoas as informações necessárias no que diz respeito à saúde (SANTANA et al., 2009).

A quarta categoria fala sobre as ações, serviços e cuidados em saúde orientados pelos ACS. Participaram desse DSC seis ACS (ACS 04; ACS 05; ACS 06; ACS 16; ACS 19; ACS 20).

CATEGORIA 04 - ACS como orientador das ações, serviços e cuidados em saúde.

DSC 04: O meu trabalho é justamente isso, é uma troca de experiências, levar e trazer informação para aquele que não tem. Eu procuro dar o máximo de mim levando informações pra comunidade, ou seja, informar quais os serviços que temos na nossa unidade de saúde pra que eles venham conhecer o trabalho, o que temos a oferecer a cada um deles, fazer com que eles entendam que é possível vir na unidade e conseguir o que eles estão precisando. Quando a gente sai pra comunidade, fala do cronograma do posto, quais são os atendimentos, quais são os profissionais, que horas eles estão na unidade e também quando as pessoas procuram mais a unidade, quando as mulheres fazem prevenção, levam as crianças pra fazer a puericultura, tudo isso fortalece a atenção básica. Nas nossas visitas a gente faz orientação, a gente faz a busca ativa dos usuários pra unidade básica de saúde, tiro as dúvidas das famílias, alerta quanto aos cuidados com os idosos, gestantes e acompanho como anda a saúde de todos da minha área.

No DSC04, observa-se que os ACS's são profissionais comprometidos com a comunidade, onde através das informações procuram orientar as famílias sobre os serviços de saúde oferecidos, visando melhorar o cuidado com a saúde, bem como aumentar o acesso das pessoas às unidades de saúde. Vale salientar que o ACS não só leva os problemas da comunidade para a unidade, mas também mantém a ação no sentido contrário, socializando com a população informações sobre saúde.

Para Malfitano e Lopes (2009) o ACS tem o papel de acompanhar as famílias de sua comunidade, compartilhar orientações por meio de atos educativos, facilitar o acesso até a unidade de saúde, desenvolver ações de baixa complexidade, possibilitar a entrada dos demais membros da equipe nas residências das pessoas, entre outras ações.

Percebe-se no DSC03 que os ACS's consideram as orientações, a prevenção de doenças e à promoção da saúde como ações prioritárias nos serviços básicos de saúde, que tem como finalidade reduzir a carência de informações das famílias, além de colaborar para a melhoria da qualidade de vida. Para os ACS as informações e as orientações transmitidas, facilitam a vida das pessoas e com essas ações se consideram mais úteis diante das pessoas e das famílias.

Outro ponto presente nesse DSC foi a força de vontade em ajudar o próximo. Para Santos e Francolli (2010) os ACS's se revelam comprometidos em incentivar mudanças dos hábitos de vida na comunidade, através de ações concretas, de ouvir com atenção, de orientações propícias, que além de acarretar vantagem à comunidade são relevantes para fortalecer a ligação entre comunidade e unidade de saúde.

De acordo com Santana et al., (2013) as ações dos ACS's são voltadas para o compartilhamento de informações e orientações sobre saúde e sobre a rotina e o funcionamento da UBS. Ao executá-lo, realiza orientações direcionadas à alimentação saudável, prática de atividade física e prevenção de agravos e doenças.

As ações de orientação realizadas pelos ACS estão em conformidade com a portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a Portaria Nacional de Atenção Básica (PNAB), onde estabelece que esse trabalhador deve orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis, assim como desenvolver ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade (BRASIL, 2011).

Por fim, uma das principais atividades que o ACS realiza e que pode articular com as ações educativas é a visita domiciliar, onde podem socializar orientações sobre higiene,

verificação do cartão de vacina, uso correto de medicamentos, cuidados com recém-nascidos e com idosos, alimentação saudável e importância da prática de exercício físico.

Temática 03: O trabalho em equipe do ACS na Atenção Básica.

Quadro 3: Categoria e número de ACS participantes da temática 03. Cajazeiras, PB, 2016.

CATEGORIA	Nº DE ACS
CATEGORIA 05: Construção coletiva do cuidado como estratégia para fortalecer o vínculo com a comunidade.	06
CATEGORIA 06: Apoio e compromisso da equipe de saúde para a realização das ações dos ACS.	04

A quinta categoria aborda como o trabalho em equipe é relevante para solidificar os laços em equipe e a comunidade. Participaram desse DSC seis ACS. (ACS 07; ACS 15; ACS 16; ACS 18; ACS 20; ACS 21).

