

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO – EPSJV
MESTRADO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Monique Nunes Fiuza Dias

O OLHAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PARA A SUA PRÁTICA
PROFISSIONAL:
trabalho previsto, trabalho real e a influência dos processos de formação

Rio de Janeiro
2020

Monique Nunes Fiuza Dias

O OLHAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PARA A SUA PRÁTICA
PROFISSIONAL:

trabalho previsto, trabalho real e a influência dos processos de formação

Dissertação apresentada à Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
como requisito à obtenção do título de
mestre em educação.

Orientadora: Angélica Ferreira Fonseca

Rio de Janeiro

2020

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

D541o

Dias, Monique Nunes Fiuza

O olhar do agente comunitário de saúde para a sua prática profissional: trabalho previsto, trabalho real e a influência dos processos de formação / Monique Nunes Fiuza Dias. - Rio de Janeiro, 2020.

96 f.

Orientadora: Angélica Ferreira Fonseca

Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde, 2020.

1. Educação Profissionalizante. 2. Agentes Comunitários de Saúde. 3. Qualificação Profissional em Saúde no DECS. 4. Educação em Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Fonseca, Angélica Ferreira. II. Título.

CDD 370.113

Monique Nunes Fiuza Dias

O OLHAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PARA A SUA PRÁTICA
PROFISSIONAL: trabalho previsto, trabalho real e a influência dos processos de
formação

Dissertação apresentada à Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
como requisito à obtenção do título de
mestre em educação.

Aprovada em 07/04/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Angélica Ferreira Fonseca – FIOCRUZ/EPSJV

Prof^ª Dr^ª Marcia Valéria Morosini – FIOCRUZ/EPSJV

Prof^ª Dr^ª Mary Ann Freire - UFRJ

RESUMO

Diversos avanços foram observados no campo da saúde desde a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), onde a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi se estabelecendo como principal forma de reorganização da atenção à saúde, deslocando o foco hospitalocêntrico e valorizando as ações de prevenção e promoção da saúde. Os Agentes Comunitários de Saúde fortaleceram o enfoque territorial, contribuíram para que a educação em saúde ganhasse destaque tornando-se trabalhadores com papel central na mudança de modelo. As ações dos ACS geram impactos positivos sobre os determinantes e condicionantes da saúde. O presente estudo tem por objetivo promover a discussão sobre a relação entre a qualificação e a formação profissional do ACS e seus reflexos no cotidiano da sua prática e, de forma mais específica, identificar os processos de que estes sujeitos indicam com mais relevantes. Para isso, analisou-se dados de entrevistas com 20 ACS das cinco regiões brasileiras, parte de um projeto mais amplo, de base qualitativa. Com base na análise de conteúdo das entrevistas foi possível compor duas categorias de análise: “o saber acumulado do ACS” e a “valorização das atribuições sob a ótica do próprio profissional”. Como fruto da primeira categoria foi possível registrar que os ACS passaram por alguns processos diretamente voltados para a prática profissional, com destaque ao PROFAE e CTACS; bem como cursos curtos e pontuais sobre temas especificamente ligados às atividades de coleta de dados ou temas relacionados as linhas de cuidado ou a epidemia de arboviroses. O ACS ressalta a importância do conhecimento empírico adquirido na rotina e nas trocas com os outros colegas de trabalho, sendo a principal referência o enfermeiro. Quanto à segunda categoria é possível observar a dicotomia entre o trabalho interno/burocrático e o trabalho no território, o qual é valorizado e reconhecido pelo ACS. Há, entre os entrevistados, dificuldade em identificar que atividades lhe são formalmente previstas. Conclui-se que o ACS atribuiu valor às raízes de atuação, o trabalho educativo no território e que o trabalho real é mais amplo que o trabalho previsto. Indica-se que a incorporação de inúmeras atividades se deve ao déficit de profissionais e a forma vaga com que as políticas de saúde tratam estes trabalhadores, em especial o principal documento que norteia a atenção básica a Política Nacional de Atenção Básica.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Agente Comunitário de Saúde; Educação Profissional em saúde; Qualificação profissional; Trabalho em saúde.

ABSTRACT

Several advances have been observed in the health field since the institution of the Unified Health System (SUS), where the Family Health Strategy (FHS) was established as the main form of reorganization of health care, moving the hospital-centered focus and valuing the prevention and health promotion actions. Community Health Agents strengthened the territorial focus, contributed to health education gaining prominence by becoming workers with a central role in changing the model. The ACS actions generate positive impacts on health determinants and conditions. The present study aims to promote the discussion about the relationship between the ACS qualification and professional training and its reflexes in the daily practice of their practice and, more specifically, to identify the processes that these subjects indicate with the most relevance. For this, data from interviews with 20 ACS from the five Brazilian regions were analyzed, part of a broader project, with a qualitative basis. Based on the content analysis of the interviews, it was possible to compose two categories of analysis: “the accumulated knowledge of the ACS” and the “valuation of the attributions from the perspective of the professional himself”. As a result of the first category, it was possible to register that the ACS went through some processes directly focused on professional practice, with emphasis on PROFAE and CTACS; as well as short and specific courses on topics specifically linked to data collection activities or topics related to lines of care or the arbovirus epidemic. The ACS emphasizes the importance of empirical knowledge acquired in routine and exchanges with other co-workers, the nurse being the main reference. As for the second category, it is possible to observe the dichotomy between internal / bureaucratic work and work in the territory, which is valued and recognized by the ACS. Among the interviewees, it is difficult to identify which activities are formally planned. It is concluded that the ACS attributed value to the roots of action, the educational work in the territory and that the real work is broader than the predicted work. It is indicated that the incorporation of numerous activities is due to the deficit of professionals and the vague way in which health policies treat these workers, in particular, the main document that guides primary care to the National Policy of Primary Care.

Key words: Primary Health Care; Community Health Agent; Health Professional Education; Professional qualification; Health work.

SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABS – Atenção Básica em Saúde

ACE – Agente Comunitário de Endemias

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AP – Área de Planejamento

APS – Atenção Primária em Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

BF – Bolsa Família

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CaSaps – Carteira de Serviços da Atenção Primária em Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CTACS – Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

EAP – Equipes de Atenção Primária

E-GESTOR AB – E-Gestor Atenção Básica

EPS – Educação Permanente em Saúde

EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ETSUS – Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

HGT - Hemoglicoteste

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDS – Índice de Desenvolvimento Social

MRJ – Município do Rio de Janeiro

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PA – Pressão Arterial

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PBF – Programa Bolsa Família

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PROFAE – Profissionalização de Auxiliares de Enfermagem

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa Saúde da Família

RETSUS – Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde

RH – Recursos Humanos

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico de Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

VD – Visita Domiciliar

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Número de equipes da Estratégia saúde da família e cobertura populacional, por unidade federada, para os anos de 2016 e 2019. _____ 11

Quadro 2- Número de agentes comunitários de saúde, e cobertura, segundo unidade da federação para os anos de 2016 e 2018. _____ 13

Quadro 3- Cenários brasileiros contemplados com a coleta de dados. ____ 35

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 Objetivo Geral	16
2.1 Objetivos Específicos	16
3.1 Justificativa.....	17
2. REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1 A Atenção Primária em Saúde.....	21
2.2 O Agente Comunitário de Saúde: perfil, formação e atribuições.....	25
2.3 A relação trabalho e educação no cotidiano da prática profissional do ACS.	29
3. METODOLOGIA.....	33
2.1 Amostra do estudo	33
2.2 Cenário do estudo	34
2.3 Coleta dos dados.....	35
2.4 Tratamento dos dados.....	35
2.5 Aspectos éticos	36
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	38
4.1 Categoria 1: O saber acumulado do ACS.....	44
4.2 Categoria 2: Valorização das atribuições sob a ótica do próprio profissional	59
5. CONSIDERACOES FINAIS.....	82
6. REFERÊNCIAS	84
7. ANEXOS	91
7.1 Roteiro de Entrevista	91

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 simbolizou um grande marco pela implantação de políticas que afirmam a saúde como um direito, aproximando-se do formato do Estado de Bem Estar Social. No campo da saúde, o maior avanço foi inscrever a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Deste processo, resultou o compromisso com um sistema público de saúde de caráter nacional, o que ocasionou significativas mudanças e avanços na organização da saúde pública no Brasil. Historicamente, o Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de constantes lutas sociais e, desde a sua criação, é norteado por princípios como a universalidade, integralidade e a participação social (GUIMARÃES *et. al*, 2017).

No campo da saúde pública, a Atenção Primária em Saúde (APS), considerada internacionalmente como “uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde da população” (MATTA, MOROSINI, 2009, p. 44) foi adotada por diversos países, desde a década de 60 e 70, como o modelo assistencial que permitiu a ampliação do acesso aos serviços de saúde e, principalmente, a reorientação do olhar e pensar em saúde, com o foco preventivo nas ações em saúde, de caráter coletivo e com base territorial (FAUSTO, MATTA, 2007).

Assim, o Ministério da Saúde, em 2006 ao publicar a primeira Política Nacional de Atenção Básica, define a APS como:

(...) conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem as populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem revolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. E o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuado, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006, p. 10)

A referida reorientação do modelo assistencial se deu, principalmente pela influência da conjuntura internacional, entre elas, destaca-se a organização da

Conferência Mundial de Atenção Primária, em 1978, conhecida como Alma-Ata, no Cazaquistão, da qual resultou a “Declaração de Alma-Ata”. Nesta ocasião a saúde é inscrita como um direito humano e ressalta-se a necessidade de que os determinantes sociais e políticos mais amplos sejam abordados (GIOVANELLA, MENDONCA, 2012). Também foi proposto atingir a “Saúde para todos no ano 2000”, que objetivou “atingir ao maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS” (MATTA, MOROSINI, 2009, p. 46).

No Brasil, em 1991, é criado, nacionalmente, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e em 1994, há a criação do Programa de Saúde da Família (PSF). Em um primeiro momento, foi instituído em locais onde não foi possível implantar o PSF. Era composto, inicialmente por enfermeiro, supervisionando um grupo de até 30 ACS (MOROSINI, 2010).

A região Nordeste foi o ponto de partida para sua implantação, com o intuito de reduzir os indicadores de morbimortalidade infantil e materna (BORNSTEIN *et al*, 2008). Gradualmente, os ACS foram incorporados às equipes de saúde, atuando tanto no território quanto nas unidades de saúde, frequentemente fazendo um trânsito de informações nestes dois sentidos, aproximando a comunidade dos serviços de saúde e vice versa. (FONSECA, 2013).

Neste contexto, o Ceará merece destaque tendo em vista ser nomeado por alguns autores como o embrião do que seria o trabalho do ACS, entre os anos de 1979 e 1986, tendo como marco o ano de 1987, com a criação do Programa de Emergência, em decorrência da seca. Foram selecionadas 6.000 mulheres tendo como critério de inclusão mulheres, conhecidas e respeitadas pela comunidade, independente da escolaridade. As ações destinavam-se à busca das gestantes para o pré-natal e encaminhá-las a uma maternidade; o incentivo ao aleitamento materno; vacinação infantil e orientações sobre a higiene. Para isso receberam um treinamento de três dias e em cada município, havia um profissional de saúde responsável pela supervisão. Tal medida, promoveu a melhoria nos indicadores de saúde infantil, bem como a queda da mortalidade (ÁVILA, 2011).

Em 1994, o PSF é implantado e, os dois programas, juntos, são entendidos como estratégias de reorientação do modelo assistencial vigente, garantindo o ingresso das concepções da APS no Brasil, intitulado o PSF como a principal estratégia de ampliação da cobertura do SUS e instituída como porta de entrada preferencial no sistema de saúde (MOROSINI, 2010).

Desde então, o PSF foi gradativamente ganhando espaço na agenda de governo e, em 1996, foi renomeado como Estratégia de Saúde da Família (ESF), já que a concepção de ‘programa’ está muito atrelada ao caráter vertical de atuação e focalizada em problemas de saúde (BORNSTEIN, 2008).

O PSF mantém como base, desde os primórdios, a seleção de áreas e populações mais expostas a situações de maior risco à saúde, de modo que a implantação tenha ocorrido com a priorização das áreas de maior vulnerabilidade (MOROSINI, 2010):

“(…) isso significou implantar a estratégia de saúde da família prioritariamente em áreas populares conhecidas como favelas, onde a situação de desproteção social e de ausência, insuficiência ou precariedade de acesso aos equipamentos urbanos públicos e uma marca das condições de vida e saúde da população ali residente” (MOROSINI, 2010, p. 35).

De acordo com os dados públicos extraídos da plataforma E-GESTOR AB referente ao mês de Abril/2016 – período dedicado à coleta de dados para o presente estudo - e referentes ao mês de Abril/ 2019 – tendo o ano de 2019 como parâmetro para os dados mais atualizados - o quantitativo de equipes de saúde da família, bem como as respectivas coberturas populacionais, analisando individualmente os 26 estados e o DF é possível montar o panorama do Brasil nestes dois momentos:

Quadro 1- Número de equipes da Estratégia saúde da família e cobertura populacional, por unidade federada, para os anos de 2016 e 2019.

Unidade da Federação	No. de equipe de ESF		Cobertura populacional (%)	
	2016	2019	2016	2019
Acre	215	210	78,03%	71,38%
Alagoas	844	880	75,11%	75,99%
Amazonas	657	789	53,93%	61,17%
Amapá	163	153	68,83%	59,01%
Bahia	3.412	3.759	69,69%	75,84%
Ceará	2.281	2.544	77,34%	82,90%
Distrito Federal	247	372	29,23%	43,14%
Espírito Santo	716	784	58,97%	63,22%
Goiás	1.366	1.522	64,98%	68,08%
Maranhão	2.018	2.196	82,84%	85,40%
Minas Gerais	5.194	5.609	77,28%	80,75%

Mato Grosso do Sul	540	595	65,70%	70,65%
Mato Grosso	688	751	67,41%	69,86%
Pará	1.394	1.584	55,80%	59,83%
Paraíba	1.394	1.448	94,50%	95,85%
Pernambuco	2.225	2.343	75,56%	77,16%
Piauí	1.299	1.339	99,06%	99,95%
Paraná	2.280	2.307	65,18%	64,60%
Rio de Janeiro	2.677	2.584	54,44%	50,39%
Rio Grande do Norte	1.021	1.026	79,29%	78,28%
Rondônia	385	384	71,27%	70,69%
Roraima	122	124	74,53%	63,92%
Rio Grande do Sul	1.995	2.090	56,91%	58,98%
Santa Catarina	1.719	1.855	78,64%	81,52%
Sergipe	607	642	83,59%	86,08%
São Paulo	5.107	5.354	38,79%	39,47%
Tocantins	498	512	95,30%	94,15%
Brasil	41.064	43.756	70,08	71,42

Fonte: dados extraídos da Plataforma E-GESTOR AB

Assim, no Brasil, em 2016, contávamos com a cobertura assistencial prestada por 41.064 de equipes, o que corresponde a cobertura de 70,08%. Atualmente, observamos uma ampliação para 43.756 equipes, com a cobertura de 71,42%. Essas equipes devem ser compostas minimamente por:

“médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local” (PNAB, 2017, p.13)

Observamos que a inserção do ACS é um requisito para a composição mínima de uma equipe de saúde da família, o que permaneceu válido desde a PNAB 2006, até os dias atuais, em que a PNAB 2017 abre a possibilidade de compor equipes de atenção

básica sem o ACS, conforme consta no item referente à composição das equipes da referida política:

“As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. **Poderão agregar** outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias” (BRASIL, 2017, p. 10-11).

Tal obrigatoriedade justificava-se e continua se justificando, por todo o resgate histórico visto até o momento direcionado à sua atuação e desfechos positivos na assistência à saúde, principalmente no contexto das ações de promoção e prevenção, contribuindo para a reorientação do modelo assistencial.

Em termos numéricos, trata-se de uma categoria expressiva. Segundo dados públicos extraídos da plataforma E-GESTOR AB referente ao mês de Dezembro/2016 – período dedicado à coleta de dados para o presente estudo – e referentes ao mês de Dezembro/2019 – tendo o ano de 2019 como parâmetros para os dados mais atualizados o quantitativo de ACS - bem como as respectivas coberturas populacionais, analisando individualmente os 26 estados e o DF é possível montar o panorama do Brasil no período:

Quadro 2- Número de agentes comunitários de saúde, e cobertura, segundo unidade da federação para os anos de 2016 e 2019.

Unidade da Federação	No. de ACS		Cobertura populacional (%)	
	2016	2019	2016	2019
Acre	1.646	1.567	96,94%	87,24%
Alagoas	5.872	5.923	77,18%	76,83%
Amazonas	6.140	6.494	62,76%	63,64%
Amapá	1.026	1.053	71,33%	68,27%
Bahia	25.528	25.435	80,91%	81,12%
Ceará	15.008	15.044	81,62%	80,21%
Distrito Federal	942	714	18,58%	13,80%
Espírito Santo	5.133	4.930	65,35%	62,40%
Goiás	8.591	8.524	64,93%	62,55%
Maranhão	15.830	16.509	88,90%	89,75%

Minas Gerais	30.064	31.861	73,31%	75,57%
Mato Grosso do Sul	4.196	4.682	85,64%	91,49%
Mato Grosso	5.337	5.060	78,27%	73,29%
Pará	15.239	15.227	82,69%	80,76%
Paraíba	8.499	8.464	98,23%	97,50%
Pernambuco	15.693	15.733	85,97%	84,58%
Piauí	7.229	7.284	98,88%	97,43%
Paraná	12.784	11.779	60,14%	54,70%
Rio de Janeiro	16.284	14.610	54,76%	47,55%
Rio Grande do Norte	5.647	5.638	78,50%	77,09%
Rondônia	2.948	2.702	80,71%	75,62%
Roraima	712	773	67,26%	63,13%
Rio Grande do Sul	11.150	10.526	52,40%	48,92%
Santa Catarina	9.975	9.291	73,67%	67,75%
Sergipe	4.129	4.256	91,38%	90,90%
São Paulo	30.338	30.438	38,26%	37,41%
Tocantins	3.554	3.520	99,73%	96,94%
Brasil	269.494	268.037	74,38	72,09%

Fonte: dados extraídos da Plataforma E-GESTOR AB.

Esses números permitem constatar a sua importância e expressividade enquanto categoria profissional. Existem unidades da federação, em especial na região norte e nordeste, com áreas onde há histórica carência de serviços de saúde que alcançam uma cobertura elevada, superior a 70% a partir da presença dos ACS.

Mesmo com a sua atuação prática desde a década de 80, onde observamos impactos positivos nos principais indicadores, com destaque ao segmento materno-infantil, apenas em 2008 foi promulgada a política nacional, e, apenas em 2002, a lei nº 10.507, revogada pela lei nº 11.350 de 2018, que simboliza um marco na regulamentação da profissão, exigindo a conclusão do ensino fundamental e, principalmente, a Lei Ruth Brilhante, a qual modifica a Lei 11.350, passando a exigir o ensino médio como escolaridade mínima para desempenhar a função de ACS.

Até então, os critérios para a seleção do ACS eram: “saber ler e escrever, ter espírito de liderança e solidariedade, idade mínima de 18 anos e disponibilidade de

trabalho em tempo integral”, bem como residir na comunidade (MOROSINI, 2010, p. 40).

A partir da lei n ° 10.507 os critérios a respeito da escolaridade sofreram mudanças: “nível fundamental e a conclusão com aproveitamento do curso de qualificação básica” (MOROSINI, 2010, p. 43). Sofrem novas alterações a partir da Lei 13.595 de 5 de janeiro de 2018, onde a conclusão do ensino médio passa a ser item obrigatório para viabilizar a atuação do ACS (BRASIL, 2018).

Observa-se que a inclusão de algum critério de escolaridade, ainda que baixo, serve para diferenciar uma atuação de base espontânea para o campo mais profissional. É necessário lembrar que muitos trabalhadores comunitários, líderes inclusive, construíram sua história de trabalho de modo voluntário, vinculadas (eram predominantemente mulheres) aos movimentos sociais e religiosos o que ajuda a compreender também o fato de não existir uma exigência de escolaridade. (RAMOS, 2007)

No que diz respeito à política nacional que norteia as práticas profissionais, a PNAB, em sua última versão, publicada em 2017, redesenha algumas atribuições para o desempenho das suas funções. Aquelas consideradas como gerais – comuns a todos os membros da ESF – e as específicas ao cargo de ACS (BRASIL, 2017).

Entre as atribuições gerais, encontram-se:

“Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo; Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada; Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público.” (p. 19 - 20)

Entre as atribuições específicas do ACS:

“Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território; Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças; Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva; Identificar casos suspeitos de doenças e agravos; Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores” (p. 25 – 27)

Tendo como ponto de partida o desenho das suas atribuições e os requisitos previstos em lei para o seu exercício, a supervisão do ACS esteve por muitos anos sob responsabilidade do enfermeiro, no caso do PACS, ou da equipe de saúde da família, no caso do PSF, onde o processo de qualificação perpassa a dimensão da supervisão.

Observamos então que, desde os primórdios, há a prevalência da qualificação desses profissionais, onde a definição dos conteúdos trabalhados segue a orientação de aproxima-los dos problemas identificados no território com o intuito, simplesmente de resolvê-los, o que dificulta a definição de uma base comum de conhecimento e prática que possa ser compartilhada entre todos os ACS (MOROSINI, 2010).

Assim, as iniciativas destinadas ao preparo dos ACS ocorrem predominantemente em formato de qualificação inicial, entendida como: “nível básico de educação profissional, portanto, não regulamentada, sem pré-requisitos e que não confere habilitação” (MOROSINI, 2010, p. 41).

