



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS

JÂNIO WENDERSON BEZERRA CLARES
SAMARA SOUZA DA NÓBREGA

**AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: PERFIL
SOCIODEMOGRÁFICO E PROCESSO DE TRABALHO – UMA
CARACTERIZAÇÃO DAS UBS DO DISTRITO SANITÁRIO I DE
CAMPINA GRANDE (PB)**

CAMPINA GRANDE – PB

2018

JÂNIO WENDERSON BEZERRA CLARES

SAMARA SOUZA DA NÓBREGA

**AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: PERFIL
SOCIODEMOGRÁFICO E PROCESSO DE TRABALHO – UMA
CARACTERIZAÇÃO DAS UBS DO DISTRITO SANITÁRIO I DE
CAMPINA GRANDE (PB)**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Unidade Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande, campus Campina Grande, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª GISETTI CORINA GOMES BRANDÃO

CAMPINA GRANDE – PB

2018

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG

C591a

Clares, Jânio Wenderson Bezerra.

Agente Comunitário de Saúde: perfil sociodemográfico e processo de trabalho: uma caracterização das UBS do Distrito Sanitário I de Campina Grande - PB / Jânio Wenderson Bezerra Clares, Samara Souza da Nóbrega – Campina Grande, 2018.

47f.; qd.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2018.

Orientadora: Gisetti Corina Gomes Brandão, Dra.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Trabalho. 3. Estratégia de Saúde da Família. I. Nóbrega, Samara Souza da. II. Título.



ANEXO VI

Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

Às 9:00h horas do dia 30 / 07 / 2018, nas dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, realizou-se a defesa do TCC intitulado:

AGENTE COMPUTACIONAL DE SAÚDE: Perfil socioeconômico e
Processo de Trabalho - Uma caracterização do UAS do Distrito
Santana I de Campina Grande - PB

de autoria do(s) aluno(s):

Jânio Wenderson Bezerra Lobo
Samaru Souza de Nóbrega

sendo orientados por:

GESETTI CORREIA GOMES BRANDÃO

E Co orientador:

Estiveram presentes, os seguintes componentes da Banca Examinadora:

ANA FÁBIA DA MOTTA ROCHA FARIAS
REJANE MARIA DE SOUSA CARTAXO

Iniciados os trabalhos, o Presidente da Banca Examinadora, Professor(a) Orientador(a) sorteou o aluno:

Samaru Souza de Nóbrega
passando a palavra ao mesmo para iniciar a apresentação, que teve 30 minutos para fazê-lo. A apresentação durou 30 minutos, após a qual foi iniciada a discussão e arguição pela Banca Examinadora. A seguir, os discentes retiraram-se da sala para que fosse atribuída a nota. Como resultado, a Banca resolveu aprovar o trabalho, conferindo a nota final de 9,25. Não havendo mais nada a tratar, deu-se por encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada por quem de direito.

Campina Grande, 30 / 07 / 2018.

Orientador

Titular 1

Titular 2

Suplente

Gezetti Correia Gomes Brandão
Ana Fabia da Motta Rocha Farias
Rejane Maria de Sousa Cartaxo

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é entendida, pelo Ministério da Saúde, como a principal reorganizadora da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). A partir dessa nova realidade, a figura do agente comunitário de saúde (ACS) aparece como um elemento essencial da ESF, uma vez que, em contato direto com a comunidade, facilita o acesso das pessoas aos serviços de saúde. Sob esta perspectiva, existe a necessidade de identificar os fatores existentes no processo de trabalho do ACS, bem como traçar o seu perfil, para compreender os desafios que envolve esses profissionais. **Objetivo:** Geral - Analisar e discutir o processo de trabalho dos ACS. Específicos: Caracterizar o perfil sociodemográfico dos agentes comunitários de saúde; Descrever as ações efetuadas pelos ACS referentes ao seu processo de trabalho e Identificar os processos que fragilizam e potencializam o seu processo de trabalho. **Metodologia:** Pesquisa de abordagem qualitativa realizada com os ACS das UBS do Distrito sanitário I do município de Campina Grande. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada, na qual foi abordado o perfil sociodemográfico dos ACS, utilizando as variáveis como sexo, estado civil, número de filhos, tempo de atuação na ESF, formação complementar, dentre outras. Além disso, houve duas questões norteadoras que versaram sobre o processo de trabalho, suas dificuldades e facilidades. Os dados foram analisados na perspectiva de interpretação e compreensão sugerida por Bardin. Deste processo emergiram duas categorias, intituladas: O processo de trabalho em saúde e suas condições e A óptica oposta: a desvalorização dos ACS pelos usuários. **Os resultados** demonstraram a partir dos discursos dos ACS, as condições que permeiam o seu processo de trabalho através da visita domiciliar, bem como as dificuldades envolvidas nesse processo. **Conclui-se** que há a necessidade de capacitação dos ACS e a valorização das visitas domiciliares pelos usuários. É necessário também, a orientação da equipe aos usuários, sensibilizando-os para a (co)responsabilização pela sua situação de saúde; além de investimentos na segurança pública e no setor da saúde.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de saúde; Trabalho; Estratégia de Saúde da Família.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1.INTRODUÇÃO | 5 |
| 2.OBJETIVOS | 7 |
| OBJETIVO GERAL..... | 7 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 7 |
| 3.JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO PROJETO | 8 |
| 4.REFERENCIAL TEÓRICO | 10 |
| ATENÇÃO BÁSICA | 10 |
| O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE..... | 11 |
| PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE | 13 |
| 5.CAMINHAR METODOLÓGICO | 16 |
| TIPO DE PESQUISA..... | 16 |
| CAMPO DE ESTUDO | 17 |
| POPULAÇÃO E AMOSTRA..... | 17 |
| COLETA DE DADOS | 17 |
| ANÁLISE DE DADOS | 18 |
| ASPECTO ÉTICO DA PESQUISA..... | 18 |
| 6.RESULTADOS E DISCUSSÃO | 20 |
| QUADRO 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO | 21 |
| O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E SUAS CONDIÇÕES | 23 |
| A ÓPTICA OPOSTA: A DESVALORIZAÇÃO DOS ACS PELOS USUÁRIOS..... | 32 |
| 7.CONSIDERAÇÕES FINAIS | 34 |
| REFERÊNCIAS | 36 |
| APÊNDICES | 40 |
| APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS..... | 41 |
| APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 43 |
| ANEXOS | 44 |
| ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP | 45 |

1. INTRODUÇÃO

O acesso universal, a integralidade da atenção e a equidade das ações são os princípios essenciais do Sistema Único de Saúde (SUS). O modelo da atenção à saúde do SUS promoveu o rápido incremento da atenção comunitária com a finalidade de oferecer atenção básica integralmente. Entre diversas iniciativas importantes realizadas para desenvolver esta abordagem, encontram-se a introdução dos agentes comunitários de saúde e um crescente foco no empoderamento comunitário. Ambos são exemplos de inovações importantes no sistema de saúde pública (STEIN; FERRI, 2017).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é entendida pelo Ministério da Saúde como a principal reorganizadora da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). É estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde. (BRASIL, 2010)

A partir dessa nova realidade, a figura do agente comunitário de saúde (ACS) aparece como um elemento essencial da ESF, sendo esta profissão criada pela Lei 10.507 (BRASIL, 2002). Tendo como uma das suas funções a realização de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir da Educação Popular em Saúde, através de ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas de acordo com as diretrizes do SUS. (BRASIL, 2018)

Esses profissionais podem acrescentar informações referentes ao processo de adoecimento por meio da incorporação de conhecimentos além da perspectiva médica, uma vez que, em contato direto com a comunidade, assumem a função de tradutores do universo científico ao popular, bem como facilitam a acessibilidade aos serviços de saúde, fortalecendo a integração entre os serviços de atenção básica e a comunidade, criando confiança e vínculo entre ambos (BRASIL, 2017).

O cuidado na perspectiva da atenção básica à saúde perpassa pelo âmbito da complexidade. Conforme Andreolla (2013), a complexidade não se dá apenas em tecnologias avançadas no tratamento de doenças. A complexidade se apresenta no cuidado diário, no acolhimento e no tratamento de forma integral de cada paciente. Por isso, estar atento ao seu processo de trabalho, a execução de

suas ações, as facilidades encontradas e vislumbrando as suas dificuldades, faz-se necessário, já que o trabalho do ACS se reveste de grande complexidade.