CATEGORIA 05 - Construção coletiva do cuidado como estratégia para fortalecer o vínculo com a comunidade.

DSC 05: A articulação é muito boa, trabalhamos realmente em equipe. A gente tem essa parceria entre ACS e unidade de saúde, porque todas as informações que a gente coleta lá fora, a gente tem que trazer pra dentro da unidade pra que se possa ter uma articulação e a agente colher bons frutos nesse trabalho, porque seria em vão eu trabalhar individualmente e não trazer os anseios da comunidade aqui pra dentro pra ser dividido com a equipe, né? Então só funciona, né? se tiver esse empenho das duas partes no caso, o ACS e a estratégia de saúde da família (equipe de saúde), tem que ter um conjunto, né? Tem que ter as duas partes lutando pra chegar na mesma meta, alcançar o mesmo objetivo. A gente articula, planeja o que vai ser feito durante aquele mês, a gente sempre faz o cronograma, a gente faz reuniões mensais, é discutido o problema existente em cada comunidade e a gente vê metas a cumprir e se reúne novamente, articula programas, realiza atividades na comunidade, na própria unidade pra ver se consegue realmente trazer a comunidade à unidade de saúde da família. Um bom relacionamento entre a equipe é essencial porque assim, você passa pra

comunidade essa segurança. Então se o ACS tem uma boa parceria com a unidade, com toda a equipe, já vai influenciar a comunidade ter mais um pouquinho de acesso a gente e confiança (vínculo), porque a gente tem que passar confiança pra eles, pra que eles possam confiar na equipe.

Percebe-se no DSC05 que o trabalho em conjunto contribui consideravelmente para a construção do vínculo com a comunidade. Logo, o trabalho do ACS é potencializado se houver articulação entre os mesmos e equipe de saúde, uma vez que o cuidado quando é articulado e planejado, os problemas são resolvidos, as metas são alcançadas e o vínculo com a comunidade é fortalecido.

O trabalho do ACS é complexo, por isso é necessário o apoio de toda a equipe para a construção desse cuidado. Para Costa (2011) a saúde e a ESF irão evoluir se houver a iniciativa e o comprometimento de todos. Os ACS em conjunto com os demais membros da equipe podem consolidar a Atenção Básica como espaço reorientador do modelo de atenção à saúde no Brasil.

O ACS é o profissional que leva para a equipe de saúde todas as informações a respeito da comunidade, essa prática busca soluções para os problemas do território adscrito por meio do planejamento em conjunto e assim encontrar a melhor forma para fortalecer o vínculo com a comunidade.

O trabalho em equipe, o qual deve ser reforçado com a presença do ACS, é conceituado como uma articulação de pessoas com seus saberes, experiências, possibilidades e sonhos partilhados e sistematizados para atender às necessidades tanto da comunidade quanto dos profissionais, propiciando satisfação de todas as pessoas envolvidas (PERES et al., 2011).

Para Cervinsk et al. (2011), o trabalho coletivo desenvolvido na comunidade torna-se elemento decisório a fim de que as atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos se executem, de forma a trazer respaldo favorável tanto para a equipe como para o usuário do serviço de saúde.

Observa-se no DSC05 que o serviço do ACS só funciona se houver o empenho de toda a equipe da saúde da família. Nesse sentido, entende-se que as boas relações estabelecidas entre os membros da equipe possibilitam uma maior confiança dos usuários, o que permite mais aproximação dos profissionais na vida dos mesmos, fortalecendo, com isso, o vínculo da comunidade com o serviço de saúde.

Uma atividade que favorece o contato entre todos os profissionais é a reunião de equipe, que deve acontecer semanalmente com a finalidade de articular e sistematizar as necessidades da comunidade e as situações referentes ao processo de trabalho. Esta é uma forma que permite argumentar sobre a prática, troca de saberes e planejamento das ações (KEBIAN; ACIOLI, 2014).

De acordo com Lanzoni, Cechinel e Meirelles (2014), a confiança gerada no usuário pelo ACS e equipe de saúde, aproxima os laços com a comunidade e proporciona uma maior assistência. Portanto, onde todos os membros têm os mesmos planos e almejam os mesmos resultados, o ACS não se encontra sozinho para sanar os desafios, dado que esses desafios podem ser partilhados com todos os membros da equipe de forma a encontrar a melhor maneira para solucionar os problemas (LESSA, 2013).

A sexta categoria trata do apoio e responsabilidade da equipe de saúde para a realização das ações dos ACS. Para a construção desse DSC participaram quatro ACS (ACS 04; ACS 10; ACS 12; ACS 16).