Morosini (2010) nos mostra que a portaria MS 1886 de 1997, previa que a capacitação “ deve ocorrer em serviço, de forma continuada, gradual e permanente” (p. 40). Ainda que esta portaria deixe evidente a importância das ações de capacitação com o intuito de instrumentaliza-los, a questão de viabilizar a formação profissional do ACS de modo a proporcionar a elevação de escolaridade, manteve-se como uma questão não solucionada. Assim, considerando a dinâmica dos problemas vivenciados na prática profissional, o objeto desta pesquisa faz referência à percepção dos ACS sobre a formação recebida, tendo como questões norteadoras

1. Qual é a percepção do ACS sobre a qualificação/formação profissional?
2. Quais processos de capacitação / qualificação identificam como importantes para seu exercício profissional?

1.1 Objetivo Geral

Discutir como os ACS percebem as relações entre a sua formação e a sua prática profissional;

2.1 Objetivos Específicos

1. Identificar os processos formativos evidenciados na fala dos sujeitos entrevistados;

2. Analisar a o processo formativo e a rotina do profissional do ponto de vista do próprio profissional.

3.1 Justificativa

A definição inicial do objeto é justificada por uma questão pessoal. Inicialmente a escolha do ACS como sujeito em torno do qual desenvolve o estudo se dá pelo fato de que, como gerente de uma unidade de saúde da família, o olhar gerencial diferenciado para este profissional é algo primordial com o intuito de promover a valorização e resgatar a sua essência, enquanto promotores da saúde, tendo em vista a sua importância no estabelecimento do vínculo com a população e garantia da longitudinalidade do cuidado, já que contribuem de forma significativa para viabilizar as ações de prevenção, promoção, acompanhamento dos cadastrados e vigilância territorial.

Partindo da premissa de que as suas atribuições sofreram intensas modificações frente às reformulações da PNAB, com destaque à publicação de 2017, a qual amplia o seu escopo, tal estudo justifica-se pela necessidade de identificar, na fala dos sujeitos, a percepção individual da própria prática profissional e como visualizam o impacto de todos os processos voltados à qualificação e formação recebidos até o momento em sua vida profissional.

Estabelecer este paralelo é importante, pois alguns estudos evidenciam a relação da escolaridade e a implantação do PSF, já que a ampliação das suas atribuições, principalmente do ponto de vista das complexidades das mesmas, é uma realidade observada e, principalmente com as reformulações da PNAB, forçando a adequação da sua escolaridade com vistas a atender aos novos desenhos propostos (TOMAZ, 2002):

“Após a implantação do PSF o papel do ACS foi ampliado, saiu do foco materno infantil para a família e a comunidade, além de exigir novas competências no campo político e social. Desse modo, é necessário que o ACS tenha um grau de escolaridade mais elevado, para dar conta desse novo papel, bem mais complexo e abrangente.”
(p. 85)

A unidade que gerencio, é composta por 6 equipes que contam com 4 ACS em 3 equipes, 3 ACS em 2 equipes e apenas 2 ACS em 1 equipe, totalizando, atualmente, 20 ACS. Destes, todos apresentam apenas o ensino médio; 2 (10%) apresentam o curso

técnico em enfermagem; uma (5%) apresentam o curso de graduação em enfermagem em andamento; um possui o nível técnico em radiologia; um apresenta formação em pedagogia; e apenas uma apresenta a conclusão do curso técnico de ACS.

Portanto, a minha micro realidade, também condiz com o perfil formativo evidenciado no presente estudo. Em termos práticos, com o meu olhar gerencial, observo como a diversidade dos processos formativos, bem como todo o investimento na preparação deste profissional influenciam na percepção e entendimento do próprio trabalho do ACS, não somente quanto ao cuidado realizado, mas principalmente no planejamento das suas ações e autonomia profissional.

A predominância de profissionais com o 2º grau completo é demonstrada em alguns estudos, ao evidenciar que 54,06% dos ACS apresenta segundo grau completo, seguido de 20,73% com ensino superior completo, 19,92% com ensino superior incompleto, 2,03% com pós-graduação, 1,63% com ensino fundamental completo, 1,22% com ensino médio incompleto e 0,41% com ensino fundamental incompleto. (GUIMARÃES, SOUSA, MUCARI, 2017).

Outro estudo realizado em Palmas, região Norte do Brasil, também aponta para o fato de que 38,21% dos ACS fizeram cursos técnicos. Dentre esses 62,77% em Técnico de Agente Comunitário de Saúde. (GUIMARÃES, SOUSA, MUCARI, 2017).

“Ao longo dos últimos 20 anos, a ampliação na formação dos ACS tem sido um dos objetivos da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) e, pelo menos no âmbito legal, houve a aprovação da sua formação em nível técnico” (GUIMARÃES, SOUSA, MUCARI, 2017, p. 68).

Mesmo observando investimentos, por parte das instancias gestoras, direcionados à formação mais técnica, ainda há o predomínio da sua capacitação por meio, somente, do curso introdutório, o que destaca a qualificação promovida e norteada no contexto da sua prática profissional, após o ingresso no SUS (PINTO, *et al*, 2015).

Observamos então que:

“Ainda persiste uma qualificação apressada e fragmentada, voltada para a capacitação em serviço, e que geralmente não está de acordo com o importante papel desempenhado pelo ACS na prática da integralidade do cuidado em saúde” (CHINELLIF *et al.*, 1990 *apud* GUIMARAES, SOUSA, MUCARI, 2017, p. 68).

Desde 2016, tendo como principal marco o VII Fórum de Gestão da Atenção Básica, organizado com o intuito de subsidiar a revisão da PNAB, destaca-se como principal ponto de atenção para seguir com a discussão, o papel do ACS frente às referidas reformulações das suas atribuições e a confluência ou, até mesmo a fusão, com as atribuições de outros profissionais, entre eles Agente Comunitário de Endemias (ACE): “as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas” (BRASIL, 2017).

Morosini, Fonseca e Lima (2018), ao realizar uma análise dessas reformulações trazidas na PNAB 2017, ressaltam 3 movimentos:

“O primeiro é a inclusão, na lista de atribuições comuns aos ACS e aos ACE, das atividades historicamente destinadas aos ACS, tais como: o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e riscos; a realização de visitas domiciliares periódicas para o monitoramento da situação de saúde das pessoas; a identificação e o registro de situações de risco à saúde; e a orientação, a informação e a mobilização da comunidade. O segundo movimento é a predominância, na lista das atribuições específicas dos ACS, de atividades de produção e registro de uma série de dados e informações pelas quais somente este trabalhador é responsável. O terceiro corresponde à manutenção do trabalho atualmente já desenvolvido pelos ACE na lista das atribuições específicas desse trabalhador. “ (p.19-20)

E de forma resumida, afirmam que:

“O ACE preserva a responsabilidade sobre práticas tradicionalmente associadas ao seu trabalho, mas sofre um acréscimo em suas tarefas ao incorporar as atividades hoje atribuídas aos ACS. Estes, por sua vez, sofrem uma descaracterização do seu trabalho, que já vem sendo esvaziado das ações de educação em saúde, em virtude da priorização de atividades associadas às ‘linhas de cuidado’, que têm assumido um foco na prevenção de doenças, assim destinando a esses trabalhadores ações mais pontuais”. (p.20)

Somado a isso, a cobertura populacional por ACS é relativizada através da indefinição do número de ACS: “o número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos” (BRASIL, p.12, 2017). Tal indefinição abre prerrogativa para a composição de equipes com apenas 1 ACS.

No mesmo documento é citado o trecho que delimita o teto populacional por ACS em áreas de vulnerabilidade: “Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS” (BRASIL, p. 10, 2017).

Em minha realidade local, há uma média de aproximadamente 4.500 cadastrados por equipe, principalmente para as duas áreas de maior vulnerabilidade encontradas no território. Mesmo assim, essas equipes contam com o teto de 4 ACS, cada um com 1.200 cadastrados aproximadamente

Um agravante hoje que deve ser ressaltado é o fato de 2 das 6 equipes da unidade a qual gerencio, apresentam 3 ACS, 1 equipe, conta com apenas 2 ACS, onde a diferença ao total de 4, ainda é classificada como vacância de profissional.

Caso ainda cheguem novos profissionais para compor o quadro, completando 4 profissionais, hoje, o início das atividades não está atrelado ao curso introdutório ou a qualquer outro tipo de qualificação com o intuito de situar e contextualizar a sua atuação. A qualificação realizada pela equipe e o aprendizado prático, é um imperativo.

Portanto, ao analisar o caminhar histórico da categoria ACS na ESF, constata-se a necessidade de realizar uma reflexão mais cuidadosa a respeito da tríade laboral composta por: formação exigida para o profissional ACS; o trabalho real do ACS em detrimento do que lhe é previsto; muito atravessado por todas as alterações na principal política que norteiam as suas práticas, com especial destaque à sua expressividade numérica - cada vez menor - enquanto membro da equipe de saúde de família, bem como as suas atribuições e papéis.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A Atenção Primária em Saúde

A organização dos sistemas de saúde sofreu inúmeras influências de produções geradas também por parte do cenário internacional e na interação com as políticas locais, de modo a garantir a operacionalização do SUS tendo como referência seus princípios e diretrizes. A APS merece destaque nesse contexto, onde a sua operacionalização assumiu os contornos econômicos, políticos e culturais dos diferentes contextos e atores sociais envolvidos (STARFIELD, 2002).

O ano de 1920, no qual foi publicado o Relatório Dawson pode ser apontado como um marco na produção de ideias que mais tarde seriam relacionadas à APS. Trata-se de um relatório publicado pelo governo Britânico em que é proposta a reestruturação do modelo de atenção à saúde na Inglaterra. De acordo com essa proposta os serviços deveriam ser organizados segundo níveis de complexidade, onde os centros de saúde primários deveriam mais numerosos e com capacidade de resolver a maior parte dos problemas de saúde da população, funcionando como a porta de entrada, recebendo o suporte de centros de saúde secundários e hospitais de universitários. A ideia de regionalização já se fazia presente e, portanto, configura um importante marco na organização dos sistemas nacionais de saúde. (STARFIELD, 2002). É interessante notar que este relatório é encomendado à equipe de Dawson, partindo da mesma crítica que deu origem a Alma Ata: o modelo existente não estava permitindo que os benefícios da medicina alcançassem a população como poderiam, e eram financeiramente custosos (THE HEALTH FOUNDATION, 1920).

Sendo assim, a estruturação dos serviços em centros de saúde no início do século XX visava integrar a prestação de serviços sociais e de saúde para comunidades excluídas, com o argumento de oferecer os serviços para a população o mais próximo de sua moradia. (CONILL, 2008)

Os anos 1980 e 1990 são fortemente marcados pela tendência neoliberal. Do ponto de vista da saúde, a APS foi o modelo principal das agências da saúde, com a

significativa expansão da privatização dos serviços públicos, multiplicação de parcerias público privadas e a redução do papel do Estado. Apesar das promessas neoliberais de reduzir a pobreza, o receituário neoliberal produziu grandes desigualdades sociais, a multiplicação do desemprego, os empregos parciais e mal remunerados e a extensão da miséria em muitos países, demarcando um modelo de assistência excludente e pouco eficaz. (CUETO, 2018)

Em 1978, aconteceu a Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, em Alma-Ata. Ocorre na sequência de uma série de conferências promovidas pela organização das Nações Unidas ao longo da década de 70, as quais debateram uma agenda ampliada para uma nova ordem econômica internacional visando à redução das disparidades entre os países centrais e os países do terceiro mundo, surgindo a primeira evidência de que é impossível dissociar o desenvolvimento econômico e social e a saúde, representando o primeiro ideário de integralidade expresso na Declaração de Atenção Primária em Saúde. (GIOVANELLA *et. al*, 2019)

Assim, um dos pontos que merece destaque é a decisão unânime para definir como principal meta estipulada o fato de que todos os cidadãos do mundo teriam um nível de saúde no ano 2000 que permitiria levar uma vida social e economicamente produtiva, intitulada como “Saúde para todos no ano 2000”, influenciando diretamente no pensamento a respeito da APS. Inclusive, é neste momento em que são desenhados os componentes fundamentais da APS:

“Educação em saúde, saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunização e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional” (STARFIELD, 2002, p. 31)

Logo após esse marco, ainda em 1978, a OMS empenha-se em difundir o consenso estabelecido na Conferência de Alma Ata: “a integração dos serviços locais num sistema nacional, participação, necessidade de ações intersetoriais e a relação da saúde com o desenvolvimento econômico e social” (CONIL, 2008, p. 58)

A década de 1970 foi então demarcada com o surgimento de diversas iniciativas que visavam ampliar as práticas nos centros de saúde tradicionalmente ligados à prestação de serviços de saúde pública para populações pobres, entre os quais é possível destacar o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

(PIASS) no Nordeste, que contribuiu com a expansão da rede ambulatorial (CONIL, 2008).

Na década de 1990, com o processo de construção do SUS, já existia, portanto, a concepção de regionalidade e, desde a constituição de 1988, o reconhecimento da conexão existente entre o desenvolvimento econômico, social e das condições ambientais na determinação do processo saúde-doença. Também é nesse momento em que há a inscrição da saúde como um direito universal e dever do estado. (GIOVANELLA *et. al*, 2019)

A década de 1990 foi marcada pela adoção de medidas para operacionalizar a descentralização das ações e serviços de saúde em nível municipal, com destaque à NOB SUS n. 01/1996 em direção à priorização do PSF como proposta norteadora para a reorganização dos serviços de AB, bem como a NOAS 01/2001, na década de 2000, a qual trouxe como principal objetivo “promover a equidade na alocação dos recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (MENDONÇA *et. al*, 2018, p. 54-55)

Starfield (2002) definiu um conjunto de atributos essenciais da APS, que foram amplamente difundidos e que têm sido reafirmados também para o SUS. São eles: atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação – bem como os derivados - orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

De forma mais descritiva, Lima *et al* (2018) resumem esses atributos do seguinte modo:

“Primeiro contato: serviços de porta de entrada preferencial do sistema de saúde, procurados cada vez que os usuários necessitam de atenção para um problema de saúde, seja ele novo ou rotineiro. A APS deve cumprir um papel de serviço de procura regular e exercer função de filtro para acesso aos demais equipamentos da rede de atenção à saúde.

Longitudinalidade: responsabilidade da equipe pelo usuário ao longo da vida, através da qual a APS cumpre sua função de fonte regular de cuidados por meio da organização do serviço e do fortalecimento da relação entre profissional e paciente.

Abrangência/Integralidade: capacidade do serviço em reconhecer as necessidades do paciente e ofertar recursos diversificados para uma abordagem resolutiva no âmbito da AB. Envolve o elenco de ações dos serviços e se a forma como esses serviços são prestados são capazes de atender às necessidades da população.

Coordenação: capacidade de os prestadores de atenção primária coordenarem o uso de serviços no território e em outros níveis de atenção para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas e garantir continuidade assistencial. Relaciona-se com a continuidade da atenção entre profissionais e serviços da rede de

atenção à saúde, ao acompanhamento dos casos clínicos por meio de ferramentas de informação e comunicação e à existência de referências/fluxos entre os serviços (p. 54-55) ”

Tendo em vista o caminhar histórico da organização dos serviços de saúde, a APS ganha destaque, levando em consideração o fato de funcionar como entrada preferencial do usuário no serviço de saúde, sendo assim, com a sua implantação e fortalecimento enquanto estratégia prioritária de ordenação da rede de atenção à saúde, alguns atributos foram destacados, desenvolvendo-se mais fortemente: “ampliação do acesso, expansão da cobertura e conformação de uma porta de entrada preferencial e descentralização das ações e da gestão”. (MENDONÇA *et. al*, 2018, p. 54-55)

Sendo assim, a APS passa a ser o principal enfoque para a reorientação do modelo de atenção com vistas a operacionalizar o combate às iniquidades em saúde, onde a ESF funciona como a principal estratégia de operacionalização deste enfoque no Brasil. Em uma perspectiva ideal a ESF viria a se contrapor à perspectiva adotada em muitos países, a APS seletiva, nos quais a APS representava um conjunto de ações de baixa complexidade e dedicada apenas à população de baixa renda (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

Quarenta anos após a Conferência de Alma-Ata, em outubro de 2018, a Conferência Global de Atenção Primária à Saúde, realizada em Astana, no Cazaquistão, endossou uma nova declaração enfatizando o papel crítico da atenção primária à saúde em todo o mundo e concentrou os esforços nos cuidados primários de saúde para garantir que todos em todos os lugares possam desfrutar do mais alto padrão de saúde possível. Sendo assim, a nova declaração tem como objetivo renovar o compromisso político com a APS em toda a sociedade organizada. (WHO, 2018). Entretanto, de acordo com Fonseca (2019) os resultados desta conferência nos trazem preocupações, pois foi defendida e fortalecida a visão de Cobertura Universal em Saúde, que desconsidera os determinantes sociais da saúde, recolocando no centro do debate sobre APS ideia de saúde como ausência de doença e sem reforçar a ideia da saúde como responsabilidade do Estado.

2.2 O Agente Comunitário de Saúde: perfil, formação e atribuições

Quase uma década antes da primeira PNAB, a Portaria 1886/GM, de dezembro de 1997 já estabelecia um conjunto de atribuições para os ACS, incluindo aquelas direcionadas ao território em si (cadastro e diagnóstico territorial); voltadas ao acompanhamento (visitas às prioridades estabelecidas, com grande destaque ao acompanhamento materno-infantil e atualização das fichas de acompanhamento, acompanhamento das condições agudas e crônicas; busca ativa) e ações educativas (promoção e prevenção) (BRASIL, 1997).

Desde então, as suas atribuições sofrem intensas e constantes reconfigurações atreladas às diferentes concepções acerca da APS, em relação a sua organização, escopo das ações e serviços oferecidos, impactando nos modelos de atuação em todas as categoriais profissionais, mas com especial destaque aos ACS, tendo em vista a fragilidade formativa apontada por alguns estudiosos (THOMAZ, 2002).

Como consequência aos rearranjos mencionados, ressaltamos os efeitos ocasionados na atuação do ACS, traduzidas por meio da publicação de novas versões da PNAB: 2006, 2011 e 2017.

Em 2006, as atribuições específicas do ACS foram descritas em oito tópicos da PNAB, contendo ações mais gerais, ressaltando sua atuação desde o cadastro, integração entre a população e UBS, ações educativas que visam à promoção da saúde e prevenção de agravos, divulgação dos serviços oferecidos e acompanhamento da população adscrita por meio de visitas domiciliares (VD) (BRASIL, 2006, p. 43-44).

Em 2011, a PNAB reforça algumas atribuições já desenhadas em 2006, mantendo o quantitativo de oito atribuições específicas. No entanto, a descrição das suas atribuições sofre alterações, dentre as quais a necessidade de realização do cadastro e a

sua constante atualização; reforça a VD como forma de acompanhamento dos cadastrados, salientando que deve ser uma ação planejada com base nos critérios de risco e vulnerabilidade, inserindo a Bolsa Família como um marcador de vulnerabilidade e o fato de que as ações educativas devem ser realizadas de forma individual ou coletiva dando preferência ao domicílio ou comunidade (BRASIL, 2012, p. 48-50).

Atualmente, a PNAB 2017 desenha sete atribuições específicas do ACS. É mantido o cerne do que foi trazido pelos documentos anteriores, merecendo destacar quanto ao registro de dados nos sistemas de informação, e frequente atualização, com o intuito de promover a análise da situação de saúde do território e, portanto, viabilizar o planejamento das ações da equipe; salienta a importância do registro e das questões éticas referente ao acesso às informações (nascimentos, óbitos); ressalta a sua atuação na vigilância territorial (informação referente às consultas e exames agendados) e a sua importância na participação dos processos de regulação quanto aos agendamentos e desistências.

Acrescenta cinco atribuições que podem ser realizadas em caráter excepcional, desde que assistidas por profissional de nível superior e após treinamento, são elas: aferir a pressão arterial; realizar a medição da glicemia capilar; aferição da temperatura axilar; realização de técnicas limpas de curativos; orientação e apoio para a correta administração de medicação para usuários em vulnerabilidade (BRASIL, 2017, p. 239).

As atribuições gerais mantiveram-se lineares de forma quantitativa e qualitativa. As alterações mencionadas anteriormente representam as mudanças de maior impacto observadas nas atribuições relacionadas ao acompanhamento dos cadastrados, que incorporam ao *roll* de atribuição dos ACS, ações até então previstas apenas à equipe de enfermagem.

As atribuições desenhadas, de uma forma geral, requerem, portanto, um nível mais complexo de conhecimento de modo a garantir, em sua prática profissional, a excelência ao desempenhá-las: “exige um conhecimento bastante complexo para acompanhar indivíduos e grupos, no âmbito da identificação de risco ambiental, da promoção da saúde e da prevenção de doenças prevalentes” (MENDONÇA, 2004, p. 258).

Assim, cabe realizar uma breve análise do perfil daqueles que desempenham a função de ACS. Observamos mudanças na composição deste perfil, onde as primeiras experiências com ACS datam da década de 70, associadas à igreja católica. O perfil

requerido, era menos técnico e mais voltado às habilidades pedagógicas, com atuação mediadora, tendendo à indicação para o cargo, mulheres com boa mobilização comunitária. (MOTA, DAVID, 2010)

Significativas mudanças estão expressas no campo técnico e político de atuação do ACS. Observamos que é, ainda, uma profissão predominantemente feminina, demarcada por adultos jovens (26 a 40 anos), de cor parda, casados, católicos, com a renda em torno de 1 a 1,5 salários mínimos, residindo em imóvel próprio (SIMAS, PINTO, 2017; MOTA, DAVID, 2010).

No entanto, as principais mudanças ocorrem no campo formativo do profissional em questão, sendo o grau de escolaridade mais elevado, um requisito recente. Inicialmente, na criação do PACS, saber ler e escrever compunham os requisitos. Atualmente, como já posto, legalmente, o ensino médio completo é a escolaridade mínima para o desempenho da função.