Diante desta complexidade no cuidado realizado pelos ACS, é imprescindível um preparo para enfrentar cotidianamente as dificuldades que surgem nas relações que se estabelecem com as famílias assistidas, pois o seu processo de trabalho pode torná-los mais vulneráveis ao aparecimento de sintomas de estresse, resultando em enfermidades físicas e mentais, insatisfação e desmotivação laboral. (SANTOS, 2014)

Por conseguinte, sob esta perspectiva, existe a necessidade de traçar o perfil do ACS, identificar os fatores que existem no seu processo de trabalho e caracterizar as suas ações no território, para compreender os desafios que esses profissionais convivem em seu cotidiano.

Desse modo, visando entender melhor o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde surge o interesse em explorar a temática. Assim, passaram a existir as questões problemas da investigação científica: Qual o perfil sociodemográfico do ACS? Como ocorre o processo de trabalho do ACS? e quais fatores potencializam e fragilizam o seu processo de trabalho? Tais questões norteadoras são importantes pois elucidam a realidade em que o ACS está inserido, bem como promove uma autorreflexão do seu processo de trabalho.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Analisar e discutir o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos agentes comunitários de saúde;
- Descrever as ações efetuadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) referentes ao seu processo de trabalho;
- Identificar os fatores que facilitam e os que dificultam o processo de trabalho dos ACS.

3. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO PROJETO

É por meio das visitas domiciliares dos Agentes comunitários de saúde, que o vínculo com a comunidade se estabelece. Conscientes de suas atribuições definidas pela Política Nacional de Atenção Básica na portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017), os ACS dialogam com usuários de SUS para a promoção e proteção da saúde. A atuação desse profissional é fundamental para a reorganização dos serviços de saúde e a qualidade da assistência, uma vez que tem a importante função de integrar a comunidade aos serviços de saúde e vice-versa. (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

De acordo com Brasil (2017), uma das atribuições dos ACS é desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades. Além de estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde. Contudo, o processo de trabalho do ACS requer cooperação coletiva dos membros da equipe ESF, tendo por finalidade a melhoria das condições de saúde da comunidade onde atuam, por meio de ações preventivas, de promoção e recuperação da saúde.

Os ACSs são envolvidos no contexto da vida dos usuários e suas famílias, para realizarem ações de promoção, prevenção e manutenção da saúde junto às mesmas. Entretanto, verifica-se na literatura aspectos limitadores ao trabalho do ACS que levam à insatisfação, podendo se destacar entre estes a insuficiência de ações de capacitação, o baixo reconhecimento profissional e a diferença salarial para com os outros profissionais. (LINO et al., 2012). Além disso, identificar as dificuldades do processo de trabalho dos ACS, permite compreender as condições inadequadas no trabalho que podem gerar acidentes de trabalho ou doenças, evidenciando o impacto do processo de trabalho sobre a saúde.

No intuito de propiciar que o trabalho do ACS possa oferecer resultados positivos ao desenvolvimento da ESF, garantindo à população usuária o acesso aos serviços de saúde preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é importante conhecer o perfil dos ACSs, suas ações efetuadas, bem como as

facilidades e dificuldades enfrentadas durante o planejamento e a execução do seu trabalho. Tais conhecimentos podem garantir mais efetividade para as capacitações e ações conjuntas que tenham como perspectiva a intervenção na saúde de forma preventiva e eficaz.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

ATENÇÃO BÁSICA

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), a atenção básica é caracterizada como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Um outro conceito interessante de se avaliar é o estabelecido por Starfield (2002). A autora, que tem embasamento principal na dimensão tecnológica, atribui características próprias da APS, conhecidas como qualidades essenciais e derivadas. Para ela, são considerados atributos essenciais da APS : a acessibilidade, que é o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde e a utilização do serviço para cuidado dos problemas de saúde e suas intercorrências; a integralidade, definida por meio de ações de promoção, de prevenção, de cura e de reabilitação, disponibilizadas no contexto da APS; a longitudinalidade, cujo conceito é dado como uma fonte ininterrupta de atenção e também seu uso ao longo do tempo; e a coordenação da atenção, que presume algum tipo de continuidade com o usuário, como exemplos, mantendo o mesmo profissional durante um tratamento, ou deixando os dados nos prontuários médicos atualizados, ou ambos, além do reconhecimento de dificuldades em outras instâncias e a unificação desse cuidado enquanto estiver com o paciente.

Em relação aos atributos derivados, tem-se três qualidades características, entendidas como a orientação familiar em relação as necessidades individuais, onde devem-se considerar as potencialidades e as vulnerabilidades em saúde de cada núcleo familiar; a orientação comunitária, na qual se dá a importância das necessidades de saúde da comunidade, levando-se em conta dados epidemiológicos e a convivência com a população local, além do planejamento de ações e integralidade dos serviços; e por fim, a competência cultural, em que o fornecedor de serviços procura se adaptar à realidade local da população a fim de facilitar o acesso e a adesão da mesma (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a APS passou a ser executada com predomínio na forma da Estratégia de Saúde da Família (ESF) a partir da década de 90. Tal estratégia foi implementada a partir da incorporação de conhecimentos provindos das experiências internacionais de sistemas de saúde baseados na atenção primária e nas sugestões definidas na Conferência de Alma Ata, que teve como princípios o acesso universal, o cuidado continuado, integral e coordenado, junto às comunidades e seu contexto social (SILVA, BAITILO, FRACOLLI, 2015).

A ESF busca um modelo de atenção integral à saúde com mediações entre família, comunidade e profissionais e sua eficácia supõe o trabalho multiprofissional e a interação entre indivíduos com competências e habilidades distintas (SHIMIZU, CARVALHO, 2012). Dessa forma, o agente comunitário de saúde participa como um dos principais membros articuladores entre os diferentes envolvidos no processo.

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

A chamada equipe básica ou nuclear concebida na ESF é composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis ACS. A depender do município, podem estar inclusos também profissionais da equipe de saúde bucal, saúde mental e reabilitação (MARTINES, CHAVES, 2007).

Dentre os envolvidos na ESF, o agente comunitário de saúde é uma figura fundamental, pois possibilita que as necessidades da população cheguem à equipe de profissionais, que irá intervir junto à comunidade. O ACS também mantém o fluxo contrário, transmitindo à população informações de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, o agente comunitário de saúde é um trabalhador que faz parte da equipe de saúde da comunidade onde mora. É uma pessoa preparada para orientar famílias sobre cuidados com sua própria saúde e também com a saúde da comunidade (BRASIL, 1999).

Devido à sua relevância, é importante pontuar alguns dados históricos que foram fundamentais para a formação desse profissional.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), anteriormente Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), foi implementado pelo Ministério da Saúde em 1991, em parceria com as secretarias estaduais e

municipais (CÔRREA *et al.*,2010). A experiência inicial de agentes comunitários de saúde ocorreu no Estado do Ceará em 1987, com o intuito de criar oportunidade de emprego para as mulheres que viviam em áreas de calamidade e, ao mesmo tempo, contribuir para a queda da mortalidade infantil, evidenciando ações que visavam a saúde da mulher e da criança. Tal estratégia expandiu-se rapidamente no estado, abrangendo praticamente todos os municípios em três anos, e dessa forma foi tomada como base pelo Ministério da Saúde para a criação do PACS (TOMAZ, 2002).

Assim surgiu essa nova categoria de trabalhadores, que fazem parte de uma determinada comunidade e trabalha para ela, e que tornaram-se responsáveis pela criação de estratégias de saúde juntamente com os demais componentes da equipe.

Em 10 de julho de 2002, a profissão de agente comunitário de saúde foi criada pela Lei 10.507, de acordo com o art. 2º :

A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção de saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste.

Já no ano 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006b), passa a reger as atividades dos ACS, apresentando a educação em saúde, coletiva e individual, no conjunto de atribuições dos ACS (FONSECA, MOROSINI, MENDONÇA , 2013).

Dentre as atividades do ACS na ESF, merecem destaque a promoção de atividades de orientação e ações educativas em saúde, e a realização de visitas domiciliares (DAVID, 2017). As atribuições dos ACS constam na PNAB (2017) e estão elencadas abaixo :

I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as

características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O processo de trabalho em saúde se dá a partir de uma inter-relação de pessoas com seus conhecimentos, sentimentos, expectativas e fantasias em interjogo para satisfação de necessidades tanto dos usuários como dos trabalhadores, que ocorrem de formas distintas nos diferentes momentos da história e que está em permanente intercâmbio (FORTUNA , 1999).