CATEGORIA 06 - Apoio e compromisso da equipe de saúde para a realização das ações dos ACS.

DSC 06: A facilidade é o apoio do enfermeiro, do médico, da técnica, sempre que eu preciso eles estão prontos pra ajudar. Há acessibilidade a todos os profissionais, temos um enfermeiro bem humano, uma médica também que se envolve com aquele problema da comunidade, que quer resolver, que é presente. Eu acho um ponto favorável a atenção que a pessoa recebe aqui. A facilidade maior do nosso trabalho tá sendo a equipe dentro da unidade de saúde. São pessoas que são preocupadas com a comunidade e tentam junto com a gente solucionar os problemas.

Como já foi abordado anteriormente, o compromisso da equipe da ESF é fundamental para o trabalho do ACS. Nota-se no DSC06 que as ações desses trabalhadores são facilitadas principalmente devido ao suporte que toda a equipe de saúde oferece. São profissionais acessíveis e comprometidos com o cuidado da comunidade.

O ACS deve realizar ações de apoio às famílias, acompanhamento e desenvolver atividades educativas em saúde com o objetivo de promover a qualidade de vida e aumentar o

autocuidado dos indivíduos. A relação entre ACS e equipe de saúde é de fundamental importância para a viabilização dessas ações (BRASIL, 2003).

Percebe-se nos discursos dos ACS's que a equipe é muito unida, trabalham em conjunto e sempre estão dispostos a resolver os problemas em parceria. Por existir essa interação entre os membros da equipe, o ACS sente mais segurança e respaldo para realizar seu trabalho, pois sabe que faz parte de uma equipe que lhe recebe bem, orienta e se preocupa com os problemas da comunidade.

Segundo Lanzoni e Medeiros (2012), a união entre os profissionais favorece a assistência, uma vez que proporciona à equipe uma melhor compreensão dos usuários e o seu contexto, tornando as ações de saúde mais eficazes, facilitando a adesão ao tratamento, acelerando o atendimento e a solução dos problemas.

Nota-se, então, que uma das facilidades que o ACS encontra para realizar suas ações é o apoio da equipe da unidade de saúde. Como o ACS geralmente é o primeiro profissional a identificar o problema, frequentemente ele recorre ao enfermeiro e quando necessário ao médico, onde juntos procuram resolver os problemas da comunidade.

Conforme o estudo de Santana et al. (2009) os ACS's demonstram que as atividades desenvolvidas em equipe trazem melhorias à comunidade, uma vez que convergem vários conhecimentos dos profissionais envolvidos, o que contribui para o cuidado de forma multidisciplinar.

Por sua vez, o apoio da equipe nas ações diretas na comunidade tem contribuído para a melhoria do trabalho do ACS. O cuidado ultrapassa os muros da unidade de saúde e dirige-se para o território, proporcionando maior segurança, qualidade e eficácia nos cuidados realizados (SILVA; DALMASO, 2004).

Temática 04: Fatores intervenientes no processo de trabalho do ACS.

Quadro 4: Categoria e número de ACS participantes da temática 04. Cajazeiras, PB, 2016.

CATEGORIA	Nº DE ACS
CATEGORIA 07 - População excessiva e exames insuficientes para atender a demanda.	07

A sétima categoria aborda a população excessiva e a insuficiência de exames como problemáticas do seu processo de trabalho. Participaram da construção desse DSC sete ACS (ACS 01; ACS 02; ACS 03; ACS 09; ACS 11; ACS 14; ACS 20).

CATEGORIA 07 - População excessiva e exames insuficientes para atender a demanda.

DSC 07: As dificuldades maiores que a gente encontra é em relação aos exames e outras especialidades. Quantas pessoas a gente num ver na área da gente que já tá com seis meses que tá precisando fazer uma ultrassonografia, tá com um ano e meio que tá precisando fazer uma ressonância, uma tomografia? A população é muito grande, a carência também é muito grande, tem muita gente na nossa comunidade que é muito carente, que não tem condição de fazer exame particular. Às vezes a gente quer fazer um pouco mais e se sente de mãos atadas. Infelizmente a secretaria ela não dá de conta de toda marcação de exames que tem, porque é muita gente né necessitando de um exame de uma consulta. Às vezes as vagas vêm poucas, uma vaga pra cada agente de saúde e quando tem vaga é daqui um mês, daqui a dois meses, geralmente o paciente nem precisa mais. Isso dificulta o nosso trabalho, muita das vezes o ACS fica desacreditado porque eles dizem você passou aqui, eu fui, o médico pediu exame e cadê meu exame? Quer dizer, fica jogando na nossa cara como se a gente fosse o causador daquilo ali.