Estudos recentes apontam que 89,77% dos ACS possuem grau de escolaridade superior à exigência legal. No entanto, uma minoria ainda desempenha a função com o ensino fundamental incompleto (1,05%), ensino fundamental completo (7,08%) e ensino médio em curso (2,10%), resultando em 10,23% dos ACS (PINTO *et. al.*, 2015).

Considerando os principais documentos normativos da profissão, no contexto nacional, observa-se que até 2006, o trabalho do ACS estava centrado em atividades educativas, produção de informações relacionadas ao seu trabalho, acompanhamento das famílias, mobilização social, articulação intersetorial, tendo a VD como ação estruturante. Contemplava basicamente duas dimensões do trabalho educativo: uma associada à concepção de educação para a saúde, voltada à difusão de hábitos saudáveis com vistas à prevenção de doenças. Outra, mais ampla, associada ao propósito de mobilização social, com vistas à participação política e à transformação das condições de vida.

Desde então, após intensas reformulações desses documentos, a atuação do ACS internamente, na unidade de saúde, é legitimada, desde que vinculadas à todas as suas atribuições definidas no mesmo documento (BRASIL, 2012). Tal pontuação é um alerta e algo dual, já que o desenvolvimento de ações internas é algo benéfico por promover a integração com a equipe, no entanto, maléfico ao reduzir o tempo destinado à atuação no território.

A VD, como dito anteriormente, deve ser uma atividade planejada em equipe. Tendo em vista as crescentes exigências quanto aos trabalhos internos na unidade,

estudo de Justo *et. al* (2015), realizado com ACS salientam que o ACS necessita desmarcar as VD planejadas. Considera tal fato como uma inversão de prioridade, citando, entre outras, as reuniões, substituição do colega, mudanças nos fluxos de atendimento, os principais motivos para cancelar a programação realizada, o que fragiliza a sua relação com o cadastrado.

Por fim, atualmente, ressaltamos a diversificação tanto no quantitativo de ACS para compor uma equipe, quanto de cadastrados por microárea e por equipe. De acordo com a portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, até 2012, era preconizado o teto de 12 ACS por equipe, onde o número de ACS deveria ser suficiente para garantir o acompanhamento de até 750 pessoas por ACS, e cada equipe, até 4.000 cadastrados, com a média recomendada de até 3.000 pessoas. (BRASIL, 2011)

De acordo com Pedraza e Santos (2017): “A importância de os ACS não terem famílias em excesso na sua microárea de atuação está associada à garantia da realização de visitas a todas as famílias mensalmente” (p. 102)

Em 2017, não há um quantitativo estipulado, onde “o número de ACS e ACE por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos)” (BRASIL, 2017, p.232).

Deste modo, ao analisar de forma empírica, atualmente, as equipes contam com uma média de 3 a 4 ACS por equipe, tendo o município do Rio de Janeiro como um exemplo clássico, onde cada ACS é responsável por 1.000 a 1.200 cadastrados, quase dobrando o valor sugerido em 2012, onde havia a preocupação com a qualidade da assistência e com o acompanhamento territorial adequado de todos os usuários.

Observamos também a ampliação e a incorporação de atribuições, entre elas a execução de intervenções assistenciais, bem como burocráticas e a ratificação daquelas anteriores, com o quantitativo não delimitado de ACS, sofrendo influências de fatores externos em sua definição.

Assim, alguns estudos demonstram que atualmente não há o acompanhamento de todas as famílias sob responsabilidade do ACS, fato associado ao número de famílias por ACS extremamente elevado, bem como a sobrecarga de atividades que impedem a sua disponibilidade para realizar as VD no território, evidenciando que a VD ocorre de forma mais frequente em municípios de menor tamanho e porte populacional, onde há uma redução no quantitativo de cadastrados por equipe e por microárea. (PEDRAZA, ROCHA, SALES, 2016). Os desdobramentos da nova PNAB indicam que haverá uma

piora neste cenário, tornando a posição do ACS, a despeito da relevância de seu trabalho, ainda mais frágil na equipe de saúde.

2.3 A relação trabalho e educação no cotidiano da prática profissional do ACS

Existe uma relação histórica entre trabalho e educação. O seu rompimento se deu como consequência ao avanço dos processos produtivos, baseado na divisão social de classes. Tal divisão refletiu no contexto educacional: a classe dominante acessa a educação escolar e as classes trabalhadoras, a treinamentos instrumentais simplificados. Assim, a educação voltada à grande massa, ocorria por meio do próprio trabalho, (SAVIANI, 2007).

Gaudêncio Frigotto (2001) aborda o trabalho como princípio educativo, ressaltando a relação existente entre trabalho e educação, já que o trabalho:

“Tem a especificidade de ser uma atividade necessária desde sempre a todos os seres humanos. O trabalho constitui-se, por ser elemento criador da vida humana, num dever e num direito. Um dever a ser aprendido, socializado desde a infância. Trata-se de apreender que o ser humano enquanto ser da natureza necessita elaborar a natureza, transformá-la, pelo trabalho, em bens úteis para satisfazer as suas necessidades vitais, biológicas, sociais, culturais, etc. Mas é também um direito, pois é por ele que pode recriar, reproduzir permanentemente sua existência humana”. (p.74)

Ao analisar a relação entre a educação e o trabalho voltada ao cotidiano da prática profissional do ACS, como visto anteriormente, entendemos os processos de qualificação devem ser transversais, ao longo de seu percurso profissional, acompanhando a complexidade de suas atribuições.

Apesar dessas importantes alterações até aqui abordadas, muitas condições se mantiveram:

“Trata-se de uma categoria predominantemente composta por mulheres que residem na área em que atuam, com carga horária de trabalho de 40 horas semanais. A VD segue como a atividade a qual os ACS conferem maior importância e que compõe a sua rotina de trabalho”. (MOROSINI, FONSECA, 2018, 263)

Garcia *et. al* (2017), ao realizar o seu estudo no estado do Espírito Santo, elencam a distribuição das atividades desenvolvidas por esses profissionais e apontam que a principal frente de trabalho é a VD (90,1%), seguido respectivamente por: atualização de cadastro (51,2%); reunião de equipe (48,8%); acompanhamento a gestantes (41,3%); e controle de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase (41,3%). Quanto às ações de educação em saúde, o ACS fragmenta em categorias de informação, onde a temática mais trabalhada são as orientações direcionadas à imunização infantil (28,9%), seguido de: prevenção da dengue (27,3%); incentivo ao aleitamento materno (27,3%); prevenção do câncer do colo do útero (20,7%); informação sobre o planejamento reprodutivo (15,7%) e informações sobre alimentação saudável e reidratação oral (10,7%). (GARCIA *et. al*, 2017)

Em uma análise breve, a educação em saúde ainda tem grande representatividade entre as atribuições do ACS e o conteúdo de maior destaque, muito remete à introdução do ACS enquanto PSF, já que gira basicamente em torno do cuidado materno infantil, com a inserção de novas ferramentas de trabalho, como por exemplo, o planejamento reprodutivo. Assim podemos dizer que a educação em saúde se mantém vertente de educação para a saúde.

O que pode ser ratificado em alguns estudos:

“Os agentes de saúde foram inicialmente responsáveis pelo desenvolvimento de atividades sanitárias consideradas de baixa complexidade e alto impacto, como a terapia de reidratação oral, o estímulo à vacinação e ao aleitamento materno, bem como o acompanhamento de gestantes e do crescimento de crianças” (MOROSINI, FONSECA, 2018, p. 263)

Tendo em vista a importância do caráter educativo de suas ações, promover a qualificação dos ACS de forma constante e rotineira, justifica-se não apenas por ser um direito do cidadão, mas também para a qualificação do SUS, alcançando melhores resultados sobre a qualidade da atenção oferecida, principalmente, o acompanhamento adequado da população de referência.

No entanto, ainda observamos o impacto da divisão social de classes na educação no cenário atual da prática profissional, já que as qualificações desenvolvidas com foco aos trabalhadores de nível fundamental e médio da saúde, categoria na qual os ACS estão inseridos, são, predominantemente, de curta duração, rápidos treinamentos e, conseqüentemente reduzidas a uma qualificação mecânica, justificado pela dificuldade encontrada pelas instituições em libera-los para cursos de maior duração (PEREIRA *et. al*, 2016).

Para Mota e Davi (2010) o ACS é um cidadão, sem bagagem técnica, que passa a integrar a equipe de saúde e a compartilhar do saber técnico científico da equipe multiprofissional. Tal fato é estimulante para a busca por alternativas de profissionalização e por melhores condições de vida, tendo a crescente escolarização do profissional como marco da ascensão social e profissional.

Assim, para os autores, o fato de participar de uma equipe multiprofissional, promove a identificação e aproximação com a área da saúde, onde muitos ACS buscam a ampliação da sua escolaridade, principalmente na área da saúde, já que a maioria almeja crescer na ESF, porém em outra função. (MOTA, DAVI, 2010)

Observa-se o predomínio na formação em saúde, onde 30,5 % dos ACS estudados formados como auxiliares e técnicos de enfermagem. Muitos ACS complementaram sua escolaridade após o ingresso na profissão, o que pode estar relacionado à impulsão que o trabalho promove em direção à continuidade dos estudos. (MOROSINI, FONSECA, 2018)

Essas informações refletem a inclusão dos ACS nas turmas do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), instituído em 15 de outubro de 1999, com a finalidade principal de promover a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, por meio da qualificação de profissionais, visando atingir cerca de 225 mil auxiliares e 90 mil técnicos de enfermagem (CÊA *et. al*, 2007). Além disso, a enfermagem é um grupo profissional que, em seu cotidiano na ESF, mantém fortes ligações com as atividades dos ACS. (MOROSINI, FONSECA, 2018)

Quanto aos cursos de nível superior, além da enfermagem, destacam-se o serviço social e a psicologia, também ligados a demandas das comunidades, voltadas para a temas sociais ou do universo subjetivo, algo com o qual os ACS estão frequentemente em contato através das ações educativas por eles realizadas. (MOROSINI, FONSECA, 2018)

Em relação à qualificação inicial específica, destaca-se o curso Introdutório, entendido como capacitação mínima para o exercício profissional, prescrita pelo Ministério da Saúde (MENDONÇA, 2004). Simas e Pinto (2017), em estudo realizado localmente, na região Nordeste, afirmam que 89% passaram por esse processo. 35,78% receberam a capacitação de curso de técnico de ACS e 14,81% nenhuma capacitação prévia (PINTO *et. al*, 2015).

É possível considerar que idealmente as condições mínimas para o início do exercício profissional seria que todos os componentes de uma equipe de saúde da família cursassem um processo específico de capacitação, intitulado como treinamento introdutório.

O presente curso é uma orientação da PNAB, ofertado no município do Rio de Janeiro, que visa qualificar os profissionais que ingressam na APS e pretende ser um dispositivo para a atuação na ESF, aproximando dos conceitos e das práticas que esta estratégia requer, permitindo a integração das ações das equipes com aquelas preconizadas pela PNAB e as priorizadas pela Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde, sendo estruturado com carga horária mínima de 40 horas semanais, estruturada em cinco encontros presenciais, com entrega de certificados ao término do curso, válido em todas as APS do Município do Rio de Janeiro. (SMS/RJ, 2016)

Posteriormente, uma vez inserido no cotidiano da sua prática, o trabalho e educação se fundem por meio da expressiva participação dos ACS em cursos que abordam temáticas direcionadas ao exercício da profissão, entre elas destacam-se: programas de saúde específicos, (91,7%), promoção da saúde (92,5%), saúde bucal (79,2%) e organização do território (68,3%) (SIMAS, PINTO, 2017).

Observa-se que é reforçada a sua participação em cursos pontuais e de curta duração, voltados para suprir as necessidades de formação dos ACS na realização do trabalho cotidiano. Isto contrasta com o marcante interesse deste grupo profissional por ampliação dos seus conhecimentos e crescimento profissional.

3. METODOLOGIA

Com o objetivo de realizar a análise do problema exposto anteriormente, optou-se por um estudo de caráter qualitativo. Com o intuito de alcançar os objetivos propostos, será realizada a análise de dados primários. O banco de dados foi produzido a partir do projeto de pesquisa intitulado como “Processo de Trabalho dos Técnicos em Saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências” vinculado ao Observatório dos Técnicos em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRUZ). O objetivo geral do estudo consiste em analisar o processo de trabalho dos técnicos em saúde que atuam na atenção básica do SUS, especificamente na ESF, nas cinco regiões brasileiras.

2.1 Amostra do estudo

Originalmente, a amostra do Projeto Saberes foi composta por todos os profissionais técnicos inseridos na ESF: Agente Comunitário de Endemias (ACE), Agente Comunitário de Saúde (ACS), Técnico de Saúde Bucal (TSB), Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), Técnico e Auxiliar de Enfermagem.

No entanto, tendo em vista o objeto do presente estudo e visando alcançá-lo, a sua amostra foi composta apenas por profissionais que atuam como ACS.

No projeto saberes, para compor a amostra e viabilizar o desenvolvimento do trabalho de campo, em cada município foi selecionada apenas uma equipe de Saúde da Família, estipulando como critérios de inclusão, além da categoria profissional relatada acima: ter equipe de saúde bucal modalidade II; ter agente de combate a endemias/visitador sanitário/agente de saúde pública/agente de vigilância em saúde. Tais critérios, totalizaram 51 entrevistados e 54 ACS. Em cada município, os pesquisadores deveriam entrevistar ao menos um técnico de cada grupo profissional. Entretanto, em alguns municípios foram entrevistados mais de um trabalhador, principalmente os ACS.

Após analisar o conteúdo transcrito a partir de cada entrevista, a amostra do presente estudo conta com 20 ACS, garantindo a representatividade de todos os municípios contemplados no projeto saberes. Foram excluídas 24 entrevistas, uma vez que o conteúdo de algumas falas não contemplava aos objetivos traçados no presente estudo; mas também, por optarmos por trabalhar o conteúdo da fala de apenas um entrevistado de cada região.

2.2 Cenário do estudo

O estudo referente ao Projeto Saberes foi desenvolvido nas cinco regiões brasileiras. Ao final, 17 municípios foram selecionados a partir das informações disponibilizadas (competência de janeiro/2015) nas bases de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do DAB/MS e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Foram selecionados municípios de médio e grande porte, com proporção de cobertura populacional pela ESF maior ou igual à proporção de cobertura nacional (60,17%), com equipe de Saúde da Família (ESF) que tem equipe de saúde bucal (ESB) modalidade II (a fim de garantir a presença do técnico em saúde bucal) e agente de combate a endemias/visitador sanitário/agente de saúde pública (sua inclusão como sujeito de pesquisa e como critério de seleção dos municípios e equipes está relacionada ao interesse em compreender, no nível local, como está ocorrendo a integração deste profissional à Atenção Básica, mais especificamente à ESF).

Norteados pelos critérios de inclusão descritos, resultou na amostra dos municípios sintetizados na tabela 1:

Quadro 3- Cenários brasileiros contemplados com a coleta de dados.

REGIÃO	MUNICÍPIOS
Norte	Curuçá (PA)
Nordeste	Laje (BA), Tauá (CE), Maracanaú (CE), São Mateus do Maranhão (MA), Abreu e Lima (PE), Garanhuns (PE), Recife (PE) e Piripiri (PI)
Centro Oeste	Niquelândia (GO), Aparecida do Taboado (MS) e Jaciara (MT)
Sudeste	Belo Horizonte (MG), Monte Azul (MG), Patos de Minas (MG) e Penápolis (SP); Rio de Janeiro (RJ)
Sul	Cambé (PR) e Maringá (PR)

2.3 Coleta dos dados

A coleta de dados, no Projeto Saberes, foi realizada, em cada município, no período de janeiro e abril de 2016, onde dois pesquisadores acompanharam as atividades dos profissionais de nível técnico da ESF selecionada por cinco dias, realizando a observação participante de sua rotina de trabalho, assim como entrevistas individuais semiestruturadas, em locais e horários previamente acordados, a fim de interferir o mínimo possível o desenvolvimento de seu trabalho e de sua equipe.

As entrevistas foram registradas em gravador digital e transcritas integralmente, seguindo todas as normas estabelecidas pela Resolução CNS/MS nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

O instrumento utilizado ao longo do período de coleta de dados para o Projeto Saberes encontra-se em anexo (anexo 1). É dividido em seis seções respectivamente: identificação do profissional, trajetória profissional, processo de trabalho e saberes profissionais, trabalho em equipe, relação com o usuário e conclusão e percepção sobre a entrevista.

2.4 Tratamento dos dados

Com o intuito de analisar a compatibilidade do conteúdo contido nas falas dos sujeitos e os objetivos propostos, foi confeccionado um quadro síntese de modo a organizar os conteúdos que merecem destaque, entre eles: município de atuação; identificação dos sujeitos por meio da sigla ACS (identificado por meio de sequência numérica); tempo de atuação na ESF; dados referentes à formação profissional e qual é a importância/impacto da formação recebida em seu trabalho; descrição da sua rotina de trabalho; a percepção do seu trabalho sob a égide do previsto e real; bem como os seus planos para o futuro.

Os nomes citados no conteúdo das falas dos sujeitos foram codificados, tratando-se de nomes fictícios, com o intuito de preservar a real identidade dos participantes.

Para análise dos dados obtidos, pretende-se utilizar a análise de conteúdo segundo Bardin (1979) com o intuito de viabilizar a descrição do conteúdo das mensagens, procedendo com a confecção das categorias que podem emergir da fala dos sujeitos, possibilitando a análise temática dos dados.

A técnica segundo o referencial proposto é organizada em três fases:

1ª Fase: Pré análise: momento direcionado à organização do material a ser analisado, por meio da leitura – contato direto com os dados - escolha dos documentos e formulação das hipóteses e objetivos, referência dos índices e elaboração de indicadores. Assim os indicadores são determinados por meio dos documentos de análise.

2ª Fase: Exploração do material: O material é explorado para a definição de categorias e identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos, o que possibilita a riqueza das interpretações e inferências, constituindo uma fase da descrição analítica. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase.

3ª Fase: Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: destina-se ao tratamento dos resultados, destacando as informações para a análise, sendo um momento direcionado à análise reflexiva e crítica.

2.5 Aspectos éticos

Os procedimentos da pesquisa foram autorizados pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV-FIOCRUZ) (CAAE: 43320275.L.0000524I).

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Região/Município	ACS	Tempo de ESF	Dados referente a formação profissional	Pertinentes ao trabalho?	Rotina de trabalho	Trabalho previsto x real	Planos para o futuro
Abreu e Lima	RE – ACS 1	22 anos (1993)	Ensino médio completo; PROFAE – Técnico de enfermagem (1 ano); Curso de 4 meses após o ingresso: questões culturais (religião, saberes medicinais com plantas) e a doenças (Tuberculose, Hanseníase); “Escola da vida” – Experiência profissional; Em caso de dúvida recorre à enfermeira Enquanto formador: motivação com o trabalho.	Ajuda bastante: ajuda na forma de abordar o usuário (orientação) e a separar seus valores (religiosos) do profissional; O PROFAE também ajudou – aprofundamento na área técnica (somos mais úteis – citando como exemplo a realização de curativos); Amor e respeito ao usuário	Vai diariamente para a unidade antes de sair e passa o dia inteiro no território. Não gosta de treinamentos e trabalhos internos, acredita que tudo deve ser no território, pois o entende como lugar onde a comunidade está.	Trabalho real: prontuário, burocracias em geral, digitação, BF (real); Trabalho previsto: atividades em grupo	Retomar os estudos: Serviço Social
Aparecida do Toboado	MS – ACS 2	11 anos (2005)	Ensino médio completo; Introdutório (400h); Formado em Educação Física; Cursos após o ingresso (amamentação, tuberculose, câncer); Em caso de dúvida recorre ao enfermeiro ou médico (depende do conteúdo); Enquanto formador: conscientizar quanto ao tipo de atendimento e a organização de uma UBS.	Sim, no entanto, considera a prática mais importante do que a teoria para o aprendizado. Pela prática, passou a se interessar pelos problemas da população, e pegou gosto por interagir com as pessoas. Considera o trabalho na ESF mais integrado [com a realidade social] que o trabalho em educação física	VD pela manhã e questões burocráticas à tarde: lançamento em PEP das VD e cadastros realizados.	Realiza tarefas de limpeza e secretaria. Como possui formação em educação física, entende que poderia desenvolver atividades voltadas aos hipertensos e diabéticos.	Permanecer como ACS até aposentar caso não passe em concurso público
BH	BH – ACS 3	14 anos (2002)	Ensino médio completo; Não teve formação específica apenas cursos de horas, muito voltado ao cadastro; Aprende com a rotina diária, adquirindo experiência; Enquanto formador: atualização cadastral e acompanhamento infantil (vacinação) e das gestantes.	Ajuda na relação com o usuário e com a unidade	Entrega de consultas; Digitação; Preocupação com a meta mensal de VD (produção)	Trabalho real: Comissão Local	Continuar como ACS
Cambé	PR – ACS 4	14 anos (2002)	Ensino médio completo; Superior: Administração; Curso de ACS por 6 meses, administrador pelo enfermeiro supervisor; Cursos de com baixa carga horária - horas (aleitamento, territorialização, cegonha); Busca de informações com enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem; Aprendizado prático por meio da troca de experiência com outros ACS;	Acompanhamento adequado das linhas de cuidado; Aumento da autonomia; Facilita com relação às orientações direcionadas à população; Ouvir o outro, a interpretar os sinais transmitidos por meio do olhar, fala e com o corpo.	VD organizadas por linhas de cuidado e ruas; Reunião de equipe semanal; Reunião de matriciamento mensal (CAPS e CAPSi); Participação semanal de grupos (ginástica, violão); Digitação das VD e dos cadastros; Auxílio na realização do	Trabalho real: Esterilização	Realizar a pós graduação em saúde coletiva e trabalhar na saúde pública