Para que essas ações aconteçam de forma efetiva, é imprescindível a troca de informações entre a equipe e a constante atualização de conhecimentos dos membros que fazem parte do processo.

Diante do exposto, é oportuno mencionar a Educação Permanente em Saúde (EPS), definida abaixo conforme a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde :

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, p.20, 2009).

Essa atualização permanente dos agentes é essencial para gerar potencialidades no processo laboral. De acordo com Fonseca *et al.*, (2013), a partir de uma formação adequada e embasada no conhecimento científico, o ACS pode vir a ser um educador popular, promotor de mudanças e provocador de participação e transformação social. Tais fatores colaboram para o aumento da satisfação pessoal do profissional, fomentando a busca por uma melhor capacitação.

A visita domiciliar (VD), em grande parte das vezes, pode ser encarada também como facilitador no processo de trabalho do ACS, visto que representa o primeiro vínculo do usuário com a equipe de saúde, e para se estabelecer tal ligação, é necessário empatia e confiabilidade, características geralmente atribuídas ao profissional. Quando esse contato inicial ocorre de maneira satisfatória, a adesão do usuário ao serviço torna-se mais efetiva.

Para Maciazeki-Gomes *et al.* (2016), ao realizar visitas domiciliares e utilizar uma linguagem acessível, o ACS apresenta condições de promover uma atenção diferenciada, no que se refere à saúde das pessoas.

Por ser um processo de trabalho desenvolvido em grupo, é comum surgirem fragilidades nas relações entre os membros envolvidos. No estudo de Peres *et al.* (2011), os entrevistados apontaram que as dificuldades para realizarem as tarefas em equipe podem ser explicadas pelas diferenças individuais; dificuldade de reconhecer a totalidade das ações; falta de flexibilidade, de conversação, de colaboração, de responsabilidade e de horizontalização das ações. Além disso, os ACS revelaram sentir-se o elo mais frágil nas relações.

Outros estudos, como os de Araújo e Assunção (2004) e Brigadão e Gonçalves (2009), apontam para o excesso de trabalho e o desvio de função, como problemas que atrapalham a concretização do processo de trabalho educativo.

É a partir desse contexto que o ACS entra como uma figura essencial na ESF, pois mesmo diante de suas dificuldades em realizar as atividades laborais, eles as ultrapassam, por vezes, e estabelecem um canal de diálogo com a comunidade no qual estão inseridos, facilitando assim, ações que promovam a promoção, a proteção, e a recuperação da saúde no processo saúde-doença.

5. CAMINHAR METODOLÓGICO

Pesquisa científica é a investigação realizada com o objetivo de obter conhecimento específico e estruturado sobre determinado assunto (TAFNER, 2007). A pesquisa científica objetiva ainda, contribuir para a evolução do conhecimento humano em todos os setores, tendo estas, a obrigação de serem sistematicamente planejadas e levadas a efeito segundo critérios rigorosos de processamento das informações (MEDEIROS, 2005).

A metodologia é o caminho do pensamento, com o conjunto de técnicas que permitem a construção da realidade, já que possui instrumentos coerentes e elaborados, capazes de conduzir os impasses teóricos para o desafio da prática (MINAYO, 2007).

TIPO DE PESQUISA

A pesquisa, quanto ao seu objeto, pode ser classificada em: pesquisa de campo, de laboratório ou bibliográfica (MEDEIROS, 2005). Este trabalho pode ser considerado como de campo, pois se trata de um recorte empírico da construção teórica elaborada no momento. Essa fase pode incluir entrevistas, levantamentos de material documental, bibliográfico, instrucional, observações. Ela realiza um momento importante, pois relaciona teoria à prática podendo assim confirmar ou refutar hipóteses e construção de teorias (MINAYO, 2007).

Na presente pesquisa utilizamos a abordagem qualitativa, visto que possibilita aproximação do investigador com os entrevistados, entretanto, não ocorre influência, já que o objetivo é a obtenção de resultados coerentes com a realidade.

A pesquisa qualitativa analisa e interpreta o complexo comportamento humano, recusando regras precisas como problemas e hipóteses (LAKATOS; MARCONI, 1992). A pesquisa qualitativa responde questões particulares, e está preocupada com um nível de realidade que não se quantifica. Ou seja, trabalha com universo de significados e com fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis (MINAYO, 2007).

CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada nas UBS que compõem o Distrito Sanitário (DS) I do município de Campina Grande – PB, que tem uma população de 410.332 habitantes e uma área territorial de 593 km². É considerada a segunda cidade mais populosa do estado da Paraíba, ficando a 120 km da capital do estado, João Pessoa (IBGE, 2017). Sua rede municipal de saúde possui 10 Distritos Sanitários e é formada por um conjunto de instituições públicas, privadas e filantrópicas, que desenvolve ações assistenciais desde o nível básico até o nível terciário.

O Distrito Sanitário I é composto por 09 UBS e 15 Equipes de Saúde da Família, abrangendo os bairros Jardim América, Jardim Europa, Marinho, Monte Castelo, Nova Brasília, José Pinheiro, parte do Castelo Branco, parte do Santo Antônio, parte do Jardim Tavares, parte do Mirante e parte do Alto Branco. Possui 55.475 usuários cadastrados e 14.762 famílias.

POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do presente estudo foi composta pelos Agentes Comunitários de Saúde de todas as UBS do município de Campina Grande e a amostra foi composta pelos ACS do Distrito Sanitário I, totalizando 19 ACS. A escolha do Distrito Sanitário I ocorreu através de sorteio, no qual foi envolvido os 10 DS do município de Campina Grande.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada, na qual foi abordado o perfil dos ACS, utilizando variáveis como sexo, estado civil, número de filhos, tempo de atuação na ESF, renda, formação complementar, dentre outras. Além disso, houve duas questões norteadoras que versaram sobre como ocorre o processo de trabalho e quais as fragilidades e potencialidades dentro do processo laboral. As entrevistas foram agendadas previamente de acordo com a disponibilidade dos sujeitos e em local a permitir a privacidade entre pesquisadores e entrevistado.

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados na perspectiva de interpretação e compreensão sugerida por Bardin (2011), seguindo as três fases fundamentais proposta pelo autor: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados – a inferência e a interpretação. Para Bardin (2011, p. 47), o termo análise de conteúdo designa:

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

A análise de conteúdo ocorre através das seguintes fases:

1º - Fase de pré-análise: fase em que o material a ser analisado é organizado; onde há a realização de leituras flutuantes em que o pesquisador se familiariza com os documentos a serem analisados; e onde existe a escolha dos documentos no intuito de delimitar esse universo (constituição do corpus);

2º - Fase de exploração do material: fase onde há a manipulação de forma ordenada do material a ser analisado;

3º - Fase de tratamento dos dados, inferência e interpretação: fase em que os dados são manuseados de forma a serem descritos através dos achados da pesquisa e podem ser expressos de forma qualitativa ou quantitativa.

ASPECTO ÉTICO DA PESQUISA

O estudo foi realizado respeitando as recomendações advindas da Resolução nº 466/121 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos.

O presente estudo foi um recorte de um projeto “guarda-chuva” intitulado como Educação Permanente para os Agentes Comunitários de Saúde: Estratégia no processo de trabalho, o qual foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro – UFCG, sendo aprovado segundo PARECER No. 2.014.426.

Foi solicitado à Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande - PB a autorização para desenvolvimento do projeto de pesquisa. Aos sujeitos desta pesquisa foi apresentada e realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, que apresentamos em duas vias, tendo uma ficado em posse do participante e outra dos pesquisadores. Neste TCLE, constam informações sobre o estudo e sobre o compromisso de preservação da identidade dos participantes por parte dos pesquisadores, além de esclarecimentos sobre riscos e benefícios dos entrevistados.

Garantimos o sigilo da identidade e a possibilidade de interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento através do contato com os pesquisadores responsáveis. Todas as informações do TCLE foram lidas antes do início da pesquisa.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente tópico tem por finalidade apresentar o perfil sócio demográfico da amostra do nosso estudo, com o intuito de alcançar os objetivos propostos.