Percebe-se no DSC que um dos fatores que dificulta o processo de trabalho do ACS é a realização de exames, uma vez que há insuficiência para atender a grande quantidade de pessoas que dependem do sistema para garantir a sua saúde.

A deficiência de suporte do sistema de saúde, devido ao quantitativo inadequado de exames dispensados a população, demonstra a incapacidade da gestão em fornecer tais serviços de forma suficiente. Tal situação prejudica as relações de confiança, pondo em risco a eficiência do trabalho e o atendimento fornecido ao usuário. Além do mais, afeta a figura do ACS diante da própria comunidade (JARDIM, 2007).

De acordo com Jardim e Lancman (2009) a continuidade desta confiança está relacionada justamente à resolução dos problemas requisitados pelos usuários, o que, no entanto, é impossibilitado por enfoques relacionados à estruturação do serviço e a operação ineficaz do sistema de saúde em atender as necessidades da comunidade. A unidade de saúde não consegue responder toda a demanda existente, uma vez que as vagas são insuficientes, dessa maneira faltam exames, além de existir a dificuldade em conseguir consultas com especialistas.

É perceptível no DSC o interesse dos ACS para resolver os problemas da comunidade, pois sabem que são pessoas carentes que realmente necessitam do serviço, porém devido a problemas macros, como gestão ineficaz e a contingência de recursos financeiros para os serviços de saúde, ecoam em seu processo de trabalho, o que impõe barreiras na realização do cuidado.

Portanto, faz-se necessário maior inserção do controle social, a partir dos conselhos de saúde na busca de reivindicar transparência e mais investimentos, a fim de disponibilizar maior gama de exames para a população. É imprescindível também aumento do número de equipes de saúde da família, uma vez que é uma tendência o aumento de pessoas que dependem do serviço, o que acaba por dificultar o melhor acompanhamento da população devido à grande demanda.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da trajetória desta pesquisa buscou-se averiguar o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Atenção Básica, por ser o profissional que está mais próximo dos problemas que afetam a comunidade e por ser o trabalhador que fortalece o vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde.

Durante a análise foi possível perceber que a busca pela profissão de ACS esteve pautada pela necessidade de emprego. O trabalho de ACS seria uma oportunidade para garantir a renda e estabilidade profissional. Percebe-se também que o trabalho voluntário desenvolvido anteriormente na comunidade, o motivou a ingressar na profissão de ACS já que havia certa identificação com o trabalho comunitário.

Além disso, ficou evidente ao longo das discussões que pelo fato do ACS atuar na área onde reside, acaba se tornando uma ponte entre a comunidade e a equipe de saúde. Ainda segundo os investigados o ACS facilita o acesso aos serviços e os cuidados com a saúde por meio das informações e orientações dadas às famílias.

Para os participantes deste estudo a construção coletiva do cuidado fortalece o trabalho do ACS, uma vez que o apoio e o envolvimento de todos viabilizam as ações desses profissionais promovendo a qualidade de vida e aumento do autocuidado dos indivíduos da comunidade.

Esta pesquisa identificou também as dificuldades enfrentadas pelo ACS no seu processo de trabalho, ou seja, os fatores que intervêm na resolução dos problemas de saúde da comunidade como gestão ineficaz e a contingência de recursos financeiros para os serviços de saúde.

É importante destacar que este estudo apresenta limitações, uma vez que foi desenvolvido na Estratégia Saúde da Família de um município, sendo difícil generalizar os resultados a nível nacional, visto que os resultados dependem da dinâmica do processo de trabalho dos ACS de cada localidade.