			Enquanto formador: histórico familiar por meio da escuta e individual e cadastro.		relatório de produção da unidade (mensalmente)		
Curuçá	PA – ACS 5	17 anos (1999)	Ensino Médio completo; Curso introdutório de 1 semana ministrado por médico e muito direcionado ao cadastro; Cursos de pequena duração e curta carga horária; Curso de auxiliar de enfermagem (ingresso em 99/00, logo em seguida foi instituída a portaria que todos os ACS deviam cursar o aux. de enf.); Busca de informações com o médico da equipe; Enquanto formador: Cuidado, com destaque as linhas de cuidado: idosos, crianças, gestantes, hipertensos e diabéticos.	Aperfeiçoamento da realização de cadastros e VD; Melhorar o aprendizado; Acompanhamento das linhas de cuidado.	VD programada por rua; Reunião de equipe semanal, muito direcionadas à produção.	Trabalho real: Verificação de PA.	Aposentadoria e continuar na igreja.
Garanhuns	PE – ACS 6	24 anos (1991)	Ensino Médio completo; Curso inicial de cadastro ministrado pelo enfermeiro supervisor (2006 – 60h); Cursos rápidos e pequenas durações; Enquanto formador: visitas e cadastro, principalmente das linhas de cuidado (destaca o cuidado com os cartões vacinais)	Considera algo bom, promovendo um olhar mais alerta; Participação de palestras em saúde muitas vezes em consonância ao calendário da saúde (ex.: outubro rosa).	Cumprir com o cronograma de palestras estabelecido pela prefeitura; Cumprir com a escala de acolhimento; VD.	Trabalho real: Entrega de medicação; Curativo.	Terminar a faculdade (pedagogia).
Goiânia	GO – ACS 7	12 anos (2004)	Ensino Médio completo; Curso de técnico: enfermagem. e ACS; Introdutório (15 dias); Cursos/Capacitações; Busca de informações com a enfermeira e médico; Enquanto formador: visitas, paciência, ajudar as pessoas e saber ouvir.	Ajudam: Caminho do cuidado.	Reunião de equipe semanal; Digitação (cadastro e VD); VD; Grupo quinzenal de HIPERDIA; Orientações em saúde voltadas à saúde da mulher (Grupo de saúde da mulher semanal).	Recepção: busca por prontuário e lançar em prontuário Campanha: preenchimento a atualização do cartão; Preenchimento da planilha.	Voltar a estudar – Assistência social.
Jaciara	MT – ACS 8	16 anos (2000)	Ensino Médio completo; Introdutório; Curso auxiliar de enfermagem; Curso de 400h (não completo) - Curso de ACS; Cursos e palestras sobre as linhas de cuidado; Em caso de dúvida recorre à enfermeira e ao médico em turnos de orientação semanal; Enquanto formador: visitas e abordagem adequada ao usuário.	Ajudou na abordagem em domicílio (identificação) Condução em saúde mental	Planejamento de VD; VD nas linhas de cuidado organizadas por quadra; VD para convidar os usuários aos eventos organizados pela prefeitura.	Reforma do centro comunitário e compra de utensílios (geladeira, fogão) para uso em casos de cursos; Limpeza e manutenção mensal do centro comunitário	Aposentar e deixar de ser ACS (sair do sol).
Laje	BA – ACS 9	18 anos (1998)	Ensino Médio completo; Treinamento com a enfermeira por 8 dias (cadastro/preenchimento de fichas); Curso (400h) ao entrar por 4 meses (100h por mês); Educação permanente mensal para as linhas de cuidado;	Ganho de experiência (atuação em emergência), no entanto, falta aprofundar.	VD organizada por região (independente da linha de cuidado); Acompanhamento das condicionalidades do PBF, principalmente direcionado ao	Trabalho real: Faxina na casa de idoso, curativo e banho em idosa; Ser presidente da associação de	Os planos não são pessoais (não pensa em sair) mas sim que o PSF funcione no

			Em caso de dúvida recorre ao material recebido nos cursos, internet (Google) e também à enfermeira; Capacitação com o dentista (identificação de carie); Em caso de dúvida recorre ao ACS mais experiente, posteriormente à enfermeira e médico. Enquanto formador: acompanhamento adequado principalmente de idosos, hipertensos, diabéticos (controle das medicações) e crianças (cartão vacinal).		peso e estado nutricional das crianças.	moradores; Transportar paciente passando mal no próprio carro; Administra injeção por conta própria. Enxergam a verificação de PA e HGT como uma atribuição que deveria ser do ACS e não e	sentido de melhorar para a população e que não seja apenas uma estratégia política Concluir o curso tec. de ACS
Maracanaú	CE – ACS 10	20 anos (1996)	Ensino Médio completo; Ensino superior: Pedagoga; Cursando pós em saúde pública e enfermagem; Primeira etapa do técnico de ACS; Ensinamentos adquiridos por meio do convívio com ACS mais experientes; Em caso de dúvida recorre ao enfermeiro em reuniões semanais. Enquanto formador: atuação ética, principalmente em VD.	Aprendizado; Amplia a segurança para atuação; Capacita para o domínio e acompanhamento das linhas de cuidado inseridas em sua área; Ajudou a ter bom senso nas VD; Olhar mais atento as linhas prioritárias.	Menciona o cadastro como item de menor identificação; Prioriza as linhas de cuidado prioritárias para a VD com o intuito de fornecer orientação; VD mensal em todos os cadastrados; Reuniões mensais com temáticas (educação permanente).	Trabalho real: Atuar em questões emergenciais no território. Cita alguns VD a linhas prioritárias que não conseguiu realizar em tempo (previstas e que não fez)	Terminar a faculdade de enfermagem, ingressar no mestrado, doutorado para dar aula em saúde pública
Maringá	PR – ACS 11	10 anos (2006)	Fundamental completo; Não teve curso de formação introdutório, apenas orientação com o enfermeiro e aprendizado prático com os mais antigos; Após ingresso: cursos de pequena duração: amamentação, zoonoses, PMAQ; Enfermeiro como principal referência para esclarecimento de dúvidas; Enquanto formador: ensinaria o “básico” da atribuição do ACS e se disponibilizaria a ser a referência em caso de dúvidas outras.	Qualificação das visitas: norteamento dos questionamentos.	Confecção diária “daqueles” relatórios antes de sair para as VD: prepara “aquele negócio de ficha”, sai para VD pela manhã para cumprir a rotina: convite ou visita; Auxílio ao ACE na realização de visitas (focos de dengue) e confecção do relatório; Grupo semanal de caminhadas.	Trabalho real: atuação no mutirão de endemias – coleta do lixo determinada pelo secretário	Em função da idade avançada, o plano é ter saúde para continuar trabalhando.
Monte Azul	MG – ACS 12	15 anos (2001)	Ensino Médio completo; Ao entrar: curso com o enfermeiro direcionado ao preenchimento de papeis e formulários; 2 anos depois: curso de auxiliar de enfermagem (1 ano e meio de duração - PROF AE) e técnico de ACS (a distância com 1 ano de duração); Cursos de pequena duração: álcool, drogas; Aprendizado prático: com a rotina; Enfermeira da equipe como referência para dúvidas;	Aprendizagem/Aprimoramento/Amadurecimento/Experiência; Aquisição de novos conhecimentos; Desenvolvimento de empatia; Desenvolver a paciência; “jogo de cintura”; Análise do cartão vacinal e elaboração de palestras;	Grupo de caminhada 2 vezes por semana; Orientação em saúde por meio de palestras; VD; Digitação das fichas no e-sus, ao final da semana.	Não	Plano A: Técnico de enfermagem; Ser concursado; Faculdade de Geografia (território e pela instabilidade

			Enquanto formador: escuta qualificada e paciência.				do emprego)
Niquelândia	GO – ACS 13	15 anos (2001)	Ensino Médio completo; Antes de ingressar: Treinamento de 30 dias Após ingresso: cursos técnicos que “começam e param” (1º módulo do técnico); Treinamentos rápidos voltados à ESF; Enquanto formador: ética profissional (conteúdo das VD) e mais atenção ao acompanhamento das linhas de cuidado: idosos, acamados, gestantes e crianças menores de 2 anos.	Aprendizagem; Atualização (ex.: vacinação); “você fala aquilo que tem certeza, você sabe o que está falando”	Preenchimento de ficha A; VD; Ajuda na recepção antes da VD; Preenchimento do formulário dos ACE (ajuda); Identifica animais doentes no território e repassa ao órgão competente; Ajuda na farmácia;	“Ajuda a todo mundo”: sala de vacina, recepção, pesagem do bolsa família; Defende a verificação da PA com o intuito de oportunizar a VD, principalmente em pessoas com dificuldade de deslocamento.	Fazer enfermagem Mas se enxerga como ACS em um futuro.
Pato de Minas	MG – ACS 14	14 anos (2002)	Técnico de ACS (1º módulo) e cursos de capacitação após ingresso; Curso de aux. de enfermagem anterior; Caso de dúvida recorre à enfermeira ou ao ACS mais antigo; Enquanto formador: respeito e ética.	Aprendizado que muitas vezes não são aplicáveis	Orientações em saúde voltadas às principais linhas de cuidado; Entrega de agendamentos (SISREG); VD para novos cadastros (prioridade); VD de rotina, tendo as linhas de cuidado como prioridade e os demais, se der. Associa a redução do quadro de ACS a sua atual rotina de trabalho (ao planejamento das prioridades)	Levantamento de listas sem a devida antecedência (citologia, hipertensos etc). É sinaliza os grupos como algo que deveria ser feito e não é mais (relaciona ao nº de ACS)	Faculdade de enfermagem
Penápolis	SP – ACS 15	16 anos (2000)	Ensino Médio completo; Cursos Técnicos: ACS (1 módulo – 6 meses, 450h) e em segurança do trabalho (incompletos) e em contabilidade (concluído); Treinamentos após ingresso (primeiros socorros, banco de leite), caminhos do cuidado – Orientação familiar; Aprendizado com a prática profissional; Recorre à enfermeira em caso de dúvida; Enquanto formador: Abordagem ao usuário durante as VD.	Ajudou. De início não sabia o que era ACS. Esclareceu o que é o emprego, a sua atuação: clareza, conhecimento do papel; Informações e orientações para cada situação; Espaireceu; deu mais condições de trabalho – 80% aprendeu com os cursos.	VD de acompanhamento por quadra; Educação em saúde por meio das orientações fornecidas nas VD; VD planejadas por linha de cuidado e prioridades constantemente estabelecidas (ex: lista vacinal); Digitação (e-sus); VD para cadastramento	Trabalho real: Trazer e levar receitas; Marcação de consultas; Preenchimento de fichas e cabeçalho de preventivos	Concluir o curso técnico de segurança de trabalho.

Piripiri	PI – ACS 16	10 anos (2005)	Ensino Médio completo; Graduação em Pedagogia; Aux. de enfermagem (concluído no colégio); Técnico de enfermagem - RETSUS; Técnico em ACS – RETSUS (os 2 módulos concluídos); Capacitações após ingressos: dengue, saúde mental; Em caso de dúvida, recorre à enfermeira; Enquanto formador: acompanhamento e orientação das principais linhas de cuidado: idosos, hipertensos, acamados, gestantes e crianças.	Aprendizagem; Aumento do conhecimento; Enriquecedor; O tec. de ACS auxiliou no sentido de promover uma atuação mais ativa; Muitas coisas aprendidas nas teorias (por meio dos cursos) distanciavam-se da prática A pratica auxiliar bastante: pedagogia auxilia no relacionamento interpessoal	VD guiada por prioridades; Realiza os agendamentos; Reunião de equipe semanal	Sim. Mas não lembra.	Realizar Especialização – educação e saúde
Recife	PE – ACS 17	22 anos (1993)	Ensino Médio completo; Introdutório; Capacitações após ingresso, direcionadas às linhas de cuidado com duração variável (15 dias a 1 mês); Auxiliar de enfermagem – PROFAE; Técnico em ACS (PSF); Em caso de dúvida, recorre à enfermeira, médico ou técnico de enfermagem; Enquanto formador: abordagem nas visitas e cadastro domiciliar.	Adquiriu conhecimentos; Mais resolutivo; Consegue responder/resolver algumas questões.	Inicia o expediente indo até a unidade (ponto biométrico) e checka se há alguma demanda; Posto e VD; Reunião semanal de modulo (segunda-feira); Fazer cadastro; Registro em PEP	Não quis responder	Ampliar a resolutividade das suas ações aos seus cadastrados.
RJ	RJ – ACS 18	15 anos (2001)	Ensino Médio completo; Técnico em ACS; Técnico em Saúde Bucal; Curso de cuidador de idosos; Capacitações; Em caso de dúvidas, recorre ao médico; Enquanto formador: Respeito a opinião do outro.	Ajudam no trabalho; Aprendizado compartilhado por meio da experiência (enquanto pessoa mais experiente, compartilha os seus conhecimentos).	VD planejadas com base nas principais linhas de cuidado; Acolhimento; Registro diário das VD; Grupo de caminhadas onde aborda várias orientações em saúde.	Não, pois tem apoio da equipe para realizar procedimentos.	O seu planejamento incluiu criar condições para os filhos e viabilizar a convívio com os mesmos.
São Matheus do Maranhão	MA – ACS 19	22 anos (1993)	Ao ingressar (PACS) tinha concluído apenas a 4ª série; Ensino Médio completo (concluído após ingresso de ACS); Técnico em ACS (1º modulo); Treinamentos após ingresso – antes de iniciar o trabalho (2 semanas): muito voltado ao preenchimento das fichas; Posterior ao ingresso: palestras/aperfeiçoamento (1 a 2 dias); Aprendizado prático/vivência/experiência; Enquanto formador: olhar e acompanhamento diferencial aos idosos.	Aperfeiçoamento; Renovação; O que se aprende nos cursos, nem sempre são aplicáveis na prática/Aplicabilidade; Grande parte do que é utilizado no trabalho, aprendeu no curso.	Cronograma de atividades estabelecido pela enfermeira: VD (principalmente aos acamados) às linhas de cuidado, agendamento; Atividades comuns aos ACE remuneradas (combate à dengue);	Não entende as ações de PSE como algo inerente ao ACS (deveria ser remunerada); Acredita que as VD de acompanhamento das linhas de cuidado deveriam ser junto à toda a equipe (sinaliza que apenas os ACS realizam VD, os demais membros,	Cuidar de idosos.

						apenas acamados).	
Taua	CE – ACS 20	13 anos (2003)	Treinamento de 3 meses após ingresso; Aprendizado prático com os mais experientes; Qualificações (ex: caminhos do cuidado); Iniciou o curso Técnico de ACS; Cursos pelo SENAC (culinária, RH); Recorre ao enfermeiro em caso de dúvida; Enquanto formador: Respeito, orientação e vínculo com as famílias que acompanha.	Aperfeiçoamento; Ampliar conhecimentos; Auxiliam a proposições em reuniões de equipe com base no aprendizado adquirido nos cursos.	VD planejadas principalmente para a pesagem de crianças, intercorrências com adultos, entrega de exames, gestantes. As VD são planejadas, no entanto, muitas vezes há mudança no planejamento por alguma intercorrência comunicada pela enf.	Censo escolar; Cita a verificação da PA como uma possibilidade de atuação, no entanto, enxerga como fora do seu campo de atuação, principalmente mediante a identificação de alguma alteração.	Cursar faculdade de pedagogia ou serviço social.

Após finalizar o momento de análise do conteúdo, as seguintes categorias emergiram a partir da fala dos sujeitos entrevistados:

Categoria 1: O saber acumulado do ACS;

Categoria 2: Valorização das atribuições sob a ótica do próprio profissional;

4.1 Categoria 1: O saber acumulado do ACS

Pela análise do conteúdo das falas, entende-se que os ACS identificam vários processos educativos, institucionalizados ou não que compuseram a sua trajetória. O ensino médio é identificado como parte da formação destes trabalhadores, entretanto ressaltam-se alguns processos diretamente voltados para a sua prática profissional: o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE); outros cursos técnicos e ensino superior compõem o conjunto dos processos de formação com grau mais elevado de institucionalização. Outros cursos, de curta duração, com temas mais específicos, ocorreram tanto após o ingresso na ESF quanto antes de ingressar na ESF. O curso introdutório está entre eles. Observa-se que a ACS que fala do introdutório com carga horária elevada, 400 horas, refere-se a 2005. Os ACS destacam ainda a importância do conhecimento adquirido a partir da experiência profissional e o conhecimento adquirido a partir de uma referência profissional. Nestes casos o médico é apresentado como um profissional que pode ser acionado para tirar dúvidas, e o enfermeiro, além desse papel, é recorrentemente citado como desempenhando um papel de “formador”.

ACS 1: *“Fiz o técnico de auxiliar de enfermagem... Foi no PROFAE... a gente se aprofundou na área técnica, né, de técnico de auxiliar de enfermagem, foi tudo de bom para a gente... foi muito bom porque abriu a mente da gente, pra gente poder ser mais útil, produzir mais naquilo que a gente tava começando. Agente de saúde era visita e a gente se aprofundava mais. Foi muito bacana. ”*

ACS 2: *“..foi antes de a gente começar... Acho que foi de 400 horas o Introdutório... Eu entrei em 2005 e fiz o Introdutório. E sempre houve, sempre houve muitos cursos, muitos, muitos. Cursos desde... Tipo... Tinham Cursos sobre Amamentação, por exemplo... Doenças... De tudo o que você pensar de Cursos a gente tinha. Mesmo que alguns fossem palestras para que a gente soubesse mais o que é uma Tuberculose, como trabalhar com isso...”*

ACS 10: *“Eu tô fazendo pós-graduação porque eu já sou formada, né. E eu estou fazendo Saúde Pública porque eu pretendo ensinar saúde”*

ACS 12: *“ Eu acho que uma grande parte que é na prática que a gente acaba aprendendo né, que curso assim ajuda né mas que a gente aprende mesmo é ali fazendo”*

ACS 15: *“Eu fiz pela CEFOR o de agente comunitário de saúde... curso normal fiz técnico em contabilidade. Comecei um técnico de segurança e depois eu parei assim... questões particulares, mas me arrependi de não ter terminado ... Concluí o de Contabilidade e o Segurança do trabalho não”*

ACS 17: *“Geralmente quando surgem dúvidas procuro a enfermeira ou médica ou a técnica de enfermagem”*

Do total da amostra, 19 (95%) ACS informam ter participado de cursos de curta duração, rotulados pelos próprios profissionais como “atualizações” ou “rápidos treinamentos” com o intuito de facilitar o exercício do cargo:

ACS 4: *“(...) tipo aleitamento materno, essas coisas básicas do dia a dia, territorialização... as oficinas duravam 6hs, agora tem capacitação de 2hs, de 3hs e 4hs, às vezes o dia inteiro, depende... Eles quando vem da secretaria todos os funcionários são convidados a fazer, então a gente tem que fazer e o de ACS foi obrigatório... A gente acha que nunca vai precisar né, mas normalmente são da nossa realidade, todo dia a gente trabalha muito com idoso, criança e gestante, então são coisas que você usa todos os dias, também trouxe aquela coisa de você treinar os seus conhecimentos, como que eu vou acompanhar o hipertenso, como que eu acompanho um diabético, o que eu vejo numa gestante, o que que eu tenho que olhar numa criança menor de dois anos, o baixo peso, esse tipo de coisas e é o nosso trabalho de todo dia”.*

De acordo com Pereira *et. al* (2016), as ações educativas direcionadas aos ACS são, historicamente, baseadas em treinamentos, capacitações, instruções e que “tendiam a supervalorizar, portanto, a adequação a certos procedimentos práticos sem uma preocupação maior com o contexto, as razões, os fundamentos desses procedimentos, ou uma discussão crítica sobre eles” (p.384).

É perceptível o mecanicismo das práticas que emerge da fala dos sujeitos, ao passo que esses treinamentos visam instruir/engessar o acompanhamento do ACS para cada linha de cuidado, resultando em uma assistência robotizada e sem qualquer processo reflexivo ou problematizador que resulte na construção do conhecimento.

Entre as linhas de cuidado, é possível destacar: Saúde da mulher (acompanhamento pré natal e orientações direcionadas ao período da amamentação);

Saúde da Criança (havendo grande citação quanto ao acompanhamento adequado da caderneta de vacinação, incluindo a busca ativa para atualização); Saúde do Adulto (ressaltando as particularidades direcionadas ao acompanhamento de idosos, principalmente quanto as medicações e situações de descompensação das condições de base), doenças transmissíveis (hanseníase e tuberculose), não transmissíveis (câncer, hipertensão, diabetes), saúde mental (uso de álcool e outras drogas) e zoonoses (com destaque a dengue) , entre as quais os ACS referem ter recebido qualificação ao longo da sua trajetória profissional.

Quanto aos conteúdos trabalhados, observa-se alguma variedade, embora em sua maior parte organizem-se em torno da ideia de saúde como ausência de doença. 8 (42%) ACS referem ter recebido treinamentos destinados às linhas de cuidado, grupo em que se incluem temas diversos. Por exemplo, a linha de cuidado saúde da mulher, dá origem às citações de capacitações sobre amamentação e rede cegonha. Na linha de cuidado em saúde da criança, a imunização é o tema de maior destaque.

Dentre as questões relativas ao processo de trabalho, a atualização cadastral é a mais citada, com 5 citações (26%). Por sua vinculação com repasses financeiros torna-se uma atividade prioritária nos serviços de saúde. Foi citado uma única vez (5,3%) o PMAQ, que esteve até recentemente (2018) associado ao repasse de recursos. Apenas uma pessoa faz referência às capacitações sobre territorialização.