A fim de corroborar com a discussão, apresentamos um quadro, caracterizando o perfil dos Agentes comunitários de saúde, sendo a amostra composta por 19 ACS, do distrito sanitário I de Campina Grande.

QUADRO 1 – Caracterização dos sujeitos do estudo.

| SUJEITO | SEXO | FAIXA ETÁRIA | RAÇA | ESTADO CIVIL | N. DE FILHOS | RELIGIÃO | RENDA | ESCOLARIDADE | FORM./CAPACIT. | TEMPO NA ESF | CH NA ESF | RESPONSÁVEL PELA CASA |
|---------|------|--------------|---------|--------------|--------------|------------|----------------|-----------------|--------------------|--------------|-----------|-----------------------|
| ACS 1 | F | 46-50 anos | N.resp. | Casada | 2 | Católica | 1-1,5 sal.mín. | E.Médio Compl. | Não possui | 6-10 anos | 40h | A própria |
| ACS 2 | F | 41-45 anos | N.resp. | Casada | 2 | Test.Jeová | 1-1,5 sal.mín. | E.Sup.em curso | Téc.em contábil. | N.resp. | 40h | Cônjuge/parceiro |
| ACS 3 | F | 46-50 anos | Parda | Casada | 3 | Evangélica | 1-1,5 sal.mín. | E.Sup. em curso | Téc.em ACS | 6-10 anos | 6h | Cônjuge/parceiro |
| ACS 4 | F | 46-50 anos | Parda | Solteira | 3 | Cristã | 1-1,5 sal.mín. | E.Médio Compl. | Téc.em enfermagem. | >20 anos | 40h | A própria |
| ACS 5 | M | 36-40 anos | Pardo | Casado | 2 | Evangélico | 1-1,5 sal.mín. | E.Sup. em curso | Não possui | N.resp. | 40h | O próprio |
| ACS 6 | F | 46-50 anos | N.resp. | Casada | 4 | Católica | 1-1,5 sal.mín. | E.Médio Compl. | Não possui | 6-10 anos | 40h | A própria |
| ACS 7 | M | 36-40 anos | N.resp. | Solteiro | 0 | Católico | Até 1 sal.mín. | E.Sup. Compl. | Não possui | 16-20 anos | 40h | O próprio |
| ACS 8 | F | ≥ 51 anos | Parda | Divorciada | 3 | Católica | 1-1,5 sal.mín. | E.Sup. Compl. | Não resp. | 6-10 anos | 40h | A própria |
| ACS 9 | F | ≥ 51 anos | Negra | Solteira | 1 | N.resp. | 1-1,5 sal.mín. | E.Sup. em curso | Serviço social | N.resp. | 40h | A própria |
| ACS 10 | F | 46-50 anos | Parda | Casada | 2 | Evangélica | Até 1 sal.mín. | E.Médio Compl. | Não possui | 11-15 anos | 40h | Cônjuge/parceiro |
| ACS 11 | F | ≥ 51 anos | Parda | Casada | 2 | Evangélica | 1-1,5 sal.mín. | E.Sup. Compl. | Não possui | 6-10 anos | 40h | Cônjuge/parceiro |
| ACS 12 | F | 36-40 anos | Parda | Casada | 1 | Católica | 1-1,5 sal.mín. | E.Sup. Compl. | Psicopedagogia | 6-10 anos | 30h | A própria |
| ACS 13 | F | 46-50 anos | Parda | Solteira | 1 | Católica | Até 1 sal.mín. | E.Médio Compl. | Téc.em enfermagem. | N.resp. | 6h | A própria |
| ACS 14 | F | ≥ 51 anos | N.resp. | Casada | 2 | Evangélica | Até 1 sal.mín. | E.Médio Compl. | Téc.em enfermagem. | N.resp. | 6h | Cônjuge/parceiro |
| ACS 15 | M | 36-40 anos | Negro | Solteiro | 0 | N.resp. | Até 1 sal.mín. | E.Médio Compl. | Não possui | 11-15 anos | 40h | O próprio |
| ACS 16 | F | 26-30 anos | Parda | Casada | 0 | Cristã | Até 1 sal.mín. | E.Fund. Compl. | Não possui | 6-10 anos | 6h | Pai ou Mãe |
| ACS 17 | M | 31-35 anos | N.resp. | Solteiro | 0 | N.resp. | 1,5-2 sal.mín. | E.Sup. Compl. | Saúde do Idoso | 6-10 anos | 40h | O próprio |
| ACS 18 | F | 31-35 anos | N.resp. | Casada | 2 | Católica | 1-1,5 sal.mín. | E.Sup. Compl. | Téc.em enfermagem. | 6-10 anos | 40h | Cônjuge/parceiro |
| ACS 19 | F | ≥ 51 anos | Parda | Casada | 1 | Evangélica | 1,5-2 sal.mín. | E.Médio Compl. | Téc. em ACS | 16-20 anos | 40h | A própria |

Fonte: Dados coletados no estudo.

*Todos os ACS do município de Campina Grande-PB são efetivados através de concurso público.

Em relação ao sexo, houve prevalência do sexo feminino com 15 (78,9%) dos ACS entrevistados, e apenas 4 (21,1%) do sexo masculino. Já em relação ao estado civil 12 (63,3%) se identificaram como casados, 6 (31,5%) solteiros e 1 (5,2%) divorciado. Sobre o número de filhos, 7 (36,9%) ACS tem 2 filhos, 4 ACS (21,05%) referiram ter apenas 1 filho, 4 (21,05%) dos entrevistados referiram ausência de filhos, em seguida a presença de 3 filhos foi referido por 3 (15,9%) ACS e por fim apenas 1 (5,2%) ACS relatou ter 4 filhos.

Esses dados nos demonstram a predominância do sexo feminino entre os ACS, reafirmando o crescimento do número de mulheres no mercado de trabalho. Outro dado importante é a questão do número de filhos. Cada vez mais as mulheres estão tendo menos filhos, devido à sua inserção no mercado de trabalho, o que corrobora com esses dados.

No que concerne à religião, 7 (36,7%) se declararam Católicos, 6 (31,7%) Evangélicos, 3 (15,9%) não responderam, 1 (5,2%) Testemunha de Jeová e 1 (5,2%) Cristão. Sobre a faixa etária entre 26 a 30 anos houve 1 (5,2%) ACS, entre 31 a 35 anos houve 2 (10,5%) dos entrevistados, 4 (21,1%) ACS entre 36 a 40 anos, 1 (5,2%) ACS entre 41 a 45 anos, entre 46 a 50 anos houve 6 (31,6%) ACS e maiores de 50 anos foram identificados 5 (26,4%) ACS.

A predominância da religião católica se manteve, reafirmando que o Brasil é o país onde se tem a maioria de adeptos nesta religião. Em relação a faixa etária, apesar de que, a atividade laboral como ACS é “porta de entrada” para muitos jovens no mercado de trabalho, manteve-se ainda a prevalência de faixa etária elevada, como realidade para esses trabalhadores.

A respeito da raça, 10 (52,7%) se declararam pardos, 2 (10,5%) negros e 7 (36,8%) não responderam. Sobre escolaridade 8 (42,2%) referiram ter o ensino médio completo, 6 (31,6%) o ensino superior completo, 4 (21%) o ensino superior em curso e 1(5,2%) ensino fundamental completo. Observa-se que, cada vez mais, há a busca pela profissionalização com o aumento da escolaridade da população, o que não foi diferente em relação aos dados desse perfil.

Referente ao tempo de atuação na ESF, entre o período de 6 a 10 anos foi referido por 9 (47,5%) dos participantes, entre 11 a 15 anos houve 2 (10,5%) ACS,

entre 16 a 20 anos houve 2 (10,5%) ACS, maior que 20 anos apenas 1 (5,2%) ACS e 5 (26,3%) não responderam. Já em relação a capacitação e formação complementar, 8 (42,1%) ACS do estudo disseram que não participaram de capacitação e não tem outra formação, 10 (52,7%) referiram outra formação e/ou capacitação e 1 (5,2%) não opinou.

Como responsável pela casa, 10 (52,7%) ACS referiram serem eles mesmos os responsáveis, 6 (31,6%) o cônjuge, 2 (10,5%) relataram não haver chefe e 1 (5,2%) ACS referiu ser o chefe o pai e/ou mãe. Sobre a renda, 11 (58%) relataram receber entre 1 até 1,5 salários mínimo, 6 (31,5%) até 1 salário mínimo e 2 (10,5%) entre 1,5 a 2 salários mínimos. Por fim, no que concerne sobre carga horária, 13 (68,5%) ACS referiram trabalhar 40h semanais, 5 (26,3%) ACS 30h semanais e 1(5,2%) não respondeu.