Espera-se que os achados desta pesquisa contribuam para despertar novas discussões e reflexões entre os diversos autores, equipes, comunidade e gestores sobre a importância da valorização e do reconhecimento do trabalho desses profissionais para o fortalecimento da Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. R. **O Agente Comunitário de Saúde: percepções e interpretações quanto a seu perfil e seu papel na Estratégia Saúde da Família da cidade de Montes Claros – MG.** 2009. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual De Montes Claros. Minas Gerais, 2009.
- ANDRADE, L. O. M.; BEZERRA, R. C. R.; BARRETO, I. C. H. C. O programa de saúde da família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. **Rev. Adm. Pública.** Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 327-49, mar./Abr. 2005.
- ANDRADE, M. A. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde: relevância para o bom resultado da Estratégia Saúde da Família.** 2012. 27p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2012.
- ÁVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 349-60, jan. 2011.
- ÁVILA, M. M. M. Origem e evolução do programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde.** Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 159-68, abr./jun. 2011.
- BARALHAS, Marilisa. **O agente comunitário de saúde: representações e dificuldades acerca da prática cotidiana da assistência.** 2008. Dissertação (Mestrado). UNESP, São Paulo, 2008.
- BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W.C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v.13, n.1. p.51-60, fev.2008.
- BARROS, D. F. et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.19, n.1, p. 78-84, Jan./Mar. 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei n. 11.530 de 05 de outubro de 2006:** dispõe sobre as atividades desenvolvidas pelo agente comunitário de saúde e agente de combate e endemias. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde (MS). 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: MS; 2003
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília-DF, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei n.10.507 de 10 de julho de 2002:** cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria N° 2.662/GM, de 11 de Novembro de 2008. Institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação dos Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, DF, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL. Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília DF, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.886 de dezembro de 1997. **Diário Oficial da União**, 22 de dezembro de 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2011.

BRASIL. Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2011.

BRITO, S. M. O; SOBRINHO, M. D. Os sentidos da educação em saúde para agentes comunitários de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n.4, p.669-76, 2009.

CAMELO, S. H. H. **Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família**. 2002. Dissertação (Mestrado). EERP, USO, Ribeirão Preto, 2002.

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. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, supl.1, p. 1509-20, jun. 2010.

CECÍLIO, L. C. O. ; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EDUCS/IMS/UERJ, p. 37-50, 2006.

CERVINSKI, L. F et al. O trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família: desafios e possibilidades. **Perspectiva**. Erechim-RS, v.36, n.136, p.111-22, dezembro/2012.

COSTA, E. M.; FERREIRA, D. L. A. Percepções e motivações de agentes comunitários de

saúde sobre o processo de trabalho em Teresina, Piauí. **Trab. educ. saúde**, v. 9, n. 3, p. 461-78, 2011.

CROCCIA, M. **A representação do trabalho na vida do agente comunitário de saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M. V.; ANDRADE, S. M. O. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. **Saúde soc.**, São Paulo, v.18, n.4, p.620-626, out./dez.2009.

ESCOREL, S. et al. **Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. (Síntese dos Principais Resultados), 2002.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Cien. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.2, p. 347-355, abr./jun. 2005.

FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, abr. 2009.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

FRAGA, O. S. **Agente comunitário de saúde: Elo entre a comunidade a equipe da ESF?** 2011. Trabalho de Conclusão de Curso. 2011. Universidade Federal de Minas Gerais. Governador Valadares, 2011.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, v. 14, n. 28, p. 139-152, 2004.

GALAVOTE, H. S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 231- 40, jan. 2011.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

GIL, C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, V. L. O.; TELLES, K. S.; ROBALLO, E. C. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 13, n 4, p. 856-62. 2009.

GOMES, K.O. et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do Programa de Saúde da Família: reflexões estratégicas. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.4, p.744-55, 2009.

GRAJAÚ, C. A. G. **Reconhecimento profissional e social do agente comunitário de saúde**

na reflexão sobre as classes trabalhadoras urbanas no setor saúde. 2013. Dissertação (Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu v. 13, n. 28, p. 123-35, Mar, 2009.

JARDIM, T. A. **Morar e trabalhar na comunidade:** a realidade dos agentes comunitários de saúde. 2007. Tese (Doutorado). São Paulo (SP). Universidade de São Paulo, 2007.

LACERDA, A et al. **A qualidade do cuidado na convivência com os pobres: o trabalho dos pastores e dos agentes comunitários de saúde.** Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro /ABRASCO; 2005. p.267-78.

LANZONI, G. M. M.; MEDEIROS, B. H. S. Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do agente comunitário de saúde. **Rev Rene.** Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 140-51, abr./jun. 2012.

LANZONI, G. M. M.; CECHINEL, C.; MEIRELLES, B. H. S. Agente comunitário de saúde: estratégias e consequências da sua rede de relações e interações. **Rev. Rene**, v. 15, n. 1, p. 123-31, jan./fev. 2014.

LESSA, M. G. G. **O agente comunitário de saúde em Fortaleza: vivências profissionais.** 2013. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2013.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo:** um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: Educs, 2005.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.517-24. 2006.