ACS 3: *“Assim, uns cursinhos de horas, Atenção Básica... “Sabe, mexer no computador?. Agora a gente mexe muito no computador, aí se tem boa digitação, tendo ou não tendo eles chamam a gente para fazer um curso para ensinar a mexer no cadastro. E o que vai surgindo aos poucos, eles vão mandando curso para a gente fazer.”*

ACS 11: *Fiz esses cursinhos que eles dão por aí... Amamentação, de zoonose que é animais, que até ia ter hoje e aí cancelaram, PMAQ... Esse tipo de coisa, assim, a gente fez.”*

ACS 4: *“Pela prefeitura que eles fazem pra nós funcionários, tipo aleitamento materno, essas coisas básicas do dia a dia, territorialização, as novas que vem do ministério, que mais?”*

Dois (10,5%) ACS referem ter participado do curso “caminhos do cuidado”, bem como dois (10,5%) referem outros cursos no âmbito da saúde mental (transtorno mental, álcool e outras drogas).

O curso “Caminhos do cuidado” tem o seu marco inicial em 2013 e tem por objetivo contribuir para a formação de ACS, auxiliares e técnicos de enfermagem da AB

para atuar no acolhimento e escuta embasando suas práticas de cuidado em saúde mental, com ênfase nos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas adotando a aprendizagem significativa como metodologia. (BRASIL, 2013)

Temas voltados para doenças específicas, e que estiveram em destaque no quadro sanitário nacional como as arboviroses e zoonoses também foram objeto de capacitações citados por 2 ACS (10,5%), bem como 2 (10,5%) profissionais mencionaram doenças específicas, como tuberculose, hanseníase e câncer. Além desses foram mencionados por um entrevistado os primeiros socorros e odontologia (5,3%).

ACS 5: *“(...) o último foi caminhando... Eu tenho uma blusa lá, também foi baseado também como a gente deve cuidar de pessoas também na comunidade e de pessoas idosas, de pessoas usuários... De pessoas assim e de tudo que acontece dentro da comunidade como que a gente já sei lidar com esses problemas, da adolescência, de gravidez na adolescência, tudo isso, o último foi isso.”*

ACS 7: *“foi voltada para transtorno mental e com pessoas com uso de drogas. Esse trabalho com pessoas com transtorno e usuários de drogas, não é um trabalho fácil... Mas as outras capacitações, como, por exemplo, a capacitação de câncer de mama, câncer de útero, hanseníase, tuberculose... Ajudam bastante a atuar, trabalhar na área... Assim, pela capacitação e pelo espaço pra gente, se a gente vai lá e aprende e você coloca em prática algumas coisas que estão à sua altura, o seu trabalho funciona”*

ACS 4: *“Pela prefeitura que eles fazem pra nós funcionários, tipo aleitamento materno, essas coisas básicas do dia a dia, territorialização, as novas que vem do ministério”*

ACS 11: *“Amamentação, de zoonose que é animais, que até ia ter hoje e aí cancelaram, PMAQ...”*

ACS 15: *“eles usavam a palavra treinamento e agora não é mais, né? Então a gente teve algumas bases: primeiros socorros, banco de leite, que é tudo que envolve tudo que envolve o trabalho do agente de saúde. Teve também caminhos, “Caminhos do cuidado”, esse último que eu gostei demais. Então eu já tive parte de vacinação, umas teorias, digamos assim”*

No momento de coleta de dados dessa pesquisa (2016) a odontologia já estava presente na atenção básica. Entretanto, atualmente, ela ganha novo impulso dentre as atividades da Carteira de atenção primária e sendo incluída entres as ações estratégicas que serão alvo de financiamento específico. Possivelmente isso se refletirá no foco de futuras capacitações.

Garcia *et. al* (2017) destacam que as temáticas relacionadas às linhas de cuidado são recorrentes nas capacitações direcionadas aos ACS, citando a hanseníase, tuberculose, saúde da mulher e da criança, como as principais temáticas trabalhadas, corroborando para compor a carga de conhecimento desse profissional, com vistas aos critérios estabelecidos ao acompanhamento do ACS.

De acordo com as falas dos ACS, os treinamentos estabeleciam diretrizes para “o que perguntar” em uma visita de acompanhamento para cada linha de cuidado. Isso é importante, pois dá dimensão do quanto um treinamento pode ser incorporado como direcionador da relação entre esses sujeitos - ACS e usuário.

Dentre os entrevistados, 17 (85%) referem procurar um profissional de referência para adquirir novos conhecimentos e também em caso de dúvidas que emergem no cotidiano da prática profissional, onde o enfermeiro é o profissional que é citado por 14 (82%) ACS, seguido de médicos, citados por 8 (47%), o colega ACS, citados por 6 (35%) e técnico de enfermagem, citados por 2 (12%). Um ACS referiu recorrer ao material fornecido em treinamentos (6%), bem como 1 refere ter recorrido à internet (6%), possivelmente esse índice é maior em centros urbanos onde a internet é mais acessível. Percebe-se também o entendimento de que há um limite para a atuação, a partir da qual é necessário recorrer a profissionais que teriam um nível de formação mais elevado.

ACS 11: *“Então você foi aprendendo a partir das orientações que a enfermeira ia dando, tirando dúvidas...”*

ACS 4: *“tudo gira em torno da gente como enfermeira ou médico, é igual eu te falei aqui a equipe é bem aberta, a gente tem liberdade de chegar na Doutora Sarah (médica), discutir o caso com ela, discutir o caso com a Talita, independente da hora que chegou hoje, mudou todo o meu planejamento? Vou atrás vou resolver com elas... É aquela coisa, eu vou até uma parte, acima disso eu tenho que recorrer a quem pode além de mim, às vezes pode ser o técnico porque alguém ligou para uma avaliação ou o paciente está passando mal e a gente chega no técnico: “vamos ver tal paciente” e vai, mas se for qualquer outro tipo de problema que eu sei que às vezes o técnico não vai poder me ajudar eu já passo caso pra ela e ela já me dá uma direção, vamos correr e conversar com a Sarah (médica), já vamos medicar, você leva a medicação para pessoa, a receita, é assim.”*

Reconhecer o enfermeiro como um profissional de referência é um fato evidenciado em inúmeras publicações:

“Em relação aos ACS, todos citaram o enfermeiro como referência para suporte, logística, conhecimento e para sanar possíveis dúvidas sobre atendimento e processo de trabalho, reforçando o papel do enfermeiro na supervisão e educação permanentes”. (FONSECA *et al.*, 2018, p. 3215)

Tal fato pode ser explicado talvez pela concessão a esse profissional do papel de “mediador entre fronteiras do conhecimento”, assim como é possível observar “ (...) o predomínio de um modelo funcional de gestão do cuidado e do trabalho pelo enfermeiro, com foco na resolução de problemas” (FONSECA *et al.*, 2018, p.3217), assim:

“(...) o enfermeiro que atua na Atenção Básica assume uma multiplicidade de tarefas e possui importante papel mediador entre o usuário e a capacidade de resposta dos serviços, e que acaba por ser também um facilitador do trabalho dos demais profissionais” (FONSECA *et al.*, 2018, p.3217)

Os trechos citados contribuem para o entendimento das razões pelas quais o ACS identifica o enfermeiro enquanto uma liderança dentro da equipe, já que simboliza um profissional que potencializa a sua atuação, sendo frequentemente reconhecido como “chefe da equipe”, já que compõe uma figura essencial para a resolução das demandas identificadas no território.

Lorenzi, Pinheiro (2016) ratificam o papel do enfermeiro como figura de liderança e de primeiro apoio por parte do ACS uma vez que o próprio ACS se identifica como uma “ponte entre a comunidade e a ESF, o que viabiliza a identificação dos problemas e discussão do mesmo em equipe com o intuito de que haja o desdobramento em ações traçadas pelos enfermeiros, rotulados como “chefes” (p. 2542).

Silva (2001) *apud* Coelho, Vasconcellos, Dias (2018) destacam “o uso pelos agentes do saber ‘emprestado’ dos profissionais da equipe, como médicos e enfermeiros” (p. 593), onde a busca secundária por outros profissionais que não sejam enfermeiros, gira em torno do conteúdo da dúvida a ser esclarecida:

“No que diz respeito às ações de educação em saúde, existe um distanciamento do médico, o qual poderá estar associado à sua formação. Quando identificados problemas ou dúvidas sobre a farmacoterapia pelos ACSs, 39,75% e 47,95%, respectivamente, recorriam ao profissional médico”. (GUIMARÃES *et. al*, 2017, p. 189)

Alguns entrevistados têm ao colega de profissão como fonte para aquisição de conhecimento.

ACS 14: *“A enfermeira Marina, a gente sempre recorre a ela... A gente sempre pergunta um ao outro né? Isso, como faz isso, se souber quem te traga a informação, senão a gente vai na enfermeira.”*

A rotina compartilhada pelo cargo, a possibilidade de ter encontros informais, a chances de ter contato com outros modos de lidar com os problemas e o vínculo entre os ACS, contribuem para que haja companheirismo, amizade e discussão com os colegas, fato já observado em estudos:

“ (...) o estabelecimento de vínculos entre os colegas de trabalho fortalece o ACS. Através do contato com os companheiros de equipe, é possível pensar formas diferentes de lidar com os problemas do território e maneiras de enfrentar as dificuldades de acompanhamento dos casos que surgem”. (MOURA, SILVA, 2015, p. 1001 – 1002)

“A ACS fala de situações que não compreende muito bem, mas ao mesmo tempo busca apoio em membros de sua equipe que podem esclarecer suas dúvidas e orientar suas ações. Dessa forma, percebemos que a conversa entre os trabalhadores, ainda que pareça simples e informal conforme se dá nos pequenos encontros cotidianos pelos corredores, pode ser uma maneira de aperfeiçoar os procedimentos dos envolvidos”. (MOURA, SILVA, 2015, p. 1000)

E ainda:

“ (...) vemos como a proximidade e a cooperação com outros trabalhadores proporcionam maior sintonia ao serviço, harmonizando as diferenças entre os sujeitos conforme é permitido a cada um cooperar com o outro e transformar as singularidades em potências”. (MOURA, SILVA, 2015, p. 1002)

Portanto: “A proximidade com os parceiros de trabalho diminui as dificuldades e potencializa a resolubilidade do serviço”. (SILVA, MOURA, 2015, p. 1000) e o próprio exercício da profissão.

Mais uma vez fica claro por meio da fala dos sujeitos, a intensa redução de espaços de reflexão/problematização da prática promovida pelas diversas frentes de atuação do ACS tanto na equipe, quanto no território, torna o agir e o pensar por parte do ACS cada vez mais dependente de um outro indivíduo, e não da equipe, o que contribuiu para redução da sua autonomia e fragiliza o seu papel enquanto orientador e promotor de saúde.

Os dados sobre perfil de escolarização dos que tem formação técnica mostram predominância absoluta de estudos na área da saúde. Nove (70%) completaram o ensino médio, entendida como formação legalmente requerida para atuar como ACS; 11 (55%) possuem formação profissional em outros cursos técnicos, dos quais, 9 (82%) citam o curso técnico em ACS, seguido por 6 (55%) com o curso de auxiliar de enfermagem, 4

(36%) com o técnico de enfermagem, 1 (9%) com o curso de contabilidade, 1 (9%) com o curso de cuidador de idosos, 1 (9%) com curso técnico em segurança do trabalho e 1 (9%) com o curso de técnico em saúde bucal:

ACS 15: “ (...) curso normal fiz técnico em contabilidade. Comecei um técnico de segurança e depois eu parei assim...”

ACS 18: “Primeiro eu fiz tudo. Fiz TSB. Aí trabalhei de noite de TSB e trabalha de Agente de Saúde. Aí depois que fui fazer o Curso Técnico... Fiz Cuidadores de Idosos, fiz para gerenciar, coisas de gerente”

ACS 8: “Fiz, fiz como, eu fiz como auxiliar de enfermagem”

ACS 1: “PROFAE. Para fazer o curso. A gente fez o curso de técnico de enfermagem. Algumas pessoas fizeram.”

O predomínio de ACS atuando com o ensino médio reflete o panorama geral da formação desses profissionais, evidenciado em inúmeras publicações, nas quais traduzem uma porcentagem superior a 50% dos indivíduos da amostra apresentando o ensino médio (COELHO, VASCONSELLOS, DIAS, 2018).

No entanto, observa-se um quantitativo expressivo de trabalhadores que ingressam com o ensino médio, complementando a sua formação com o ensino técnico profissionalizante ou, até mesmo, o ensino superior. Essa realidade também é evidenciada em algumas publicações que relacionam o ingresso na função de ACS como algo que impulsiona e estimula a continuidade dos estudos atrelados a profissões/formação em saúde:

“Considerando que muitos ACS complementaram sua escolaridade após o ingresso na profissão, conclui-se que o trabalho impulsiona a continuidade dos estudos. Predomina a formação em saúde, com 30,5 % dos ACS estudados formados como auxiliares e técnicos de enfermagem”. (MOROSINI, FONSECA, 2018, p. 262)

Outro fator que contribuiu para a formação em saúde do ACS, viabilizando o ingresso e a formação como técnicos e auxiliares de enfermagem, foi a instituição do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE). (MOROSINI, FONSECA, 2018).

Atualmente, a realidade voltada ao ACS ainda gira em torno de treinamentos e capacitações. Esse cenário não é algo atual, mas sim o reflexo dos processos formativos vigentes desde a década de 80 para os profissionais de ensino médio completo: “Até a década de 1980, as iniciativas em favor da profissionalização do nível médio da saúde

eram pulverizadas e realizadas com uma certa concepção de treinamento, configurando ações mecanicistas” (PEREIRA, RAMOS, 2006, p.45)

Essas mesmas autoras não descartam ou minimizam a importância desses treinamentos, no entanto, a questão central, além daquelas citadas anteriormente referentes ao processo problematizador das práticas, gira em torno da certificação que permite elevação de escolaridade e maior oficialidade ao processo de qualificação. Isto proporciona melhorias do processo de ensino aprendizagem sem descuidar das condições para o desenvolvimento das ações de saúde.

Sendo assim, um dos primeiros passos em direção à formação desses profissionais foram as Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS), as quais tinham por objetivo promover a: “(...) formação de trabalhadores de nível médio. Destina-se, sobretudo, à formação técnica daqueles que já atuam nos serviços públicos de saúde”. (LOPES, MOREL, 2019, p. 2)

Principalmente a partir da década de 1990, escolas e Centros Formadores de Pessoal de Nível Médio foram sendo criados, compondo, em 2000 uma rede de ensino voltada à esses trabalhadores, intitulada Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RETSUS). São credenciadas pelos Conselhos/Secretarias Estaduais de Educação, viabilizando a certificação de alunos-trabalhadores que frequentam os cursos. O corpo docente é formado por profissionais da saúde composto majoritariamente por enfermeiros, mas também, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais. (PEREIRA, RAMOS, 2006)

Sem menosprezar a troca experiências como forma de aquisição de conhecimentos, o ponto de maior importância do ETSUS é:

“o fortalecimento da qualidade pedagógica e a preocupação com a certificação dos trabalhadores já inseridos na área da saúde, rompendo, portanto, com a ideia de que bastariam os serviços por si só, através da passagem de experiência entre os trabalhadores ou através de meros treinamentos”. (PEREIRA, RAMOS, 2006, p.55)

O PROFABE instituído entre os anos de 2000 a 2005, pode ser entendido como um processo do Ministério da Saúde que objetivou promover a profissionalização de trabalhadores da saúde que não possuíam a necessária qualificação e escolarização, passando a contribuir como uma das principais referências para os currículos da educação profissional. Teve um componente específico direcionado à melhoria das condições das ETSUS. O PROFABE buscava relacionar o desenvolvimento de

competências com a ampliação da autonomia de trabalhadores da saúde para enfrentar os imprevistos dos processos de trabalho (PEREIRA, RAMOS, 2006).

Seguindo por esse mesmo mote, observamos a relevância do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS), o qual oferece formação a trabalhadores que já desempenhem a função de ACS no sistema público de saúde e tem a duração de dois anos e quatro meses. A principal justificativa para a criação e desenvolvimento do CTACS é a de que “embora os alunos do curso possuam o ensino médio completo, eles tiveram, em sua maioria, uma escolarização precária, e uma formação profissional frágil e fragmentada, construída basicamente pelo próprio exercício profissional”. (LOPES, MOREL, 2019, p. 7)

Observamos que o avanço na escolarização dos ACS não se limita apenas à formação técnica, mas também observamos uma parcela de profissionais com ensino superior completo. Quatro (20%) referem ter concluído o curso de graduação após ingressarem na profissão. Desses, metade concluiu o curso de pedagogia, seguindo um profissional formado em educação física, bem como um em administração. Pelas falas há uma articulação entre essas formações e sua prática de trabalho como ACS.

ACS 16: *“Porque, através dessas experiências que tive, por exemplo, em Pedagogia, me ajudou muito nos relacionamentos com as pessoas, sabe?”*

ACS 2: *“eu sou formado em Educação Física, na terça-feira eu chego aqui no horário, e eu poderia fazer essas atividades com os hipertensos e diabéticos... .. Eu poderia fazer, mas não faço porque tem quem recebe para isso”*

ACS 4: *“administração entra mais uma parte burocrática a parte dos relatórios acabam ficando na minha mão”*

Alguns estudos trazem as mesmas conclusões, associando ao ingresso e conclusão de cursos ligados às demandas da comunidade, o que pode ser influenciado por suas atribuições associadas às ações educativas. (MOROSINI, FONSECA, 2018)

Ainda que o enfermeiro seja o profissional de referência, essa graduação foi pouco citada. Vale registrar que o curso de enfermagem tem uma característica bastante assistencial, curativista e as práticas dos ACS entrevistados organizam-se tendo a educação em saúde como foco.

Ainda é expressiva a parcela de profissionais que refere ter recebido algum tipo de treinamento prévio ao ingresso: 4 (35%) referem aquisição de conhecimentos por

meio de cursos de curta duração ministrados antes de ingressar na prática profissional, com destaque ao curso Introdutório em Estratégia de Saúde da Família, onde 6 (86%) profissionais referem ter cursado. A aquisição de conhecimento principalmente por meio da própria experiência profissional, foi mencionada por 7 (35%) dos entrevistados:

ACS 2: *“Foi antes de a gente começar. Foi a Kamila (enfermeira), que é ali de Paranaíba. Acho que ela até deu um Curso esses dias. Ela que fez esse Curso para gente. Acho que foi de 400 horas o Introdutório. Então, eu fiquei bem sabendo”*

ACS 19: *“Tem muita coisa que eu aprendi na comunidade (humhum). Porque a gente.. Deixa eu me lembrar aqui o quê que foi. Tanto que aprendi na prática, na comunidade...”*

Morosini, Fonseca (2018) salientam o impacto positivo para a formação desse novo trabalhador ocasionado pelo curso inicial, normalmente ministrado antes de iniciar as atividades laborais, intitulado como “Curso Introdutório em Saúde da Família”: Ainda assim as autoras registram a falta de definição quanto a carga horária, o que pode tornar o curso muito superficial.

“A preparação para o trabalho, inicialmente sem parâmetros definidos, tem uma trajetória que inclui o curso introdutório, de carga horária e conteúdos variados e a capacitação em serviço, com a participação dos enfermeiros e ACS mais antigos”. (MOROSINI, FONSECA, 2018, p.265)

O referido curso foi organizado baseado na Portaria GM nº 2.527, de 19 de outubro de 2006, define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para os profissionais que atuam na Saúde da Família e tem como objetivo principal:

“(…) qualificar os profissionais que ingressam na Atenção Primária à Saúde, para que ampliem sua visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade na qual estão inseridos” (BRASIL, 2016, p.8)

Mesmo observando que grande parte desses profissionais foram contemplados com o curso introdutório previamente ao seu ingresso prático, o mesmo está distante de abarcar a totalidade e a complexidade do dia a dia da ESF, em que a rotina ainda significa uma grande e rica, porém incerta forma de aprendizado: como observadora desse processo, sinalizo que a rotina se constitui também como um espaço de formação de ‘vícios de trabalho’ nem sempre benéficos, construtivos, para a atuação destes profissionais.

“Os agentes utilizam os saberes do senso comum e de sua própria experiência e se ressentem da falta de instrumentos, tecnologias e

saberes para apoiar as diversas dimensões esperadas de seu trabalho” (COELHO, VASCONCELLOS, DIAS, 2018, p. 593).

Atualmente, o curso introdutório não ocorre com a regularidade que deveria ocorrer ou, em algumas realidades, sequer ocorre, tendo em vista o fato de que a periodicidade mínima quando foi estruturado, é que ocorra trimestralmente para cada turma (SMSRJ, 2016).

Mesmo sendo de extrema importância, já que viabiliza uma visão global tanto das suas atribuições individuais, mas também, enquanto membro de uma equipe multiprofissional, muitos ACS são levados a atuar na ESF sem ter noções básicas do processo de trabalho, meramente por residir no território, ter influência social e vontade em atuar na ESF. Isso ratifica o saber prático ocasionado após o ingresso, seja pela experiência/rotina, treinamentos ou pelo “saber emprestado” com o outro profissional.

Em linhas gerais, os ACS são profissionais que trabalham na comunidade em que residem e são responsáveis por desenvolver um conjunto de atividades previstas em documentos oficiais, e outras que lhe vão sendo delegadas no cotidiano. São estratégicos na APS, já que contribuem para a vinculação dos serviços com a comunidade e promovem a vigilância em saúde no território, potencializando ações que possam interferir sobre as condições de saúde dos indivíduos e da comunidade. (SAMUDIO *et. al*, 2017)

Tendo em vista a definição do cargo, observamos que a formação mínima atrelada ao ensino médio completo é uma realidade e que, o mesmo conta com atualizações/capacitações pré e pós ingresso, bem como com um profissional de referência e com a experiência diária para desempenhar as suas funções.

Os treinamentos ou capacitações são importantes com vistas à atualização do profissional, já que o cotidiano na ESF é dinâmico e requer do profissional atuante a constante capacidade de atualizar-se do ponto de vista técnico, social e territorial.