No tocante a análise das questões norteadoras, emergiram duas categorias, a saber: “O processo de trabalho em saúde e suas condições” e “*A óptica oposta: a desvalorização dos ACS pelos usuários*”, sendo que da primeira categoria surgiram duas subcategorias, intituladas como: “as tecnologias e o ACS – Obstáculos para a realização da dinâmica do cuidar” e “Os riscos no território – reconhecimento dos possíveis agravos à saúde do trabalhador”. Ambas estão descritas, discutidas e analisadas no decorrer do texto, e fundamentada teoricamente com o intuito de alcançar os objetivos propostos.

O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E SUAS CONDIÇÕES.

O Agente Comunitário de Saúde, que se encontra inserido na equipe de saúde da família, tem como funções desenvolver atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças que deverão ser aplicadas na comunidade, sob supervisão competente. Para desenvolver essas ações, eles utilizam como estratégia de trabalho a visita domiciliar, estratégia essa, que é dada ênfase pelos ACS do estudo em suas falas, como mecanismo para o seu processo de trabalho. Nessa

perspectiva, as transcrições abaixo mostram como a atividade laboral do ACS ocorre:

“Fazendo visita domiciliar”. (ACS 17)

“Nós somos responsáveis por visitas domiciliares, cadastro, mapeamento da área em que atuamos, busca ativa para pessoas de vulnerabilidade social entre outros”. (ACS 7)

“Faço visitas domiciliares e interação entre usuário e a UBSF, informando as atividades de saúde, etc. Busca ativa levando informação do posto ao usuário e vice-versa”. (ACS 13)

A visita domiciliar foi destacada pela maioria dos ACS, sendo assim percebe-se que tal ação é uma ferramenta potencializadora do processo laboral desse trabalhador, nossa pesquisa corrobora com o estudo de Andrade e Cardoso (2017), que apontou a importância dessa atividade como os fazeres que denotam acolhimento, vínculo e cuidado. É a partir da visita que se estabelece o vínculo e a confiança dos usuários para com a equipe de saúde. Diante dessa ação importante, Maciazeki-Gomes *et al.* (2016), traz que o ACS apresenta condições de promover uma atenção diferenciada, no que se refere à saúde das pessoas, ao realizar visitas domiciliares e utilizar uma linguagem acessível. Logo, o ACS agindo como elo entre a comunidade e a UBS, facilita o diálogo com os usuários, promovendo a sua acessibilidade aos serviços de saúde.

É a partir da visita domiciliar que o profissional passa a estabelecer uma conexão com a família assistida, podendo analisar as individualidades e detectar os problemas de cada núcleo familiar, tornando-se apto a fazer um diagnóstico de saúde da comunidade e informando à equipe de saúde da família, no intuito de elaborarem estratégias que visem suprir a demanda e as necessidades da população. Dessa forma, os ACS, por meio da visita domiciliar, podem melhorar o acesso aos cuidados e facilitar o uso dos recursos de saúde, contribuindo para a continuidade da assistência à comunidade.

É devido a importância dessa atividade que o ACS vem recebendo destaque nas últimas décadas. Tal ênfase é justificada pelo crescimento da Estratégia de Saúde da Família em âmbito Nacional, e em especial, nas regiões metropolitanas (COSTA *et al.*, 2013). Esse destaque contribui também para sua satisfação pessoal, pois ao perceber que suas ações contribuíram positivamente para a saúde de um ser humano, eles se sentem satisfeitos profissionalmente, como relatado a seguir:

“Trabalho árduo, difícil, espinhoso, mas apesar das dificuldades, é muito prazeroso quando nós conseguimos nossos objetivos, que é trazer o usuário à unidade para passar pelo médico, fazer tratamento e no final ouvir eles nos dizer graças à Deus e a tu mulher eu fiquei bom (ou boa)”. (ACS 15)

Apesar dos entraves encontrados, os agentes geralmente se mostram satisfeitos pelo reconhecimento do seu trabalho. Para Nascimento *et al.* (2017), essa interação entre o ACS e o usuário é realizada através de uma cooperação mútua, tornando viável a construção de um vínculo e facilitando a aderência da população à ESF e a aceitação da equipe.

Outro ponto a ser destacado é que o ACS tem consciência do seu papel na prevenção de doenças e promoção da saúde, como explicitado abaixo:

“Um processo voltado para a prevenção e promoção à saúde”. (ACS 14)

“...possamos colocar em prática busca ativa de dados que venha a melhorar a qualidade de vida e situação social da população assistida. Para isso praticamos junto a comunidade formas de assistência (identificar, orientar e encaminhar) acerca das situações epidemiológica da área. Assim, deixamos claro a função do ACS como membro da ESF”. (ACS 9)

A maioria dos entrevistados realiza atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, o que está em consonância com Araújo e Assunção (2014), cujo trabalho demonstrou que os ACS têm atuado de maneira bastante ampla, por meio da vigilância à saúde, com controle pré-natal e da imunização, uso adequado de medicamentos, controle da dengue, melhoria dos hábitos de higiene, entre outros, e educação para a saúde, utilizando a orientação individual e em grupo e divulgação do conhecimento para a coletividade.

É competência do ACS, no exercício da sua prática, a capacidade de articular conhecimentos e valores requeridos nas diferentes situações de trabalho. O profissional deve realizar ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação em saúde embasados numa concepção de promoção de qualidade de vida e desenvolvimento de autonomia dos indivíduos, por meio da formação de vínculos e estabelecimentos de confiança com a comunidade. Nosso estudo corrobora com Lanzoni *et al.* (2014), que refere que a interação entre o ACS, a equipe de saúde e a comunidade é fundamental para se desenvolver as ações no processo cuidativo do ACS.

É importante referir também, sobre outras ações desenvolvidas pelos ACS, que são elencadas na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), como por exemplo informar ao usuário sobre as datas e horários dos exames agendados, entretanto, por conta da falta de profissionais na equipe, essas atividades elencadas ganham ações adicionais, como por exemplo, a marcação de consultas relatadas a seguir:

"Sou responsável por agendamentos de consultas de crianças até 2 anos; acompanhamento do idoso, gestante, hipertenso, diabético, acamado etc. entregar exames". (ACS 18)

Percebe-se que no agir profissional do ACS há várias nuances em seu processo de trabalho, os agentes assumem funções administrativas como marcação de consultas e exames, conferência de estoque de material de escritório e médico-hospitalar, dentre outras. Para Costa *et al.* (2013), isso se deve à falta de

recursos humanos para realizar tais funções, ficando estas então a cargo dos ACS, o que muitas vezes sobrecarrega estes profissionais. A justificativa apontada pelo estudo é que os agentes se sentem responsáveis pela comunidade devido sua identificação com a população. Por viver no território em que atua, o ACS se sente na obrigação de suprir as demandas dos moradores da sua microárea, executando funções que não são da sua competência.

Portanto, verifica-se que por vezes, os agentes exercem ações que não são de sua responsabilidade na sua prática diária. A realização de serviços administrativos pode sobrecarregar os ACS, interferindo diretamente na execução das atividades que são próprias deste profissional.

As tecnologias e o ACS – Obstáculos para a realização da dinâmica do cuidar.

As atividades desenvolvidas pelos ACS estão envoltas de dificuldades para a sua execução. As condições precárias de material, insumos para a assistência, além de condições precárias da UBS foram referidos como entraves para a prática laboral desses profissionais. Como abordado a seguir:

“Falta de material de expediente, condições precárias da UBSF em que sou lotado”. (ACS 7)

“Falta de material de trabalho; falta de medicamento; marcação de consultas”. (ACS 8)

Essa realidade dificulta uma assistência de qualidade para o usuário, com ações que efetivamente propiciem a promoção e proteção da saúde. Alonso et al (2018) afirma essa dificuldade ao referir em seu estudo que os obstáculos no trabalho dos ACS perpassam pelos problemas do sistema de saúde, que não consegue suprir de forma adequada a demanda dos usuários, observando-se a

falta de vagas para consultas e exames, insumos e medicamentos. Sendo assim, diante desta realidade, o incremento nos investimentos para a saúde pelas esferas de governos, possibilita o fortalecimento do SUS, através de um cuidado integral, suprimindo as necessidades dos usuários, nos três níveis de atenção.