LOPES, D. M. Q. et al. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer - sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Rev. esc. enferm. USP.** São Paulo, v.46, n.3, p. 633-40, jun. 2012.

LUNARDELO, S.R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto – São Paulo.** 2004. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.

LUCENA, F. S. **O que pode Um Agente Comunitário de Saúde? Processos de Trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica.** 2013. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP.** São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-33, set. 2007.

MALFITANO, A. P. S.; LOPES, R. E. Educação popular, ações em saúde, demandas e intervenções sociais: o papel dos agentes comunitários de saúde. **Cad. Cedes**. Campinas, v. 29, n. 79, p. 361-72, set./dez. 2009.

MENEGUSSI, J. M.; OGATA, M. N.; ROSALINI, M. H. P. O agente comunitário de saúde como morador, trabalhador e usuário em São Carlos, São Paulo. **Trab. Educ. saúde**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 87-106, abr. 2014.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M. C. S.; D'ELIA, J. C.; SUITONE, E. **Programa Agentes de Saúde do Ceará: estudo de caso**. Fortaleza: UNICEF, 1990.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12^a ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOTA, R. R. A; DAVID, H.M.S.L. A crescente escolarização do Agente comunitário de Saúde: uma introdução do processo e trabalho?. **Trab.Educ.Saúde**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.229-48, jul./out.2010.

MOROSINI, M. V. **Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 23-188, 2010.

MOROSINI, M. V.; CORBO, A. A.; GUIMARAES, C. C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trab. educ. saúde**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 287-310, Julho 2007.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saude Publica**. v.18, n.6, p.1639-46, 2002.

OLIVEIRA, A. R. et al. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, Mato Grosso do Sul, v. 12, n. 1, 2010.

OLIVEIRA, J. G. **Agentes comunitários de saúde: fatores restritivos e facilitadores do seu trabalho na Estratégia de Saúde da Família**. 2012. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

OLIVEIRA, R. G.; NACHIF, M. C. A.; MATHEUS, M. L. F. O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. **Acta Sci. Health Sci**. Maringá, v. 25, n.1, p. 95-101, jan./jun. 2003.

PERES, C. R. F. B. et al. O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 45, n.4, p. 905-11, ago. 2011.

PERES, C. R. F. B. et al. Ser agente comunitário de saúde: motivação e significado. **Rev. Min. Enferm**. São Paulo, v.14, n.4, p. 559-65, out./dez., 2010.

PIRES, L. A formação de Assistentes Sociais da Saúde. **Intervenção Social**, v. 21, p.53-59, 2007.

RODRIGUES, A. Á. A. O.; SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. **Ciênc. saúde coletiva**. v.15, n.3, Rio de Janeiro, maio 2010.

SALIBA, N. A. et al. Agente comunitário de saúde: perfil e protagonismo na consolidação da atenção primária à saúde. **Cad. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 318-26, 2011.

SAKATA, K. N. **A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família**. 2009. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. São Paulo, 2009.

SAKATA, K. N.; MISHIMA, S. M. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 46, n. 3, p. 665-72, jun. 2012.

SAMPAIO, L. F. R.; LIMA, P. G. A. Apoio ao Programa de Saúde da Família. **Rev. saúde da Família**, Brasília, 2004.

SANTANA, F. R. et al. Ações de saúde na estratégia saúde da família à luz da integralidade: município goiano. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiás, v. 15, n. 2, p. 422-9, abr./jun. 2013.

SANTANA, J. C. B et al. Agente Comunitário de Saúde: percepções na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enferm.**, Minas Gerais, v. 14, n. 4, p. 645-52, out./Dez. 2009.

SANTOS, L. P. G. S.; FRACOLLI, L. A. O agente comunitário e saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo v. 44, n.1, p. 76-83, mar. 2010.

SANTOS, K. T. et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p. 1023-28, 2011.

SANTOS, L. F. B.; DAVID, H. M. S. L. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 52-7, jan/mar. 2011.

SANTOS, R. L. A. **Homens como agentes de saúde: trabalhando cuidados e vivenciando gênero**. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, 2005.

SEABRA, D. C. **O agente comunitário de Saúde na visão da equipe multiprofissional**. 2006. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP (SP), 2006.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**, São Paulo, Cortez, 2004.

SILVA, G. L.; RABINOVICH, E. P. As barreiras da universalidade do acesso vivenciado por idosos nas unidades saúde da família. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**. Vitória da Conquista, v. 6, n. 1, jan./jun. 2013.

SILVA, N. H. L. P da; CARDOSO, C. L. Agentes Comunitários de Saúde: sentidos acerca do trabalho em HIV/AIDS. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 257-66, ago. 2008.