Sendo assim, ao analisar historicamente os avanços formativos para o ACS, observamos tentativas de investir nesse profissional enquanto componente indispensável para viabilizar a atuação da equipe de saúde da família, os quais são confirmados por meio do presente estudo. No entanto, observamos, ao mesmo tempo, tentativas recentes de precarização, desvalorização e descaracterização da figura do ACS, o que afeta diretamente a próprio entendimento a respeito do seu papel na ESF e suas atribuições, resultando em constantes conflitos internos, sofrimento e a fuga do exercício profissional na primeira oportunidade de traçar novos caminhos profissionais.

Um marco inicial data das portarias n. 958 e n. 959, de maio de 2016, atualmente revogadas, mas que naquele momento abriram precedentes para que estes profissionais pudessem ser substituídos por técnicos de enfermagem utilizando como justificativa a ampliação do foco na capacidade clínica na unidade de saúde e no domicílio pelas ESF (RIQUINHO *et. al*, 2018)

Isto é atualizado na PNAB 2017 que admite que as equipes de atenção básica possam ser compostas por ACS ou auxiliar de enfermagem e agravado pela portaria MS no. 2539 de setembro de 2019, que institui a equipe de atenção primária (eAP) composta por médico e enfermeiro. (BRASIL, 2019)

Atualmente a Portaria nº 83, de janeiro de 2018 perpetua esse ideal, ao instituir o programa de formação técnica em enfermagem, viabilizando a transformação do ACS em técnicos de enfermagem, desconsiderando a existência do Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, o qual tem por base um perfil de atividades complexas, promovendo a interface entre a clínica com predomínio da prevenção e promoção da saúde. Já o curso de técnico de enfermagem, tem como base atividades ligadas à assistência clínica, com ênfase nas práticas de enfermagem (MOROSINI, FONSECA, 2018)

A grande lacuna no processo formativo desse profissional está no fato de que há um hiato entre a prática e a formação que recebe, sendo extremamente recorrente a fala de que, por maior que seja o seu nível de escolaridade e educação permanente de forma rotineira, o profissional não se sente preparado em sua totalidade para atuar. Pereira *et. al* (2016) destacam: “Dentre os problemas mais discutidos, pode-se destacar a aproximação entre o processo formativo, as propostas e o cotidiano dos serviços de saúde do SUS”. (p. 378)

Por mais que tenhamos observado a ampliação da formação profissional na referida categoria, o próprio ACS sinaliza ser insuficiente para a sua atuação, tendo em vista o excesso de atribuições, muitas vezes pouco claras para os quais são designados a cumprir: “Uma questão a ser considerada é a necessidade da qualificação técnica desses trabalhadores, visto esta ser desestruturada e insuficiente para subsidiar seu amplo papel na ESF” (GARCIA *et. al*, 2017, p. 10) e ainda:

“A diversidade do trabalho do ACS sinaliza a necessidade de constante atualização conceitual. No entanto, a indefinição do seu papel no escopo da equipe e da comunidade pode gerar a busca equivocada de conhecimentos que não condizem com as competências requeridas pelo seu trabalho” (GARCIA *et. al*, 2017, p. 10)

Outros autores alertam para as mesmas questões:

“Os ACS consideram sua formação profissional insuficiente e as principais falhas percebidas foram: excesso de padronização de conteúdos que abordam temas predominantemente técnico-científicos e que não incluem dados da realidade local; enfoque insuficiente em aspectos teóricos e práticos que poderiam auxiliá-los no enfrentamento de questões da realidade cotidiana de trabalho, como o manejo de problemas familiares e de ordem social; e, por fim, restrição da carga horária oferecida para tal atividade – realizam sem entender a importância” (ALONSO *et. al*, 2018, p. 8).

A escolaridade ampliada evidenciada configura um panorama ambíguo. Por um lado, observamos o investimento no profissional para que o mesmo atuar em outras categorias, com especial destaque ao técnico de enfermagem, incorporando atribuições outras as quais descaracterizam o seu papel basilar; ou o investimento pessoal em completar a graduação em outros ramos. Por outro lado, existem formações em nível de graduação que se articulam com práticas presentes no trabalho do ACS (pedagogia, educação física).

Vale destacar que não há política de elevação da escolaridade para ao ACS, nem mesmo de formação desses trabalhadores, mas sim, é possível encontrar algumas iniciativas municipais e estaduais direcionadas para esse fim. Atualmente, o maior esforço para alcance desse objetivo, parte do próprio trabalhador, por interesse e movimentos próprios.

Quando observamos Carteira de Serviços da Atenção Primária em Saúde (CaSaps), existe apenas uma menção ao ACS, na atividade acompanhamento de usuária no puerpério. Dentre as ações estratégicas definidas no financiamento, não se inclui os ACS. Isto desenha um cenário ainda mais negativo quando consideramos a perspectiva de desenvolver e consolidar o papel deste trabalhador no SUS.

Há, portanto, um mau prognóstico para a categoria profissional em um futuro próximo: “o ACS almeja outra inserção profissional no futuro, em especial os mais jovens, o que acarreta a busca por cursos de qualificação e profissionalização que permitam a formação para outras funções que garantam maior rentabilidade financeira”. (GARCIA *et. al*, 2017, p. 288).

Morosini e Fonseca (2018) corroboram com essa mesma linha de pensamento:

“A elevação da escolaridade geral da categoria aqui já referida, por um lado, contribui para desmistificar esse argumento contrário à formação profissional dos ACS, mas, de outro, aponta um novo problema. Percebe-se que muitos ACS já buscaram um caminho próprio de profissionalização, inclusive de nível superior, fragilizando

ainda mais o projeto de uma formação própria, representada pelo Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde”. (p.266)

Portanto, cabe a reflexão a respeito dos processos de capacitação deste profissional no sentido de perceber que o investimento em sua qualificação vai muito além de alinhar e estabelecer fluxos para o acompanhamento territorial adequado, mas serve também como um alerta para a precarização do papel do ACS, ao passo que o mesmo passa a desenvolver cada vez mais atribuições de forma oficiosa, reduzindo assim a sua visibilidade e perdendo espaço quanto à sua atuação basilar: promotores da saúde.

Tendo em vista a sua crescente desvalorização, não somente por meio das normas e documentos que dão substância as políticas de saúde recentes, mas também refletida pelo quesito salário, visto que não há o aumento salarial proporcional às suas “novas” atribuições. Assim, esse profissional passa a traçar novas estratégias profissionais em busca do seu reconhecimento e valor, enfraquecendo cada vez mais a força e o brilhantismo da referida categoria. Cabe aqui uma reflexão: ACS? Até quando?

4.2 Categoria 2: Valorização das atribuições sob a ótica do próprio profissional

Conforme abordado anteriormente e ratificado em estudos recentes, o ACS atuante na APS, de uma forma geral, apresenta o nível de escolaridade para além do que é exigido em termos legais (Lei nº 11.350/2006), bem como atendem a Lei Ruth Brilhante, a qual altera a exigência da escolaridade para o Ensino Médio, apesar de ainda existir uma minoria que atua com a escolaridade inferior ao ensino médio.

Portanto, a escolaridade mais elevada pode influenciar na capacidade do cuidado, na compreensão do seu papel enquanto membro de uma equipe multiprofissional, impactando no entendimento acerca das suas atribuições. O maior grau educacional amplia a capacidade do ACS incorporar novos conceitos e utiliza-los em sua prática profissional. (PEREIRA, *et al.* 2018)

Ao analisar o conteúdo das falas, observamos como o ACS descreve a sua rotina de trabalho e a devida importância – ou não – que atribuem às ações desenvolvidas. É nítida a dicotomia entre o tipo de trabalho reconhecido pelo ACS: aquele desenvolvido no território - para o qual atribuem maior valor - e o trabalho interno, visto como burocrático, de menor relevância. Ainda seguindo essa análise, é possível identificar aquelas atribuições as quais o ACS entende como algo inerente à sua ocupação e que de fato os compete, mas também é possível identificar aquelas atribuições que constam em sua rotina de trabalho e que não são vistas como algo que lhes compete, incluindo aqui situações que eles percebem como desvio de função e as que efetivamente são.

Do ponto de vista do tipo de trabalho desenvolvido no território, dos 20 entrevistados, 17 (85%) citam a realização da VD como parte integrante da rotina diária de trabalho; 6 (30%) referem a participação em grupos educativos; 2 (10%) comparecem no domicílio para a entrega de consultas agendados/SISREG, bem como 2 (10%) referem ir ao domicílio para auxiliar em situações emergenciais de saúde.

Estes achados vão ao encontro de alguns estudos nacionais, já que classificam o ACS como elo entre a comunidade e a ESF, tendo em vista as suas principais atribuições:

“monitoramento de casos e resultados de intervenções; facilita o acesso à unidade; cadastra famílias e identifica situações de risco; visita domicílios; encaminha para consultas; promove vigilância e ações de educação em saúde; reflete sobre trabalho e mobilidade comunitária; realiza atividades com grupos prioritários e ações para agilizar o trabalho” (SAMUDIO *et. al*, 2017, p. 754)

ACS 1: *“gosto de fazer tudo na comunidade, eu não gosto de fazer vento aqui no posto, eu não gosto de palestra, eu gosto de fazer tudo lá. Porque aonde você está é aonde está seu público, o que você está almejando, as pessoas estão ali, é o dia a dia delas. Então para você tirar elas e trazer para a unidade é mais complicado. Eu gosto de fazer tudo lá.”*

A VD pode ser entendida como o “acompanhamento das condições de saúde das famílias de sua microárea e na busca ativa de situações específicas” (p. 264) e representa principal expressão da presença do ACS no território. É o momento onde “agentes cadastram os membros da família (condição para o acesso às unidades), realizam orientações diversas, informam sobre a dinâmica de funcionamento dos serviços, entre outras ações” (p. 264) (MOROSINI, FONSECA, 2018).

Para além do acompanhamento, a realização das VD, a estadia no território, é um momento rico para o aprendizado adquirido por meio da sua vivência/experiência e crescimento profissional, obtidos por meio do contato com as famílias. (ALONSO *et. al*, 2018)

Cabe destacar que a realização da VD é, portanto, uma das atribuições do ACS prevista no principal documento norteador das ações desenvolvidas na AB, a PNAB. De acordo com a PNAB a VD deve ser realizada de forma periódica e planejada junto à equipe, com base nas necessidades de saúde da população para viabilizar o monitoramento da situação das famílias e indivíduos inseridos no território, com atenção especial aos agravos e condições que necessitem de maior número de VD (BRASIL, 2017). Contudo, cabe chamar a atenção para o fato de que na Carteira de Serviços de Atenção primária em saúde, lançada em dezembro de 2019, a VD do ACS só é mencionada na situação de acompanhamento do puerpério. São previstas ainda, VD esporádicas de outros profissionais de saúde para os casos de acamados.

Os dados da pesquisa de campo indicam que o planejamento da VD é norteado, preferencialmente, por linhas de cuidado prioritárias, representadas pelo acompanhamento mais cuidadoso de gestantes, crianças, nutrízes, sintomáticos respiratórios e casos de tuberculose:

ACS 2: *“Sim. Eu entrei em 2005 e fiz o Introdutório. E sempre houve, sempre houve muitos, Cursos, muitos, muitos. Cursos desde... Tipo... Tinham Cursos sobre Amamentação, por exemplo... Doenças... De tudo o que você pensar de Cursos a gente tinha. Mesmo que alguns fossem palestras para que a gente soubesse mais o que é uma Tuberculose, como trabalhar com isso... Foi um tempo melhor de Curso no passado, hoje, essa Gestão... Se eu te dizer que a gente...”*

“Ao ACS solicita-se o acompanhamento prioritário de crianças, objetivando reduzir a morbimortalidade infantil e agravos futuros. Destaca-se a pertinência da realização de ações diagnósticas no Brasil, como na TB, com investigação da tosse, orientação e coleta de escarro (SAMUDIO *et. al.*, 2017 p. 756).

Levando em consideração todo o trabalho de território já descrito, é possível entender o porquê valoriza e zela por uma presença cada vez maior em sua área, fazendo com que se ressinta da redução de sua presença na comunidade. No território, o ACS operacionaliza a vigilância territorial por meio da interação com o ambiente e com os usuários cadastrados, consegue estabelecer o vínculo e torna-se corresponsável pela saúde daquela família.

O devido acompanhamento da sua microárea é de suma importância para a identificação de situações de risco e agravos a saúde, configurando o principal canal de comunicação com a equipe técnica para o planejamento da intervenção, visando prevenir desfechos negativos.

Portanto, é no território que se concretiza o papel basilar do ACS, contribuindo para ampliar a sua autonomia e resolutividade enquanto membro da ESF. E a VD merece destaque, uma vez estabelecida a possibilidade de estar presente no domicílio, deixa o profissional em uma condição privilegiada, promovendo uma visão ampliada não só dos determinantes e condicionantes da saúde daquela família, mas também, fornece uma visão do contexto familiar e social.

ACS 3: *“Aí na terça eu tenho, de manhã, ou eu venho para cá, ou eu vou no morro já com algumas consultas, porque a gente vem aqui na segunda à tarde, pega consulta com a Dona do Taissa (médica), ali a da*

semana. Aí entrego as consultas, na segunda de manhã se tiver alguma consulta eu entrego.”

ACS 2: *Então, isso você tem que ficar falando, tem que ficar... “Nossa! Dona Marcela (paciente), a senhora tem que ir lá”. Ela tem um filho que consegue trazer, mas eu acabo fazendo por ele, né? Às vezes, ela quer ir no tempo dela, e o tempo dela tem que ser o tempo dela, não o nosso. Então, ao invés de eu pegar a medicação, por exemplo o remédio controlado dela e levar para ela... A receita, na verdade. A receita. Eu já vou ali na farmácia, já pego o remédio, já levo o remédio. Eu já faço isso por ela. Porque eles, na verdade, tem que levar receita e eles se virem para ir na farmácia. Aí qualquer farmácia perto... Já vou ali, já pego, já levo o remédio, já faço isso.”*

O caráter burocrático de algumas ações, ainda que realizadas no território, também está presente nos documentos oficiais que norteiam a sua prática, ao citar como uma das suas atribuições: “Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;” (BRASIL, 2017)

Mesmo o profissional estando no território, nem sempre atua em direção ao acompanhamento territorial. Frequentemente, vai ao território apenas para a entrega de consultas/agendamentos. Tendo em vista o número expressivo de consultas a serem entregues, essa visita deixa de ser um momento produtivo, de qualidade e troca entre ACS e usuário. Nesses casos, o ACS, nem mesmo consegue tempo para entrar no domicílio, comparece na residência, entrega o agendamento e dali, já segue para o outro endereço, o que intitulam como “VD burocrática”, com o viés quantitativo:

“Observa-se que a visita se transformou em um ato sumário, burocrático, com objetivo de cumprir uma agenda predeterminada, avisar de consultas e exames, e registrar a produção. Sem dúvida, há um desvio da função de ACS, e uma perda na qualidade do cuidado” (CHUENGUE, FRANCO, 2018, p. 12).

Morosini e Fonseca (2018) também alertam para a estadia burocratizada no território pelo ACS, resgatando a entrega do kit odonto. Chuengue e Franco (2018) também apontam para a realização da VD como um ato sumário, burocrático, cujo objetivo é o de cumprir uma agenda, avisar de consultas, exames e registrar a produção, apontando para o desvio da função do ACS e perda da qualidade do cuidado.

Portanto, observamos que, apesar de estar presente no território, é uma visita pouco produtiva no que diz respeito ao acompanhamento e está presente na PNAB. O ACS visualiza a sua ida ao território para a entrega de receitas/medicações/consultas como algo fruto do vínculo, com o intuito de facilitar para o usuário, principalmente

idosos ou por ser algo puramente mecânico, inserido em sua rotina, sem problematizar o real motivo pelo qual lhe foi atribuído tal função.

ACS 12: *“aí também tem duas vezes por mês tem o grupo de caminhada que a gente faz lá da terceira idade que é segunda quarta e sexta que a gente participa e durante a semana é visita, tem a época de campanha a gente faz palestra, vacina, assim a gente convida o pessoal, ajuda também na época da campanha da vacina. (...) a gente trabalha nas escolas que ele vai fazer palestra ou alguma coisa, ensinar escovação né, aí a gente acompanha você entendeu, fora disso, é mas assim nas escolas que a gente trabalha ou então no grupo também da caminhada da terceira idade eles vão pra ensinar os cuidados, aquele pessoal que usa prótese, dá escovação, assistência, sempre faz palestra.”*

Os grupos educativos podem ser entendidos como:

“ações coletivas de caráter educativo, que visam o aprendizado de diversas formas de viver e lidar com a doença, que se prezam ao esclarecimento das dúvidas dos usuários e tenta incutir a mudança de hábitos. Porém, para além de tais contemplações, os grupos almejam a formação de um espaço para a formação e fortalecimento de redes sociais, a criação de vínculo tanto com os profissionais de saúde e serviço quanto com seus pares, para a experimentação de novas formas de viver” (MATIAS, 2017, p. 23)

É citado entre as atribuições do ACS:

“Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;” (BRASIL, 2017b, art. II)

E ainda: “Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;” (BRASIL, 2017b, art. V)

Os grupos de educação em saúde ainda estão fortemente incorporados à rotina do ACS, sendo a sua grande maioria desenvolvido no território junto ao enfermeiro, outro ACS ou até mesmo sozinho (COSTA *et. al.*, 2013).

Uma estratégia que ocorre minimamente de forma mensal na rotina das equipes e que contribuiu para que essas ações sejam realizadas majoritariamente no território é o Programa Saúde na Escola (PSE), reconhecido pela fala do trabalhador.

De acordo com o Decreto 6.286 de 5 de dezembro de 2007, o PSE “constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de

educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica”. (BRASIL, 2007, art. 3)

Assim, as orientações fornecidas objetivam “orientar os indivíduos quanto ao autocuidado e quanto às medidas de proteção, além de estimular o indivíduo e a comunidade a refletirem sobre suas condições de saúde e doença” (COSTA *et. al*, 2013, p. 2153)

Percebemos então que o ACS atua na interseção entre o saber popular e o técnico. (PINTO *et. al*, 2017). Para além da confluência de saberes desse profissional, um outro fato importante é que o ACS passa a ser o profissional de referência daquela família, tendo em vista a rede de afetos e proximidade constituída pelo vínculo estabelecido (GOMES *et. al*, 2016), o que facilita o acesso a esse profissional e a manutenção do diálogo.

Portanto, o ACS entende as ações de educação em saúde como de sua competência e a valoriza como tal, inclusive, muitos citam a realização de grupos de forma fixa em sua rotina semanal. Essa constatação pode estar vinculada ao tempo de atuação, uma vez que muitos ACS participantes do presente estudo, apresentam 10 anos ou mais de atuação, demonstrando o grande valor e importância que atribui às ações de orientação e ao impacto que ocasiona na vida dos seus cadastrados. O que já destoa do ACS inserido no contexto atual da ESF, que apresentam e verbalizam grandes fragilidades ao conduzir orientações em saúde e muitos, afirmam não ser sua atribuição, sendo muitas vezes, dependente do conhecimento de um profissional de nível superior, representado, na maioria das vezes, pelo enfermeiro da equipe.

ACS 10: *Segunda nem terça, eu vou primeiro ver quais são as prioridades como é que tá. Porque geralmente a gente deixa, tem aquele senhor que tava com a pressão alta... aquele diabético que eu passei lá que não tem uma família bem orientada, que tá com a diabetes muito alta. Aí eu procuro “E aí, tá tudo bem? Teve alguma intercorrência? Teve alguma coisa? Foi ao médico? Como é que tá a medicação?”*

Ao identificar e auxiliar em uma situação aguda, principalmente quando o usuário apresenta alguma descompensação, o ACS retorna ao domicílio com mais frequência, com o intuito de monitorar até a sua completa estabilização. Alguns estudos já evidenciam que “o seguimento realizado pelo ACS tem impacto positivo na saúde dos indivíduos com hipertensão e outras condições crônicas, ao auxiliar na redução de fatores de risco” (SOUSA *et. al*, 2018, p. 606)

Quanto ao trabalho intitulado como burocrático, realizado no interior da unidade, do total de 20 profissionais entrevistados: 11 (55%) citam ações de digitação (cadastro, lançamento de VD no E-SUS, lançamento de acompanhamento das condicionalidades do BF); 7 (35%) participam de reuniões com periodicidade distintas (reuniões gerais, de equipe, intersetoriais); 4 (20%) citam o acolhimento; 3 (15%) citam a realização do agendamento de usuários nas agendas dos profissionais da equipe técnica. E ainda: 4 (20%) realizam atividades assistenciais (aplicação de vacina, realização de curativos, sinais vitais); 2 (10%) auxiliam na limpeza da unidade; 1 (5%) cita o serviço de esterilização, assim como 1 (5%) realiza atividades vinculadas à farmácia.

Algumas falas revelam a maior permanência no interior da unidade como algo obrigatório, com o intuito gerar dados/alimentar ao sistema de informação por meio da digitação, seja das fichas de cadastro (cadastramento/atualização), seja por meio do registro simplificado das visitas e conseqüentemente atingir à meta/produção mensal estipulada para o ACS:

ACS 3: *“É. Aí nos outros dias quando eu não estou aqui. Agora, eu acho errado, mas a gente está mais aqui do que no campo de trabalho, com essa produção. Se você não ficar aqui, bem dizer direto, você não consegue fazer produção. Você tem que fazer produção para poder mostrar que você trabalhou no final do mês, então tem hora que você tem até que inventar serviço (...)”*

Ao avaliar o sentimento atribuído à sua permanência no interior da unidade, fica evidente o caráter compulsório e insatisfatório, revelando uma atribuição a qual deve ser feita, no entanto, para a qual o ACS não atribui valor:

ACS 3: *“Aí na terça eu tenho, de manhã, ou eu venho para cá, ou eu vou no morro já com algumas consultas, porque a gente vem aqui na segunda à tarde, pega consulta com a Dona do Cristiane (médica), ali a da semana. Aí entrego as consultas, na segunda de manhã se tiver alguma consulta eu entrego. Terça a gente tem que estar aqui, e terça é o dia que eles me escolheram para poder digitar. Se não tiver a Comissão Local de saúde na segunda terça do mês, aí eu tenho que ficar digitando até as seis. Agora até as seis, graças a Deus. Não é até as sete mais não”*

O cadastramento é uma atividade prevista e comum a todos os membros das equipes que atuam na AB: “Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros

dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente” (PNAB, 2017)

No entanto, em termos práticos, verificamos ser uma atividade desenvolvida exclusivamente pelo ACS. Alguns estudos evidenciam ser uma atribuição de destaque e importância na rotina do ACS, tendo em vista o fato de ser citada por todos os ACS quando são questionados sobre as atividades desenvolvidas em sua rotina (PEDRAZA, SANTOS, 2017)

A PNAB considera a atualização dos cadastros como uma estratégia importante para viabilizar uma análise de saúde do território e o planejamento das ações. No entanto, em termos práticos, observa-se que a maior importância dessa ação resulta da análise quantitativa, de produção e, principalmente financeira que promove, de modo a garantir os repasses financeiros proporcionais.