Ressalta-se ainda, a desmotivação que os ACS estão sujeitos com a precariedade em que o seu agir profissional está sendo submetido, como referido no relato acima. Corrobora com tal pensamento Broch (2017) que relata que a realidade diante do cenário de precariedade é tida como uma estratégia de enfrentamento.

O enfrentamento faz-se necessário, já que a desmotivação laboral pode propiciar sofrimento psíquico ao trabalhador. De acordo com Dejours (2017) quando as condições de trabalho se configuram como fonte de frustração, há um sofrimento mental, que pode trazer como consequências os surgimentos de patologias psíquicas.

A falta de capacitação também foi exposta como problemática nas ações dos ACS. Os profissionais precisam estar atualizados com os conhecimentos que perpassam as suas ações, para que a qualidade de suas orientações e condutas sejam embasados em conhecimentos validados cientificamente, propiciando assim, uma assistência de qualidade para os usuários com ações eficazes e efetivas. Para tal discurso, reporta-se a fala de um ACS o qual explicita essa dificuldade:

“Falta de capacitação, falta de material como: protetor, fardamento, em geral, falta de medicação e de médico”. (ACS 12)

Essa dificuldade na capacitação também foi evidenciada em outros estudos como o de Cordeiro e Soares (2015), no qual referem que os ACS discutiram a precariedade da formação, retratando as contradições existentes no trabalho, visto que executam sua parcela mais complexa, embora sejam os que apresentam menos capacitação técnica em saúde.

A falta de equipamento de proteção individual (EPI) também foi levantada como uma causa de dificuldade assistencial, como abordado no relato supracitado sobre a carência de protetor solar. Por conseguinte, é necessário o cuidado com a saúde do trabalhador, visto que as injúrias que podem resultar do seu processo de trabalho acarretam desmotivação laboral, baixa qualidade assistencial, altas taxas de abandono do trabalho, além de onerar ainda mais o sistema de saúde. Nesse contexto, a prevenção e o cuidado com a saúde do trabalhador é primordial diante de tais perspectivas e no cenário de vigilância em saúde.

Não apenas a falta de tecnologia material e capacitação foi levantada como problema em suas atividades, a insuficiência de trabalhadores da saúde também foi explicitado, bem como a descontinuidade da assistência:

“Todas dificuldades: sem material, não tem médico, não tem remédio”. (ACS 17)

“As dificuldades são muitas, pois muitas das nossas ações dependem da continuação de outros profissionais envolvidos”. (ACS 14)

Conforme Baralhas e Pereira (2013), a descontinuidade do trabalho, propicia a perda da credibilidade dada pelo usuário ao atendimento da UBS. Portanto, quando o usuário é orientado pelo ACS a procurar os serviços e não consegue acessá-lo, seja pela falta de vaga, pelo mau atendimento ou pela falta do profissional, passa a ter desconfiança no trabalho de toda a equipe.

Logo, a descontinuidade do cuidado, é vista como resultado da falta de alguns profissionais na equipe, deixando-a incompleta, dificultando assim a coesão em suas ações. Para um cuidado adequado é necessária toda a equipe, concomitantemente, exercendo suas respectivas funções para um único objetivo, a atenção as necessidades do usuário, primando pelo “usuário centrado”. Entretanto, quando um elemento desse grupo deixa de fazer o seu papel, causa consequências

no cuidado como um todo, já que não haverá a continuidade das ações em saúde, enfraquecendo assim o vínculo entre os profissionais e os usuários.

Os riscos no território – reconhecimento dos possíveis agravos à saúde do trabalhador.

As condições do território também foram expostas pelos ACS como fator limitante de seu trabalho. A violência na qual são expostos foi explanada como uma fragilidade em seu agir profissional, como relatado a seguir:

“A insegurança (violência na cidade) e muitas outras”. (ACS 13)

“Estamos expostos, principalmente a lugares de risco”. (ACS 14)

O crescimento da violência nos centros urbanos e nas periferias tornam os ACS mais susceptíveis às suas consequências, já que eles estão diretamente na comunidade, vulneráveis a tais situações. Conforme Baralhas e Pereira (2013), o trabalho do ACS traz inquietações que envolvem questões relacionadas ao fato de esses profissionais vivenciarem, no cotidiano do trabalho, situações como pobreza, desigualdade social, violência, abandono, doença.

Não obstante, segundo Riquinho *et al.* (2018) os ACS conviviam com situações limites em suas atividades na comunidade, como casos de violência, tais como agressões, abandono e abuso sexual. Isso nos permite refletir que o convívio com condições complexas como estas, fazem com que possa haver um (des) cuidado dos ACS em seu trabalho, já que por vezes, eles podem se sentir oprimidos ou medrosos em denunciar essas situações as autoridades competentes, por receio de retaliação dos que praticam a violência. Essa situação complexa, interfere

em sua saúde mental, e ao estarem expostos a violência, podendo ser vítima dela, pode interferir em sua saúde física.

Diante dessas perspectivas, Castro e Silva (2014), corroboram com a ideia supracitada ao revelar que o conhecimento do dia a dia do ACS contribui para uma reflexão crítica sobre o processo de trabalho e a formação da identidade profissional. Ressaltando que no contexto de vulnerabilidade a qual estão expostos, pode desencadear intenso sofrimento, acarretando prejuízos à saúde do trabalhador.

É salutar também referir que o abandono, pelas autoridades competentes de políticas públicas no território também foi levantado como prejuízo para assistência:

“A área ser uma das mais pobres e pouco vista pelas autoridades competentes. É uma área que apresenta uma infra-estrutura deficiente e precária”. (ACS 7)

Em seu estudo, Silva e Andrade (2013) nos traz essa perspectiva referida pelos ACS como problemática em seu cotidiano laboral ao explicar que a falta de saneamento básico, de pavimentação adequada, a degradação do rio e a violência são problemas comuns, destacados pelos agentes comunitários de saúde. Logo, um cuidado maior das autoridades competentes com as comunidades, facilitaria ações de saúde para a prevenção de doenças.

É sabido que para isso aconteça, a própria população precisa agir e refletir sobre as situações nas quais são submetidas, tentando mudar sua realidade através da valorização do seu voto no período eleitoral e promovendo o controle social, por meio da participação nos Conselhos de Saúde, permitido pela Lei 8.142/90. Com esta Lei, fica garantida a presença e participação da população nas discussões dos Conselhos de Saúde, o que possibilitará aos cidadãos brasileiros o direito de exercer sua cidadania por meio do controle social. Os conselheiros desempenham um papel fundamental na consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, especialmente no que se refere ao seu poder deliberativo nas ações em saúde.

Nesse sentido, faz-se necessário o fortalecimento e implementações dos conselhos locais de saúde, participação ativa e efetiva da população nas conferências municipais, estaduais e nacional. A participação da população fortalece as propostas e o melhoramento das ações para a comunidade, fomentando o empoderamento dos usuários. (BRASIL, 1990).

Por conseguinte, ao exercer o seu papel na comunidade os ACS estão expostos as inúmeras situações que podem acarretar prejuízos a sua saúde. Por isso, a reflexão para com o processo de trabalho dessa categoria e a sua valorização deve ser exaltada a cada dia, visto que suas ações de cuidado são essenciais no processo saúde-doença.

A ÓPTICA OPOSTA: A DESVALORIZAÇÃO DOS ACS PELOS USUÁRIOS.

Em seu processo de trabalho, muitas vezes, o ACS é desvalorizado, visto que ao tentar solucionar os problemas da comunidade, que por vezes, não obtém êxito, a comunidade inicia um processo de desconfiança e perda de vínculo. Oliveira *et al.* (2012) relata em seu estudo sobre a duplicidade de papéis do ACS, desafiando a manutenção do vínculo com a comunidade. Trazendo relatos sobre a resistência da comunidade para receber o ACS, chegando a fechar a porta ou se negar a recebê-lo na visita domiciliar. A narrativa a seguir nos relata situação similar vivenciada pelos ACS do nosso estudo:

“Pessoas que muitas vezes se quer abrem as portas para nos receber”. (ACS 13)

Cordeiro e Soares (2015), nos relatam esta situação, ao referir que o lugar ocupado pelo ACS propicia sentimentos contraditórios e desgaste, pois muitas vezes ele é tido como super-herói, solucionador dos impasses tanto do usuário quanto da instituição. Entretanto, ao não conseguir solucionar o problema, vai perdendo o reconhecimento pela comunidade. Outro ponto abordado foi a baixa escolaridade da população, como fator que estimula a desvalorização do ACS:

“Sabemos que uma das maiores formas de prevenção seria uma boa educação. Porém o número de áreas assistidas, tem como clientela pessoas de baixa escolaridade. Além disso, o sistema não funciona conforme a ESF deveria ter como fundamento.” (ACS 9).