SILVA, H.; SANTOS, M. R. Perfil social dos agentes comunitários de saúde vinculados ao programa de saúde da família da zona norte do município de juiz de fora. **Rev. APS**. Minas Gerais, v.6, n.2, p.70- 6, jul./dez. 2003.

SILVA J.A. **O Agente Comunitário de Saúde do Projeto QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade?** 2001. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

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

SOLLA, J. J. S. P. et al. O PACS na Bahia: Avaliação do Trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Saúde Debate**. n.51, p. 4-15, jun.1996.

SOUSA, F. O. S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1283-93, abr. 2014.

SOUZA, F. R. M. **Agentes Comunitários de Saúde, formação e perfil profissional: o caso de Duque de Caxias**. 2014. Dissertação (Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

SOUZA, M. C. M. R.; BARCELOS, A. P. M.; LANZA, F.M. A política de formação técnica do Agente Comunitário de Saúde: Perspectivas e desafios. **Rev. APS.**, v. 16, n. 4, p. 469-73, out./dez. 2013.

SOUZA, H. M. PSF em Debate. **Rev. Bras. Enferm.**; v. 53, n. especial, p. 7-16, dez. 2001.

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. D. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Rev. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.15 (Suplemento), p. 225-64, 2005.

VALLA, V. V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.4, n.7, p. 37-56, ago. 2000.

VILELA. R. A. G.; SILVA, R. C.; JACKSON FILHO, J. M. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 289-302, jul./dez. 2010.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 161-9, jan./mar. 2014.

KLUTHCOVSKY A. C. G. C.; TAKAYANAGUI A. M. M. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com.**, Rio de Janeiro, v.2, n. 5, p. 23-9, abr./jun.2006.

WAI, M. F. P. **O trabalho do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família:** fatores de sobrecarga e mecanismo de enfrentamento. 2007. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (SP), 2007.

STOTZ, E.N.; DAVID, H. M.S.L.; BORNSTEIN, V.J. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. **Rev APS.** v.12, n.4, p:487-97, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A
ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevista nº. _____.

Dados de Identificação:

1. Sexo: () M () F
2. Idade: _____
3. Tempo de atividade profissional: _____ anos.
4. Tempo de atuação no PSF: _____ anos.
5. Estado civil: () Casado () Solteiro () Outros
6. Pós-graduação: () S () N. Se sim qual? _____
7. Tipo de vínculo empregatício: _____
8. Outro vínculo empregatício: () S () N. Se sim qual? _____

Questões norteadoras:

1. Qual (is) o(s) motivo(s) que o/a levou (aram) a trabalhar como agente comunitário de saúde?
2. Para você, como é trabalhar com a comunidade, e de que maneira seu processo de trabalho contribui para o fortalecimento da atenção básica?
3. Qual a sua percepção acerca da articulação do seu trabalho com o trabalho da equipe de Saúde da Família?
4. Descreva como sua relação interpessoal com os demais membros da equipe influencia na construção do vínculo com a comunidade.
5. Quais as principais potencialidades e fragilidades que você encontra para realizar seu processo de trabalho na atenção básica?
6. De que maneira sua atuação profissional contribui para a formação do elo entre a comunidade e o serviço de saúde?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro (a) Trabalhador (a) de Saúde,

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de Conclusão de Curso intitulada “**Características e vivências do processo de trabalho do agente comunitário de saúde na atenção básica**”, que tem como objetivo averiguar as características e vivências do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Atenção Básica. Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre seu cotidiano de trabalho, que poderá ser gravada se o (a) Sr. (a) concordar.

Garantimos que este estudo possui riscos mínimos, já que não envolve a realização de procedimentos invasivos; mas poderá ocorrer insatisfação do entrevistado em decorrência de abordar sobre as singularidades do seu trabalho. Nesse caso, o pesquisador estará preparado para intervir sugerindo a suspensão da entrevista, deixando você à vontade para decidir sobre sua participação no estudo posteriormente. Por outro lado, benefícios potenciais decorrerão diante de sua participação tais como: maior visibilidade do seu processo de trabalho, através do reconhecimento dos seus companheiros da equipe de saúde, assim como da própria população atendida, além da demonstração da importância que essa categoria de trabalhadores possui na consolidação do elo entre a comunidade e os profissionais da saúde, como também no fortalecimento da Atenção Básica como estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil.