O seu viés quantitativo, reflete, segundo Alonso *et. al* (2018) o olhar gerencial, já que a digitação das visitas, resulta em uma produção individual a qual será acompanhada e contrastada com a meta estipulada.

Um agravante que observamos ao manipular o sistema de informação atualmente utilizado na AB e que fortalece o ponto de vista quantitativo/produção, diz respeito ao fato de que o ACS não dispõe de campos corridos para relatar informações importantes no prontuário eletrônico e suas VD resumem ao simples preenchimento de fichas com respostas de múltipla escolha, restando ao ACS se organizar em suas próprias anotações, geradas por si, tendo em vista o fato de que, nem mesmo a distribuição de cadernos, foi viabilizada aos profissionais, o que gera sentimento de frustração e desvalorização a respeito da informação gerada pelo ACS.

Também consideram as reuniões ordinárias como algo burocrático, tendo em vista o fato de permanecerem na unidade para participar:

ACS 4: *“A reunião de equipe acontece toda quinta-feira das 11:00 ao meio-dia, a gente tem uma reunião de matriciamento que a gente chama, que é com a nossa equipe normal, mais o CAPS adulto, o CAPS infantil e o NASP. Aí é uma vez no mês, toda a última quinta-feira do mês e outras reuniões que acontecem (...)”*

Mesmo sendo um momento em que estão na unidade, é possível identificar algum grau de importância às reuniões de equipe, já que visualizam um momento propício para discussão em equipe de questões inerentes ao território, bem como de atualização de informações:

ACS 4: *“A gente divide o território, divide a sala de reuniões, a gente divide problemas, porque quando eu identifico um problema aqui e é da competência deles a gente sempre discute juntos, assim quando eles sabem de alguma coisa ele sempre passa entre a gente”*

É um momento fértil, onde a sua função de elo e mediador é ressaltada, já que consegue compartilhar problemas e necessidades identificadas no território com toda a equipe e traçar estratégias. Muitos desses encontros, resultam em visitas domiciliares programadas, onde “a equipe de saúde, com auxílio do ACS, desloca-se para as áreas residenciais da comunidade, promovendo saúde por meio de ações que envolvam a participação da própria comunidade” (SPERONI, *et. al*, 2016, p. 1328). Portanto, o ACS compreende a importância do seu trabalho na equipe de saúde.

O ACS sente-se parte importante da equipe, onde consegue dialogar de forma horizontal com todos os membros da equipe. Atribuiu esse espaço privilegiado de diálogo, à confiança adquirida entre à própria equipe:

ACS 4: *“Aqui eu trabalho em equipe e tudo, a gente já passou por pessoas que tinham muitas dificuldades de trabalhar com a gente, eu vejo assim a equipe que a gente tem hoje uma equipe madura, ela não tem medo de expor, porque assim, antes eu via, eu não sei se tinha essa coisa de se sentir inferior, a pessoa nem falava, nem abria a boca pra falar do paciente só falava quando era chamado, hoje não, hoje eu vejo que todo mundo fala, todo mundo expõe, todo mundo questiona, ninguém tem medo de questionar, o outro pode passar informação nas reuniões que é onde a gente mais fala, a equipe inteira.”*

ACS 4: *“Eu acho que foi a convivência entre a gente mesmo, e aquela coisa a gente passou para o profissional, que não se valorizava também, não levava em consideração aquilo que você falava, e hoje a gente tem uma equipe que ela te escuta, então a gente ganhou a confiança deles, de trazer aquilo que a gente tá vendo lá pra aqui dentro (...)”*

O ACS, como todo integrante da ESF, deve ter o seu espaço de voz respeitado e valorizado, uma vez que representa a extensão da unidade na comunidade e, portanto, deve ter ocupação valorizada na análise de saúde do território e planejamento das ações.

Outra atividade realizada no interior da unidade, diz respeito ao acolhimento. Quando questionados sobre a sua rotina de trabalho, 7 ACS identificam o acolhimento

como uma atribuição e que, em muitos momentos, é visto como algo obrigatório, imposto por meio de escala confeccionada envolvendo a todos os ACS:

ACS 6: *“Quando tem, assim, um cronograma de palestras, a gente segue. E no dia do acolhimento a gente tem que vir. E os demais, são as visitas. (...) Assim, visita, eu trabalho todos os dias, na semana que eu não estou no acolhimento.”*

“(...) A questão do acolhimento é da própria secretaria de saúde. Porque, as vezes, eu até questiono, né. Eu questionei até com a minha coordenação. Porque, assim, o acolhimento, o correto é agente ficar só 2 horas e ir pra área. Só que depende da demanda do posto, às vezes tem uma demanda menor e às vezes tem uma demanda maior. E tem horas que não dá pra sair, tem dias que tem uma demanda grande, que a gente quer ajudar, às vezes, não dá pra ficar só aquelas 2 horas. Até porque a gente tem que acolher a comunidade no posto e bem, a gente não vai ficar só essas 2 horas e sair, e deixar a comunidade ali. Às vezes, tem que ficar.”

Mesmo com escalas para o acolhimento, está embutido em seu discurso a clara insatisfação em deixar de estar no território, para atuar no acolhimento, já que utilizam o termo “perder” turno de visita:

ACS 6: *“A gente antes tinha que fazer 5 visitas depois do acolhimento. Aí mudou agora, então, naquele dia de acolhimento, a gente tem que dobrar a visita do outro dia. Aí a gente se questiona por isso, porque a gente termina perdendo. O acolhimento é bom, mas a deixa de fazer visitar, de ver alguma coisa na área que poderia ser feito. Como hoje, eu estou aqui, mas tem alguém na minha área que eu estou precisando ver. E eu estou no acolhimento. Então, termina, de qualquer forma, o acolhimento tirando a gente da área.”*

(...) “Eu perguntei por que a coordenadora, eu questionei, foi até quinta-feira passada. Eu questionei, por que a gente está no acolhimento. Ela foi questionada e veio dizer que o Ministério da Saúde prioriza que a gente esteja 2 horas no posto. Eu questionei quinta-feira. Eu vejo que é bom, porque a gente acolhe os pacientes, mas a gente deixa os pacientes na área. Veja, são 2 horas aqui, e eu tenho família que é mais de 8 KM, até eu chegar nessa última casa... Que horas eu vou chegar lá, né? Porque a realidade da zona urbana para a rural é diferente. Tem casa que a gente anda meia hora, 40 minutos para achar outra.

Morosini e Fonseca (2018) conceituam o acolhimento como o ato de receber, escutar e interpretar as necessidades dos usuários e atribuem essa tecnologia leve às ferramentas utilizadas pelo ACS para desenvolver uma das suas atribuições.

Assim, o acolhimento é uma ferramenta que viabiliza a mudança no modelo assistencial uma vez que possibilita ao usuário o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral, considerando o acesso como um direito humano fundamental, o que acaba por

viabilizar a relação de confiança entre usuário e o profissional/equipe (LEITE *et. al*, 2016).

O acolhimento é de suma importância, tendo em vista o fato de ser a porta de entrada da APS que por si, já configura entrada preferencial do usuário no SUS. Os ACS desempenham as atividades de acolhimento organizadas em turnos de acolhimento, fixados por meio de escala interna de cada equipe, de acordo com os horários dos funcionários, conforme evidenciado na fala dos ACS atuantes nas diversas regiões do Brasil.

Portanto, o acolhimento sempre foi uma atribuição. No entanto, a permanência por maior tempo nesse espaço, tem sido sentida com a recente redução do quantitativo de ACS por equipe. No passado, a composição mínima eram 6 ACS por equipe. Hoje, com atual política que norteia a AB, a mesma não impõe o mínimo de profissionais, admitindo equipes com 3 ACS, sem contar os desfalques não previstos, como férias, atestados médicos, licenças, entre outros, o que aumento ainda mais a carga de acolhimento e prende o ACS ainda mais na unidade.

Assim, mesmo sendo uma atribuição de extrema importância, o ACS não enxerga como algo inerente à sua atribuição e não lhe atribuiu valor, onde a intensa redução no quadro de ACS e a própria precarização da AB observada nos últimos anos, gera limitações tanto aos profissionais que ali atuam, quanto para a APS de uma forma geral, tornando o acolhimento um momento estressante tanto para o ACS, que muitas das vezes, por questões que estão fora da sua governabilidade, não consegue resolver a demanda, quanto para o usuário, que sai da unidade frustrado e sem respostas para a sua demanda em saúde.

Pedebos, Rocha, Tomasi (2018) apontam para esse cenário não deixando de ressaltar a importância de trabalhos internos, principalmente o acolhimento e salientam a necessidade de ter um meio termo entre as atividades burocráticas e territoriais, sem que haja sobreposição:

“Ainda que o fato de o ACS trabalhar dentro da unidade não descaracterize completamente seu papel, uma vez que possa haver conciliação das suas atividades específicas com esse ambiente de saúde, como o registro de novos cadastros e acolhimento inicial ao usuário, diminui-se o tempo disponível para boa parte do processo de vigilância de território, que só pode ser feito na comunidade.” (p. 947)

3 ACS referem dedicar parte do seu tempo a realizar o agendamento de usuários nas agendas dos profissionais que compõem a equipe técnica, como médicos e enfermeiros:

ACS 16: “ *Na quarta-feira... na terça eu já marco os atendimentos da quarta. Na quarta eu já vou fazer a marcação dos atendimentos que são consultas gerais pra quinta. Aí [inaudível] criança, gestante, gestante não, demanda geral. Resultado de exame, resultado de PCCU, [inaudível], pode ser pela [inaudível]... parte de enfermagem, os que não, a gente já vai até conseguir.* ”

“Aí, na sexta-feira a gente já abre aqui e vê a marcação segundo nível. A gente coloca aquelas pessoas, tudinho, que vão ser mandadas na segunda, tanto pra médica, quanto para a enfermeira. Aí já marca comigo, aí já faz esse procedimento. E, também a reunião com a equipe na sexta-feira.”

Alguns autores ratificam o fato de ser uma atividade desenvolvida pelo ACS, enquanto trabalho interno. Alonso *et. al* (2018) destacam ainda o fato de que o agendamento é considerado um excesso de função para o ACS, já que acabam realizando, quando é algo que não lhes concerne.

Samudio *et. al* (2017) além de destacarem o agendamento como algo presente na fala de todos os ACS que participaram do estudo, caracterizam o agendamento como uma função administrativa que o ACS acaba por realizar.

O agendamento é um ato de grande responsabilidade e o profissional que o realiza, varia de acordo com a pactuação e organização interna de cada equipe. Muitas vezes a equipe realiza os agendamentos semanais e separa um momento da reunião de equipe para realizar esses agendamentos após a discussão dos casos trazidos pelo ACS, ou as agendas podem ser divididas por linha de cuidado e o ACS tem a liberdade e autonomia para realizar o agendamento daquelas linhas de cuidados existentes em sua microárea de acordo com a periodicidade das consultas.

O agendamento não deve ser entendido como uma atribuição exclusiva do ACS, mas sim, de todos os membros da equipe e a forma como o processo se dá, deve partir dos acordos realizados internamente na equipe.

Com base nas falas dos sujeitos, ainda é possível extrair as atividades desenvolvidas e identificadas como algo que compete ao seu cargo e que realizam em sua

rotina; e aquelas que acabam realizando por motivos diversos, mas que não classificam como de sua competência. Tal análise, pode resultar nas atribuições reais, as quais os trabalhadores citam como aquelas que compõem a sua rotina de trabalho; e as previstas, entendidas como tarefas desenhadas para o seu cargo e que deveriam constar em sua rotina, mas acabam não realizando por motivos diversos.

Sendo assim, ao sintetizar as atividades citadas anteriormente como aquelas desenvolvidas no cotidiano de sua prática profissional, é possível compor o trabalho real desempenhado: 17 (85%) ACS citam a VD; 12 (60%) citam burocracias de forma geral (agendamentos, cadastramento, turnos de digitação, alimentação da plataforma para acompanhamento do bolsa família, atividades de secretariado); 7 (35%) citam os grupos educativos; 6 (30%) citam as reuniões; 4 (20%) citam o acolhimento; 3 (15%) citam procedimentos assistenciais (verificação de PA, HGT, curativo, injeções); 3 (15%) citam atividades de limpeza; 2 (10%) citam entrega de medicamentos/exames/consultas; 2 (10%) citam a atuação conjunto aos agentes de endemias; e por fim: 1 cita as palestras, bem como atividades de apoio na farmácia, PSE, esterilização e comissão local (colegiado).

Quanto ao trabalho previsto, uma análise um tanto quanto preocupante é o fato de que os 20 (100%) ACS entrevistados conseguem narrar o seu trabalho real; no entanto, apenas 5 (25%) consegue descrever as atividades previstas para o seu cargo – aquelas que verdadeiramente deveriam desempenhar – com a nucleação em duas categorias de respostas: grupos educativos (2 ACS) e procedimentos assistenciais (3 ACS). Vale ressaltar que 1 ACS não quis responder quando questionado às atribuições prescritas.

Observamos, portanto, que o ACS valoriza a sua atuação assistencial com o intuito de oportunizar a ida ao território, bem como atender a demanda gerada por parte do usuário, ampliar a sua autonomia e resolução, principalmente ao se tratar de idosos:

ACS 1: *“Porque como a gente se aprofundou na área técnica, né, de técnico de auxiliar de enfermagem, foi tudo de bom para a gente. Por exemplo, a gente ia olhar um paciente que precisava fazer um curativo, a gente chegava e já dizia as técnicas, e no final de semana eu ia muito pedir o material no posto aí fazia esses curativos para eles não ficarem assim. E assim, foi muito bom porque abriu a mente da gente, pra gente poder ser mais útil...”*

ACS 9: *“Eu vejo assim, o que é que a gente deveria fazer e não faz: verificar a pressão arterial e verificar o açúcar. Devia ser, também, da nossa função.”*

ACS 13: *“Igual eu te falei, sobre aferir pressão. Porque tem gente que não tem condições de vir aqui no postinho, tão ali decadente, ou já é pessoa de idade. Eu acho assim, que eles deveriam dar um treinamento pra gente, porque acho que não tem dificuldade da pessoa aprender.”*

O entendimento de que alguns procedimentos assistenciais – representados principalmente pela verificação de PA, HGT – deveriam constar entre as suas atribuições previstas, é um ponto comum na opinião de muitos ACS que participaram de estudos anteriores, também atrelando a sua maior resolutividade inclusive no acompanhamento das linhas de cuidado:

“(…) gostariam de contribuir mais para o processo de trabalho, visto que poderiam auxiliar no controle dos hipertensos, já que sabem aferir, atividade poucas vezes realizada na frequência orientada pela equipe pela impossibilidade de o hipertenso fazê-lo”. (PEDEBOS *et. al*, 2018, p. 946)

Além de atrelarem à sua maior resolutividade, mudanças em documentos oficiais que norteiam a AB, tendo a PNAB 2017 como a sua maior expressão, configuram intensos retrocessos, principalmente na concepção da ESF, uma vez que estabelece a possibilidade de substituição de ACS por auxiliares ou técnicos de enfermagem, culminando no fortalecimento cultural do olhar biomédico, uma vez que associa à maior resolutividade da AB à realização de procedimentos técnicos (FONSECA *et. al*, 2018)

Em uma análise mais geral, a leitura realizada por Fonseca e Morosini (2018) frente à PNAB 2017: o ACS deixa de ser um trabalhador fundamental, tendo em vista a indefinição do quantitativo mínimo para compor uma equipe de saúde da família; e o ACS é pouco resolutivo, sendo necessário, para “retomar” a ampliação da sua resolutividade, a incorporação de atribuições assistenciais.

ACS 8: *“o nosso trabalho é a orientação, a prevenção né lá fora da unidade nós não fazemos, nós não olhamos pressão, nós não fazemos injeção né, tudo que nós fazemos é ir lá orientar, aquilo que nós não conseguimos fazer lá a gente vem aqui, chama a enfermeira, passa pra enfermeira e a enfermeira se precisar da técnica ir lá ver uma pressão, tirar um ponto, alguma coisa aí a enfermeira chama a técnica e a técnica desce com nós até onde nós tem aquele caso.”*

Pedebos *et. al* (2018) reforçam a atuação fundamental do ACS nas ações de orientação, uma vez que conseguem manter o diálogo mais próximo ao território, o que fornece um contato privilegiado para desenvolver as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio das ações educativas tanto individuais quanto coletivas, já que dialogam enquanto morador e trabalhador, configurando o seu papel de elo.

Morosini e Fonseca (2018) ressaltam a importância do seu papel basilar, quando eram responsáveis principalmente pelo desenvolvimento de atividades sanitárias de baixa complexidade no território, com destaque ao estímulo à vacinação, amamentação e acompanhamento de gestantes e crianças, o que impactou positivamente nos indicadores morbidade e mortalidade. As ações de orientação voltadas ao território, eram mais fortalecidas quando o ACS não integrava uma equipe multiprofissional.

Assim, observamos que cada vez mais o usuário busca ao serviço de saúde em busca de um atendimento médico, traduzindo a resistência cultural de aceitar um outro profissional, promovida pela retomada da valorização assistencial e medicalizada proposta pela nova PNAB. (RIQUINHO *et. al*, 2018).

Esta assistência médico centrada, não somente compromete a busca pelo ACS enquanto a sua referência de cuidado, mas também compromete a manutenção do trabalho territorial. Bezerra e Feitosa (2018) destacam a dificuldade apresentada pelo ACS em adentrar em um domicílio, quando a visita é realizada pelo ACS e não pelo médico, o que culmina em sentimentos negativos como a frustração e limitação.

Observamos então o papel central que trabalho assistencial assume enquanto trabalho previsto, o que demonstra a valorização do ACS aos procedimentos assistenciais e relaciona diretamente a sua maior resolutividade. Ao mesmo tempo, vale destacar em sua fala, a total desvalorização do trabalho interno quando questionada à sua rotina de trabalho (trabalho real):

ACS 1: *“Todo dia a gente tem que estar aqui. Eu não venho à tarde porque eu coloquei para outra enfermeira que eu não entendia o que eu tinha que fazer aqui à tarde. Que aqui o pessoal vem e fica na sala, não sei, trocando ideias... eu não sei qual a minha função em ficar aqui. Enquanto estou fora faço minhas visitas, eu costumo dizer as meninas que as vezes a gente se envolve tanto que a gente quando faz o que a gente ama a gente se envolve numa forma que nem percebe o que está acontecendo. Vai numa casa: “ei, você está aí? Venha aqui que eu quero lhe mostrar minha medicação”. Daí a gente vai. Isso para mim é gratificante. Eu sei que onde eu vou estou produzindo, e aqui eu não tenho atividade para mim. Aqui você tira um prontuário, você ouve um comentário de uma colega que não satisfez você... entendeu?”*

ACS 1: *“Que a gente tem que fazer, são questionamentos meus dessa última formação que a gente teve, a questão da digitação que a gente precisa fazer digitação, isso não é... mas pelas normas técnicas, segundo a gente ficou sabendo, a gente teria que fazer essa digitação.”*

ACS 10: *“Então, assim... nós estamos num período que eu não gosto. Cadastro. É necessário? É (...) “É bem assim, a norma é assim, todo o dia eu tenho que fazer dois cadastros. Todo dia eu tenho que fazer dois cadastros, mas eu não faço segunda e terça porque leva muito tempo e eu não vejo as minhas prioridades.”*

É nítida a desvalorização de algumas atribuições por ser algo imposto por níveis superiores de gestão, que em momento nenhum dialogaram com a instância local para desenhá-las:

ACS 1: *“A gente faz pela questão do andamento do processo da equipe. Agora mesmo a gente está vendo a questão do Bolsa Família. Eu não concordo com o Bolsa Família. Eu sou extremamente contra e disse. Eu sou extremamente contra porque foi um processo criado por três Ministérios e sobrecarregou os agentes de saúde.”*

Inclusive, o acompanhamento dos beneficiários do BF é algo de extrema resistência por parte do ACS, justamente por estigmatizarem esses beneficiários como pessoas “aproveitadoras”, as quais beneficiam-se do dinheiro para não trabalhar e continuar tendo mais filhos e não trabalhar. (CHUENGUE, FRANCO, 2018)

Assim, na prática observamos que o trabalho de coleta e processamento de dados é realizado, sem entender grande parte dos processos:

“(...) além de encontrarem dificuldades para identificar, nomear e descrever as fichas que precisam preencher para alimentar o SIAB, também não conseguem compreender variáveis, termos e patologias que compõem esses instrumentos. Como consequência, tarefas ligadas à vigilância em saúde, apesar de sua importância para a ESF, incidem no trabalho dos ACS como meras atividades de coleta de dados estatísticos, com pouco sentido para esses trabalhadores” (ALONSO et. al, 2018, p. 8)

Alonso et. al (2018) apontam em seu estudo quanto à necessidade de repensar esse tipo de tarefa burocrática que foi imputada ao ACS com o objetivo de promover a ressignificação no preenchimento desses formulário, o que promoveria o sentido de executar a tarefa, na visão do ACS.