A baixa escolaridade da população assistida exalta esse sentimento de responsabilidade direcionado apenas ao ACS, nesse sentido é importante frisar que é necessário potencializar a corresponsabilidade das ações de saúde, entre o usuário e a equipe. O ACS precisa ser visto como um facilitador das ações, do acesso a ESF e da promoção e prevenção da saúde. Contudo a comunidade precisa compreender que ela também é responsável pelo processo saúde-doença. Problema esse exposto por alguns ACS, nesse estudo:

“Muitas pessoas que não querem ir ao UBS.” (ACS 15)

*“Falta de compromisso dos usuários em fazer seus tratamentos.”
(ACS 16)*

Além disso, é preciso refletir sobre as limitações no âmbito da carência do SUS, pois muitas vezes, a dificuldade de acessibilidade, equidade e integralidade na assistência advém de condições maiores, como por exemplo da situação política, gestão e econômica da saúde.

Por fim, Broch (2017) relata que o reconhecimento da gestão e equipe acerca do trabalho do ACS promove a sua valorização, sobretudo auxiliando-os no desenvolvimento de recursos para atender as necessidades dos usuários. Portanto, faz-se necessário ressaltar e valorizar a importância do ACS na ESF, tanto pelo gestor, equipe, quanto pelos os usuários, pois o ACS desempenha importante função na atenção básica e reconhecer os benefícios de suas ações propiciará o fortalecimento do SUS.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegando ao término desse estudo é salutar referir que os objetivos desse estudo foram contemplados, visto que o discurso dos participantes nos permitiu conhecer o seu perfil sociodemográfico, bem como o desvelar do seu processo de trabalho.

A partir da reflexão e análise dos dados, propomos que haja uma maior capacitação dos ACS sobre assuntos relacionados ao cotidiano de seu trabalho. Essa proposta versa no sentido de que, ao prepararmos os profissionais de uma forma adequada, embasados no conhecimento científico, haverá uma melhoria na qualidade da assistência aos usuários, formando assim profissionais reflexivos, críticos e ativos em suas ações. Sugerimos também, que os demais profissionais da equipe, ressalte ao usuário a importância de receber o ACS em seu domicílio, valorizando assim a visita domiciliar, no intuito de que o ACS não seja menosprezado por alguns e possa exercer o seu papel sem entraves e rejeição no processo laboral.

Ressaltamos também que há a necessidade de maior investimento na saúde, pois a precariedade na assistência através da falta de materiais, medicamentos e profissionais, traz como consequência limitações na qualidade da assistência, acarretando assim, a descontinuidade do cuidado. É importante inferir também sobre a necessidade de investimentos em segurança pública, já que o ACS, por vezes, exerce o seu trabalho sujeito a violências em áreas de risco.

Por conseguinte, concluímos esta pesquisa, reafirmando que o próprio usuário precisa entender que ele é responsável pela sua situação de saúde. Para isso, deve haver uma sensibilização por partes dos profissionais para com os usuários sobre esse aspecto, demonstrando que para a prevenção de doenças e promoção da saúde é necessária responsabilidade de todos os envolvidos fortalecendo a (co)responsabilização.

Por fim, reforçamos a necessidade de uma maior valorização dos ACS, através do incremento salarial, disponibilização de EPIs, formação de profissionais

capacitados através da Educação Permanente em Saúde - EPS, para a partir disso permitir novos estudos no intuito de dar maior visibilidade aos agentes comunitários de saúde em seu processo de trabalho, já que eles são profissionais essenciais no contexto da atenção básica desse país.

REFERÊNCIAS

ALONSO, C.M.C et al. **Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: Metassíntese**. Revista de Saúde Pública. 2018; 52:14. Artigo Original.

ANDRADE, Viviane Milan Pupin; CARDOSO, Cármen Lúcia. **Visitas Domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde: Concepções de Profissionais e Usuários**. Psico-USF, v. 22, n. 1, p. 87-98, 2017.

ANDREOLLA, R. **Uma imersão em estágio psi na Atenção Básica em Saúde: (n)a trama da vida “os dramas de cada dia”**. 2013. 36f. (Trabalho de Conclusão de Curso) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2013.

ARAÚJO, Maria Rizoneide Negreiros; ASSUNÇÃO, Raquel Silva. **A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças**. 2014.

BARALHAS, M.; PEREIRA, M.A.O. **Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência**. Rev Bras Enferm, Brasília. 2013 mai-jun; 66(3): 358-65.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 13.595, de 5 de Janeiro de 2018**. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2018/lei-13595-5-janeiro-2018-786068-publicacaooriginal-154714-pl.html>. Acessado em 02/08/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 4.279**, de 30 de Dezembro de 2010. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf Acessado em 02/08/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** Brasília , 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. **Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_confmundial/docs/l8142.pdf. Acessado em: 17/07/2018 às 16:57h

BRASIL. Ministério da saúde. **Lei Nº 10.507, de 10 de Julho de 2002.** Disponível em <http://www.saude.mt.gov.br/atencao-a-saude/arquivo/1398/normatizacoes>. Acessado em: 31/07/2018.

BRASIL. **Saúde da família no Brasil: linhas estratégicas para o quadriênio 1999/2002.** Ministério da Saúde, Brasília, 1999.

BRIGADÃO JIM, GONÇALVES R. **Oficinas de promoção de saúde: discutindo os dilemas do cotidiano de um grupo de agentes comunitárias de saúde.** Paideia. 2009;19(44):387-93.

BROCH, D. **Desafios na atuação dos agentes comunitários: compreensão da determinação social da saúde e das condições de trabalho.** Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Porto Alegre. 2017.

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.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1509-20, 2010.

CASTRO e SILVA, C.R.; et al. **Participação social e a potência do agente comunitário de saúde.** Psicologia & Sociedade, 26 (n. spe. 2), 113-123. 2014.

CORDEIRO, L.; SOARES, C.B. **Processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde: pesquisa-ação com Agentes Comunitários de Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 20(11):3581-3588, 2015.

CÔRREA, Carlos et al. **O Agente comunitário de saúde: uma história analisada.** Rua, 2010.

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

DAVID, H. M. S. L. **O papel do agente comunitário de saúde no fortalecimento da educação popular em saúde** The role of the community health worker to strengthen popular education in health. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 9, n. 2, p. 371-378, 2017.

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

DO NASCIMENTO, Vagner Ferreira et al. **PERCEÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE VISITA DOMICILIÁRIA APÓS APERFEIÇOAMENTO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.** Revista de APS, v. 20, n. 3, 2017.

FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. G. C; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica.** Trab. educ. saúde, v. 11, n. 3, p. 525-552, 2013.

FORTUNA, Cinira Magali. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde produzindo e reproduzindo-se em subjetividade-em busca do desejo, do devir e de singularidades**. 1999. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo 2017**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html?t=destaques&c=2504009>. Acesso em: 22 de abril de 2018.

LAKATOS, E.M; MARCONI, M.A. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1992.

LINO, M.M.; LANZONI, G. M. de M.; ALBUQUERQUE, G L; SCHVEITZER M. C. **Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos agentes comunitários de saúde**. Cogitare Enfermagem, v. 17, n. 1, p. 57-64, jan./mar. 2012.

MACIAZEKI-GOMES, R. de C.; SOUZA, C. D.; BAGGIO, L.; WACHS, F. **O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios**. Ciência & Saúde Coletiva, 21(5):1637-1646, 2016.

MARCELLINO DE MELO LANZONI, Gabriela; CECHINEL, Caroline; HÖRNER SCHLINDWEIN MEIRELLES, Betina. **Agente Comunitário de Saúde: estratégias e consequências da sua ede de relações e interações**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 15, n. 1, 2014.

MARTINES, Wânia Regina Veiga; CHAVES, Eliane Corrêa. **Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 41, n. 3, p. 426-433, 2007.