Ressaltamos que todas as informações obtidas nesse estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale lembrar que sua participação é voluntária e o (a) Sr. (a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados apenas para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da investigação. Em caso de dúvidas relativas à pesquisa, pode entrar em contato com os pesquisadores responsáveis por meio dos seus telefones: Acadêmica **Edilaine Cristina Martins da Silva (83) 99151-1405**; e Orientador da pesquisa **Prof^o. Me. Marcelo Costa Fernandes: (85) 99922- 1287**.

O Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande do Centro de Formações de Professores encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (083) 3532-2000 – Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n, Campus Cajazeiras, CEP: 58900-000 – Cajazeiras – Paraíba. Esse termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Cajazeiras, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
PROGRAMA REDE ESCOLA/DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “**CARACTERÍSTICAS E VIVÊNCIAS DO PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA**”, à ser desenvolvido pelo (a) pesquisador (a) Edilaine Cristina Martins da Silva, sob orientação do professor Me. Marcelo Costa Fernandes está autorizado para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

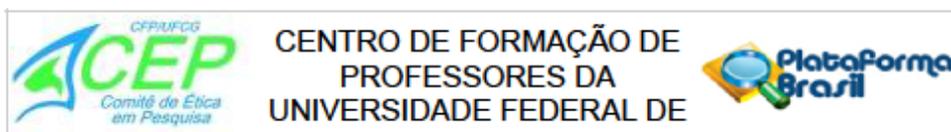
Atenciosamente,

Cajazeiras, 10 de Novembro de 2015

Renata Emanuela de Queiroz Rêgo
Coordenadora do Programa Rede Escola

Renata Emanuela de Q. Rêgo
Enfermeira
COREN-PB-360.144

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERÍSTICAS E VIVÊNCIAS DO PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Marcelo Costa Fernandes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51109115.8.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.347.452

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado CARACTERÍSTICAS E VIVÊNCIAS DO PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA, 51109115.8.0000.5575 e sob responsabilidade de Marcelo Costa Fernandes trata do estudo das características e vivências do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Atenção Básica na cidade de Cajazeiras com o objetivo de discutir sobre a importância que essa categoria de trabalhadores possui na consolidação do elo entre a comunidade e os profissionais da saúde, bem como reorientar o modelo de atenção à saúde no Brasil.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto CARACTERÍSTICAS E VIVÊNCIAS DO PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA tem por objetivo principal Averiguar as características e vivências do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Atenção Básica.

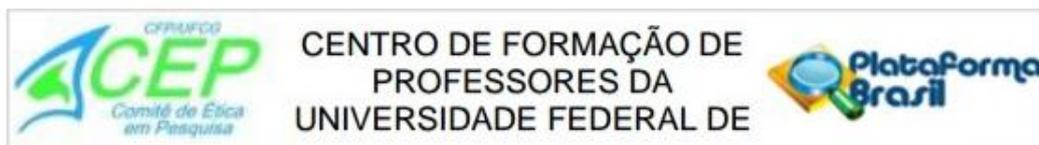
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa CARACTERÍSTICAS E VIVÊNCIAS DO PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA é importante por contribuir para se discutir sobre o

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 1.347.452

papel de tal profissional no quadro da Saúde no Brasil e por sinalizar políticas públicas para um trabalho efetivo de tal profissional para sanar diversos problemas verificados na atenção básica. Os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa Marcelo Costa Fernandes redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto CARACTERÍSTICAS E VIVÊNCIAS DO PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA, número 51109115.8.0000.5575 e sob responsabilidade de Marcelo Costa Fernandes.

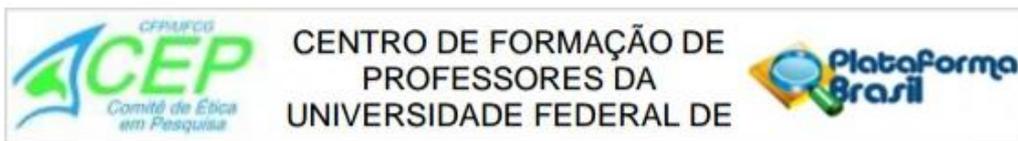
Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_627158.pdf	16/11/2015 11:55:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	16/11/2015 11:54:30	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	16/11/2015 11:53:27	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Outros	Termodeanuencia.jpg	16/11/2015 11:52:08	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Orçamento	Orçamento.docx	16/11/2015 11:50:01	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	16/11/2015 11:49:40	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostofinal.pdf	16/11/2015 11:49:18	Marcelo Costa Fernandes	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 1.347.452

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 02 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br