MEDEIROS, João Bosco. **Redação Científica: a prática de fichamentos, resumos, resenhas**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

OLIVEIRA, D.T. et al. **Percepções do agente comunitário de saúde sobre sua atuação na estratégia saúde da família**. Cogitare Enferm. 2012 Jan/Mar; 17(1):132-7.

PERES, Cássia Regina Fernandes Biffe et al. **O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. 4, p. 905-911, 2011.

RIQUINHO, D.L.; et al. **O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 163-182, jan./abr. 2018.

SANTOS, I.E.R; VARGAS, M.M; REIS, F. P. **Estressores laborais em Agentes Comunitários de saúde.** Revista Psicologia: Organizações e Trabalho, 14(3), jul-set 2014, pp. 324-335 ISSN 1984-6657.

SHIMIZU, Helena Eri et al. **O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, p. 2405-2414, 2012.

SILVA, N. C.; ANDRADE, C. S. **Agente comunitário de saúde: questões ambientais e promoção da saúde em comunidades ribeirinhas.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 11 n. 1, p. 13-128, jan./abr. 2013

SILVA, Simone Albino; BAITILO, Tamara Cristina; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. **Avaliação da atenção primária à saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a estratégia de saúde da família.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 23, n. 5, p. 979-987, 2015.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco; 2002

STEIN, A.T; FERRI, C.P. **Inovação e avanços em atenção primária no Brasil: novos desafios.** Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. 2017;12(39):1-4.

TAFNER. E. P.; SILVA, R. **APOSTILA DE METODOLOGIA CIENTÍFICA.** Metodologia da Pesquisa Científica. Administração, Ciências Contábeis, Design de Moda, Publicidade e Propaganda, e Sistemas de Informação. Associação Educacional do Vale do Itajaí-Mirim (ASSEVIM), 2007

TOMAZ, José Batista Cisne. **O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói".** Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 6, p. 84-87, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. IDENTIFICAÇÃO

Sexo: () Feminino () Masculino

Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a)
() Viúvo(a) () separado(a)

Número de filhos: _____ Religião: _____

Faixa etária:

Raça :

- | | | |
|------------------|------------------|----------------|
| () 20 a 25 anos | () 41 a 45 anos | () Branco (a) |
| () 26 a 30 anos | () 46 a 50 anos | () Pardo (a) |
| () 31 a 35 anos | () > 50 anos | () Preto (a) |
| () 36 a 40 anos | | |

Tempo de atuação na ESF:

Escolaridade :

- | | |
|----------------------|-----------------------------------|
| () menos de um ano | () Ensino Fundamental Incompleto |
| () entre 1 e 5 anos | () Ensino Fundamental Completo |
| () de 6 a 10 anos | () Ensino Médio Completo |
| () de 11 a 15 anos | () Ensino Superior em Curso |
| () de 16 a 20 anos | () Ensino Superior Completo |
| () mais de 20 anos | |

Tem alguma formação/capacitação? Caso sim, qual o curso?

Chefe de família/principal responsável pela casa :

- () Eu mesmo (a)
() Cônjuge/Companheiro
() Pai ou Mãe
() Não tem chefe/principal responsável
() Outra pessoa

Renda do ACS :

- () Até 1 salário mínimo
() Maior que 1 até 1,5 salários mínimos
() Maior que 1,5 até 2 salários mínimos
() Maior que 2 salários mínimos

Qual a sua carga horária de trabalho? _____

2. QUESTÕES NORTEADORAS

- a. Como ocorre o processo de trabalho dos ACS?
- b. Quais as fragilidades e potencialidades encontradas no processo de trabalho dos ACS?

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “Agente Comunitário de Saúde: Perfil social e processo de trabalho – uma caracterização das UBSFS do distrito sanitário I de campina grande (PB)”. Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- ❖ O voluntário receberá uma cópia do TCLE
- ❖ O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo;
- ❖ A presente pesquisa oferecerá risco mínimo aos participantes uma vez que não será realizada intervenção, podendo estes riscos serem de ordem moral, o que poderiam ocasionar algum constrangimento. Assim, os riscos serão evitados e minimizados, explicitando aos participantes a forma de realização da pesquisa, e só o incluiremos no estudo, conforme sua permissão mediante assinatura do TCLE;
- ❖ A pesquisa promoverá como benefícios, melhoria no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, otimizando a transformação das práticas em saúde. Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial;
- ❖ Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável;

Estas condutas serão seguidas em cumprimento da Resolução nº 466/12, que revoga a Resolução nº 196/96, a fim de cumprir o que determina as pesquisas que envolvem seres humanos. Somando-se a essa finalidade, o TCLE será assinado em duas vias, a fim que uma fique com o pesquisador e outra com o entrevistado.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 9.9690-4554, endereço institucional da pesquisadora: Avenida Juvêncio Arruda, nº 795. Bodocongó, Campina Grande, PB, CEP: 58429-600.

Campina Grande ____ de _____ de 2018.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Respondente do estudo

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Educação Permanente para os Agentes Comunitários de Saúde: Estratégia no processo de trabalho

Pesquisador: Gisetti Corina Gomes Brandão

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65858717.9.0000.5182

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.014.426

Apresentação do Projeto:

O projeto tem como instituição proponente a Unidade Acadêmica de Enfermagem - CCBS-UFCG. É um estudo tipo pesquisa-ação com abordagem qualitativa

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Analisar e discutir o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde à luz da educação permanente em saúde

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar o perfil dos agentes comunitários de saúde;

Descrever as ações efetuadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) referentes ao seu processo de trabalho;

Identificar os processos que facilitam e os que dificultam o processo de trabalho dos ACSs;

Transformar as práticas cotidianas dos ACSs através da educação permanente em saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

risco mínimo aos participantes uma vez que não será realizada intervenção, podendo estes riscos serem de ordem moral, o que poderiam ocasionar algum constrangimento.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

Continuação do Parecer: 2.014.426

BENEFÍCIOS:

melhoria no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, otimizando a transformação das práticas em saúde. Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial;

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa avaliará a necessidade de educação e capacitação constante dos agentes comunitários da saúde, por ser este profissional o elo entre a comunidade e os postos de saúde, auxiliando esse agentes em seu processo de trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou a seguinte documentação:

- 1 - Informações básicas do projeto.
- 2 - Termo de divulgação dos resultados
- 3 - Projeto detalhado.
- 4 - Termo de consentimento livre e esclarecido.
- 5 - Folha de rosto.
- 6 - Termo de compromisso do pesquisador.
- 7 - Termo de autorização institucional.
- 8 - Instrumento de coleta de dados, Orçamento e Cronograma - dentro do projeto completo
- 9 - Termo de compromisso de divulgação dos resultados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pelo dados apresentados somos pela sua aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acatou o parecer APROVADO do relator em reunião realizada em 11 de abril de 2017.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--------------------------------|--|------------------------|---------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_836438.pdf | 16/03/2017 15:03:44 | | Aceito |
| Outros | TERMODIVULGACAODOSRESULTAD OS.pdf | 16/03/2017 15:03:02 | Gisetti Corina Gomes Brandão | Aceito |

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.014.426

| | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------|---------------------------------|--------|
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETODETALHADO.pdf | 13/03/2017 08:01:15 | Gisetti Corina Gomes Brandão | Aceito |
| Outros | DIVULGACAODOSRESULTADOS.pdf | 13/03/2017 07:57:19 | Gisetti Corina Gomes Brandão | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 13/03/2017 07:52:11 | Gisetti Corina Gomes Brandão | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHADEROSTO.pdf | 06/02/2017 15:56:26 | Gisetti Corina Gomes Brandão | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | TERMO2.pdf | 05/12/2016 10:26:30 | Gisetti Corina Gomes Brandão | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | TERMO3.pdf | 05/12/2016 10:25:56 | Gisetti Corina Gomes Brandão | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | TERMO1.pdf | 05/12/2016 10:23:30 | Gisetti Corina Gomes Brandão | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TERMO.docx | 05/12/2016 10:02:12 | Gisetti Corina Gomes Brandão | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.docx | 05/12/2016 10:01:14 | Gisetti Corina Gomes Brandão | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA.docx | 05/12/2016 09:57:24 | Gisetti Corina Gomes Brandão | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 12 de Abril de 2017

Assinado por:
Januse Nogueira de Carvalho
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br