Além de não valorizar o trabalho interno/burocrático, o realiza sob o viés da produção/meta, levantando inclusive a suspeita de processos fraudulentos para atingi-la, e muitas metas traçadas continuam sendo norteadas por processos voltados à doença e ao individual, o que fortalece ainda mais o modelo biomédico:

ACS 3: “É. Aí nos outros dias quando eu não estou aqui. Agora, eu acho errado, mas a gente está mais aqui do que no campo de trabalho, com essa produção. Se você não ficar aqui, bem dizer direto, você não consegue fazer produção. Você tem que fazer produção para poder mostrar que você trabalhou no final do mês, então tem hora que você tem até que inventar serviço. Porque, não tem lógica, eu tenho 750 pessoas, família eu tenho 150, 140, mas pessoas são 720, 730. Você digitar todo mês as 700. Falando tudo que tem. Eu acho impossível, falei com a Ana, acho impossível, mas a gente tenta chegar mais ou menos nesse número. Quem consegue Deus abençoa, mas eu acho que aí está mentindo. Aí na terça tem, na segunda, na segunda de manhã eu fico para ver o que vai fazer. Essa agenda minha que eu comprei, não posso perder ela de jeito nenhum. Terça a gente tem que estar aqui, e terça é o dia que eles me escolheram para poder digitar. Se não tiver a Comissão Local de saúde na segunda terça do mês, aí eu tenho que ficar digitando até as seis. Agora até as seis, graças a Deus. Não é até as sete mais não.”

ACS 6: “A gente antes tinha que fazer 5 visitas depois do acolhimento. Aí mudou agora, então, naquele dia de acolhimento, a gente tem que dobrar a visita do outro dia. Aí a gente se questiona por isso, porque a gente termina perdendo. O acolhimento é bom, mas a deixa de fazer visitar, de ver alguma coisa na área que poderia ser feito. Como hoje, eu estou aqui, mas tem alguém na minha área que eu estou precisando ver. E eu estou no acolhimento. Então, termina, de qualquer forma, o acolhimento tirando a gente da área.”

(...) o PACS não tinha tanta burocracia, né. Não tinha tanto papel pra preencher. Antes era um cadastro de auxiliar, era uma ficha, a ficha A, que ali só tinha nome, idade, data de nascimento, a profissão e algumas doenças, né. E hoje, a gente preenche a ficha domiciliar. No domicílio, cada pessoa é uma folha frente e verso. E nunca dá pra fazer o cadastro totalmente na casa. Você tem que trazer trabalho para casa, porque a parte burocrática... Jesus! É muita cobrança. E também tem a parte das metas, meta de visitas, que a equipe tem que ter metas de atendimento, e de visita domiciliar também. É muita coisa. Pelo PACS era mais, vamos dizer, light, né. Não tinha tanta informação quanto hoje.”

ACS 18: Aí 16 horas vem para cá. E quem é do horário das 6, pega as 9 e larga às 6, fica no acolhimento. Então, assim... A Estratégia mudou muito, se falava muito da qualidade, hoje não é só qualidade que você tem que fazer, é um atropelamento... É quantidade também (...) Das metas. É estranho. Até eu conseguir lidar com isso foi horrível. A qualidade é instantânea... Você pegar uma criança, fazer aquele relatório todo com a mãe dentro de casa, tem que ficar preocupada que tem que colocar no computador. Ai de você se não colocar no computador... Não é igual antigamente, agora você tem que fazer tudo correndo, fazer a qualidade e a quantidade. Tudo correndo. Mesmo assim eu amo a Estratégia, amo o que faço.”

É possível observar no trabalho desenvolvido atualmente pelo ACS o peso da lógica quantitativa, onde são submetidos ao monitoramento de indicadores de monitoramento e resultado, os quais refletem o desempenho daquele profissional, tendo como maior exemplo as metas mensais para a realização de VD e atualização cadastral. Sendo assim, as VD tendem a ser breves, resultando na simplificação das suas ações e o fortalecimento da polivalência (MOROSINI, FONSECA, 2018)

O ACS acaba realizando algumas atividades com o intuito de ajudar, já que muitas vezes está interno, na unidade ou por deficiência no quantitativo de profissionais que atuam na administração da unidade:

ACS 4: *“A equipe acaba abraçando, gosta da ideia gosta de fazer, é por gosto mesmo. Igual é uma coisa de parte da rotina mas não seria nosso fazer o que é a esterilização, mas às vezes está corrido pra caramba e eles vem e pedem pra colocar gaze no pacotinho, sei lá, pra poder esterilizar depois, são coisas do dia a dia que vão surgindo e se você está ali, normalmente a Barbara (técnica de enfermagem) faz isso, pede você pode ajudar, você não vai sair em alguma coisa importante, você pode ficar e fazer tal coisa, normalmente é solicitado por ela e as suas rotinas de trabalho aqui dentro.”*

ACS 2: *“(...) eu sou formado em Educação Física, na terça-feira eu chego aqui no horário, e eu poderia fazer essas atividades com os hipertensos e diabéticos. Mas tem o Educador Físico, que ganha para isso.”*

ACS 7: *“Quando a gente fez a primeira capacitação, o que foi passado pra nós, a gente atuaria na área fazendo as visitas domiciliar. E, chamando essas pessoas, quando tivessem campanhas, ou qualquer coisa, a gente trazer pra cá. Eu acho que nas campanhas... nós campanhas nós temos que atuar, ajudar. Na recepção, eu acho que não... recepção é parte administrativa, a gente só faz porque... às vezes não é nem determinado, mas se a gente bater o pé e disse que não vai, a gente não vai. Mas, às vezes, a gente gosta do gestor, muitas vezes gosta dos recepcionistas, dos atendentes, aí às vezes elas estão sozinhas, por exemplo, se tem dois, faltou um, aí ligam, pedem pra gente”*

A realização de trabalhos administrativo pelo próprio ACS, citados de forma cada vez mais frequente como o trabalho real desenvolvido, tendo em vista o déficit de RH referente ao corpo administrativo é uma realidade evidenciada em algumas publicações. O ACS acaba por utilizar o seu tempo interno para auxiliar em tarefas administrativas:

“(...) por conta do déficit de servidores técnicos administrativos, os ACS têm realizado atividades como ligação para informar o agendamento de consultas em especialidades e serviços na recepção por meio de escala, mesmo que essas atividades também não constem

nos referidos documentos como sendo de sua responsabilidade”. (PEDEBOS *et. al*, 2018, p. 947)

“(…) esses trabalhadores realizam atividades que não fazem parte de suas atribuições por conta da escassez de outros profissionais; com isso, sentem-se sobrecarregados e veem seu tempo disponível diminuir para a realização de suas tarefas” (PEDEBOS *et. al*, 2018, p. 947)

Outro fator que promove a apropriação de atividades que extrapolam o seu trabalho previsto é a forte cobrança que o ACS sofre por parte da população, fazendo com que tome para si atividades que competem a outros cargos, consequente à sua dupla jornada – trabalhador e ao mesmo tempo morador:

“A apropriação de funções decorrentes das exigências da comunidade amplia o escopo de atividades do ACS e impossibilita a realização de todas as atividades, o que, por sua vez, gera ainda mais cobrança, contribuindo com a diminuição da potência de agir e a limitação da possibilidade de inventividade no trabalho”. (SANTOS *et. al*, p. 8, 2018)

Além da pouca clareza por parte da comunidade em separar o profissional do pessoal, gerando uma carga demandante do ACS mesmo quando não se encontra em horário de trabalho, o ACS acaba incorporando essas demandas com o intuito de não ameaçar a sua credibilidade junto à população:

“(…) encontraram que a credibilidade do ACS junto à comunidade está diretamente associada à resolução das demandas dos usuários e que a manutenção dessa credibilidade é dificultada por aspectos relacionados à estruturação do serviço e à inoperância do sistema de saúde.” (ALONSO *et. al*, 2018, p. 7)

E ainda: “Esses autores observaram que a frustração dos usuários quando suas demandas não são resolvidas podem resultar, também, em agressões de ordem verbal ou pressão psicológica intensa”. (ALONSO *et. al*, 2018, p. 7)

Somado à dificuldade em dissociar a imagem do trabalhador e morador, a comunidade cobra ao ACS condições que vão além dos determinantes da saúde, extravasando para outros espaços de atuação de equipamentos inseridos na rede de assistência. O ACS, principalmente aqueles que não têm muita clareza do funcionamento e da estruturação da rede, muitas vezes não consegue resolver a demanda, aumentando cada vez mais o sentimento de frustração por parte do usuário e ao próprio profissional:

“Também há questões que ultrapassam o alcance das ações de saúde. Condições de vida da população, como pobreza, falta de alimentos,

moradia insalubre, água contaminada, lixo, são oriundas de determinantes socioeconômicos que fazem o ACS se sentir impotente. “ (SAMUDIO *et. al*, 2017, p. 760)

A realização de trabalho interno em si, não descaracteriza o trabalho do ACS. Tendo em vista a redução de uma forma geral de todo o quadro atuante na ESF, o que precisa haver é o equilíbrio e a conciliação entre as atividades internas e as atividades de território, de modo que não haja sobreposição e prejuízo no tempo para a realização das mesmas.

No entanto, o que se observa em termos práticos é a diminuição do tempo disponível para o trabalho de vigilância territorial, o qual, só pode ser feito uma vez presente no território. Portanto, com uma demanda burocrática cada vez mais crescente, o ACS tem permanecido de forma predominante no interior da unidade (PEDEBOS, 2018).

Riquinho *et. al* (2018) alertam para o fato de que as atividades de promoção da saúde, as quais ocupavam lugar de destaque na rotina do ACS durante a implantação da ESF, proporcionavam maior respeito e reconhecimento por parte dos usuários. Assim, foi evidenciado que “esse distanciamento da população culminou nas atividades de prevenção e promoção, dando lugar aos atendimentos emergenciais, por meio de situações de adoecimento agudizadas” (p. 167), conforme evidenciado na fala do ACS:

ACS 10: *“Situação tipo, tava trabalhando normalmente e disse: (...) minha vó está morrendo! ”. E era uma senhorinha que a gente visita porque ela é acamada e tudo. Ela sempre está na cadeirinha, sentada. E eu tive que deixar tudo e ir ajudar ela e ela tava apavorada. Ela fechou muito isso aqui e não tava conseguindo respirar. Ela tava sem oxigênio e aí a gente levantou, botou ela pra respirar. E ela não tava morrendo, ela estava passando mal, porque ela não estava conseguindo respirar. Fechou as vias aéreas”*

Por fim, quando são questionados quanto ao ponto que merece atenção em seu processo de trabalho caso fosse o caso de repassar a sua rotina a um novato, reflete o seu maior ponto de atenção em sua rotina de trabalho: 11 (55%) ACS citam o maior cuidado quanto à vigilância das principais linhas de cuidado (gestantes, crianças, idosos, hipertensos, diabéticos); 4 (20%) citam o cuidado com a realização dos cadastros/meta cadastral, bem como 4 citam a ética profissional na rotina de trabalho, principalmente durante o contato domiciliar; 2 (10%) ressaltam a visita domiciliar, a presença territorial; e 1 ACS cita a não desmotivação diante das adversidades reais do trabalho,

bem como análise do cartão vacinal; a escuta qualificada e o vínculo com as famílias e cadastrados.

Essa análise dialoga com Pedebos *et. al* (2018) ao apontarem que os ACS demonstram reconhecer a importância do seu trabalho de vigilância do território e também associam a sua constante vigilância, principalmente voltadas às linhas de cuidado prioritárias, ao planejamento das suas ações tanto individuais como da equipe de uma forma geral, compreendendo finalmente que: “o seu trabalho não se resume a identificar problemas no território, mas, também, orientar a população para a prevenção de doenças”. (p. 944)

Os mesmos autores também sinalizam que o ACS reconhece o valor da VD, tanto para a coleta de informações compartilhadas com a equipe para o planejamento das ações, quanto para levantar as demandas da comunidade direcionadas ao serviço de saúde. Portanto, atribuem à VD o favorecimento da comunicação bilateral: tanto da comunidade em direção ao serviço de saúde, quanto do serviço de saúde em direção à comunidade, mas também, enxergam como um momento para desenvolver as ações de orientação, promoção e prevenção.

Destacam também a valorização da vinculação com os cadastrados, de modo a facilitar a tanto a aquisição quanto ao repasse das informações junto aos cadastrados. Nesse mesmo contexto, destacam a formação do vínculo e a manutenção de uma relação ética no momento da construção e manutenção do vínculo, fato esse também valorizado pelo ACS:

“Entretanto, adentrar a intimidade de uma família não é tarefa fácil, devendo ser feito com cuidado, buscando respeitar seu formato, suas crenças e seus anseios; e perceber o contexto geral de cada família, habilidade que permite ampliar o olhar para as estratégias a serem adotadas para abordagem das necessidades de cada família, parte integrante da vigilância do território”. (p. 945)

É importante analisar nesse contexto, o fator tempo de atuação na ESF, onde 4 (20%) ACS apresentam 15 anos de atuação, seguidos por: 2 (10%) com 10 anos, 2 (10%) com 14 anos, 2 (10%) com 16 anos, 2 (10%) ACS com 20 anos, 2 (10%) com 22 anos e por fim, um ACS com 11 anos, apresentando o mesmo valor para o tempo de 12, 13, 17, 18 e 24 anos de atuação na ESF.

Pinto *et. al* (2018) também apontam para a atuação de longa data por parte do ACS na ESF, uma vez que 85% dos ACS entrevistados, atuavam há mais de 10 anos na ESF.

Castro *et. al* (2017) trazem resultados semelhantes ao expor uma atuação superior a 10 anos por parte do ACS na ESF, associando o maior tempo de atuação à baixa rotatividade de profissionais justificada pelo tipo de vínculo empregatício municipal, o que é exigido por lei, tal inserção de longa data, favorece a formação do vínculo e o acompanhamento familiar.

Tendo em vista o fato de que todos apresentam um tempo superior a 10 anos de atuação na ESF, observamos a forte presença e a valorização das suas atividades basilares, enquanto promotores de saúde, bem como a valorização das atividades assistências, reflexo da formação técnica imposta nos primórdios da profissão, reflexo, principalmente do RETSUS.

De uma forma geral, observamos que os ACS atuantes são profissionais experientes, com um vasto tempo de atuação na APS, formação requerida para desempenhar o cargo e que mesmo assim, continuam a adquirir o conhecimento por inúmeras fontes, conforme estudo de Garcia *et. al* (2017):

“O campo de conhecimentos do ACS se constrói com base nos saberes que ele adquire no convívio com os profissionais da equipe; nas capacitações de que participa em temas afins como hanseníase, tuberculose, saúde da criança e saúde da mulher, entre outros; e no conhecimento que traz consigo das experiências de vida relacionadas à sua subjetividade” (p. 292)

No entanto, o fato de que poucos profissionais - 5 (25%) - conseguem descrever as atividades prescritas para o seu cargo, é algo preocupante e que revela a pouca clareza teórica, principalmente, das suas atribuições, abrindo precedentes para a incorporação de inúmeras atribuições em seu trabalho real, podendo até mesmo configurar o desvio de função.

Esse fato é salientado por Riquinho *et. al* (2018) no trecho a seguir:

“(...) o ACS se insere em um espaço de indeterminações e incertezas, sem definição clara de suas competências, habilidades e saberes. Os dados do estudo apontaram que essa indefinição pode estar abrindo precedentes para que elas assumam atividades que se distanciam de seu lócus de intervenção, o território vivido” (p. 167)

Ainda é significativa a parcela de profissionais que incorpora todas as demandas que emergem da sua área, tendo em vista a pouca clareza das suas atribuições já evidenciada, mas também, por ainda existir profissionais que entendem o seu trabalho como uma vocação, baseado em valores como a solidariedade e caridade, fato que se funde na própria percepção sobre suas atribuições contribuindo para a dificuldade que encontram em delimitar o seu do papel desse profissional (ALONSO *et. al*, 2018) . Tal

fato pode estar associado aos primórdios da figura do ACS, onde era um papel desempenhado majoritariamente por mulheres e que tinham alguma vinculação com a caridade/religião. O que nos dias atuais, conforme evidenciado anteriormente, o perfil do ACS atuante não sofreu grandes alterações, principalmente por ainda ser uma profissão desenvolvida majoritariamente por mulheres.

Samudio *et. al* (2017) citam inclusive, as mesmas tarefas evidenciadas no presente estudo enquanto o trabalho real e associam o desempenho das mesmas devido à pouca clareza que a categoria apresenta quanto ao seu trabalho previsto:

“(…) dificuldades do ACS em discernir quais são suas atribuições, mostrando ações que fogem à sua competência, a exemplo de agendamento de consultas e exames, entrega de encaminhamentos, medicamentos e recados da equipe para a comunidade e também trabalho administrativo e burocrático” (p. 759)

“(…) outros procedimentos detectados foram a realização de desinfecção e esterilização de instrumental clínico e serviços administrativos não relacionados à sua atuação.” (SAMUDIO *et. al*, 2017 – p. 759)

Alguns autores, associam a pouca clareza do papel pelo próprio profissional, o ACS acaba desenvolvendo atividades que fogem do seu escopo:

Tendo em vista a pouca clareza do seu papel, o ACS acaba assumindo responsabilidades que seriam de toda a equipe de saúde, sendo evidente a dificuldade em discernir sobre seus limites, tanto os relacionados à criação de vínculos quanto os pertinentes à atuação profissional. (KRUG *et al*, 2017)

5. CONSIDERACOES FINAIS

O conhecimento do ACS caminha no limiar entre o saber técnico e popular, bem como a sua atuação entre equipe de saúde e a comunidade. O ACS contempla a escolaridade exigida para o seu pleno exercício, tendo em vista o fato de ser uma categoria composta quase que unanimemente por profissionais com o ensino médio. No presente estudo, em que se utilizou dados de entrevistas com ACS de diferentes áreas geográficas do país, ficou evidenciado que processos de formação, cursados ao longo de sua vida profissional, culminaram para a qualificação da sua prática. Contudo os ACS destacam a importância do conhecimento adquirido de modo empírico, no dia a dia de trabalho que inclui o contato com profissionais de referência. Entre os entrevistados o enfermeiro é o profissional majoritariamente mencionado. Tal achado é compatível tanto com o desenho das políticas de atenção básica (2006, 2011, 2017) que indicam o enfermeiro como o profissional que deve supervisionar o ACS, quanto com o perfil de atuação polivalente (gestão, formação, assistência) que os enfermeiros vêm sendo levados a desempenhar na APS.

Ao analisar a sua prática, sob a ótica do trabalho real e trabalho previsto, uma primeira análise aponta para a pequena quantidade de profissionais que foram capazes

de discorrer sobre o trabalho que é previsto para a sua categoria e, mesmo quando conseguiram realizar essa análise, houve a grande valorização dos procedimentos assistenciais como algo que deveria compor o *roll* de suas atribuições.

Quanto à análise direcionada ao trabalho real há, nas citações, certa recorrência de atividades que não dizem respeito à categoria, com destaque à: limpeza, esterilização e auxílio na farmácia. O desvio de função ocorre com base em inúmeras justificativas, nem sempre válidas, merecendo destaque o déficit de RH, ajuda aos demais colegas e pela atuação cada vez interna do ACS. Os ACS indicam estar ocorrendo um afastamento cada vez maior do tempo na comunidade e um aumento do tempo em atividades no interior da unidade, em parte identificadas como atividades burocráticas.

De uma forma geral, o ACS apresenta uma vasta experiência profissional. A sua fala reflete o que viveu e aprendeu nos primórdios da profissão: em um certo momento houve um grande investimento técnico, principalmente à categoria da enfermagem, momento oportunizado pela categoria de ACS – com maior destaque aos cursos técnicos e auxiliares de enfermagem – e hoje, com a nova proposta da PNAB, vivemos um grande retrocesso em fundir a figura do ACS e técnico de enfermagem.

Portanto, é notória a dificuldade apresentada pelo ACS em identificar as suas reais atribuições, tendo em vista tudo o que lhe foi agregado ao longo do tempo e todas as qualificações, refletidas por rápidos treinamentos e cursos técnicos, com o intuito de habilitá-los para tal. Essa dificuldade não é apenas do ACS. Pode-se dizer que atualmente, nos serviços de saúde e nos níveis de gestão do sistema, não há uma definição bem estabelecida do que o ACS deve fazer, o que é compatível com sua carga horária e qual formação específica seria necessária. Esses elementos corroboram para a perda da sua identidade profissional com conseqüente precarização do trabalho, desgaste e desvalorização deste trabalhador.

6. REFERÊNCIAS

ALONSO, C.M.C.; BÉGUIN, P.D.; DUARTE, F.J.C.M. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. **Rev Saude Publica**. 2018;52:14

AVILLA, M.M.M. Origem e evolução do programa de agentes comunitários de saúde no Ceará. **RBPS**, Fortaleza, 24(2): 159-168, abr./jun., 2011

BARCELOS, C.S.N.; PANDOLFI, M.; MIOTTO, M.H.M.B. Perfil do Agente Comunitário de Saúde (ACS) de Vitória- ES. UFES **Rev. Odontol.**, Vitória, v.8, n.1, p.21-28, jan./abr. 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BEZERRA, Y.R.N.; FEITOSA, M.Z.S. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(3):813-822, 2018.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E.N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(1):259-268, 2008.

BRASIL. **Estratégia de Saúde da Família**. 2018. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php?conteudo=agente_comunitario_saude>. Acesso em: 10 de agosto de 2018.

_____. 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, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10507.htm. Acesso em 2 de agosto de 2018.

_____. _____. **Lei n. 11.350**, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o §5 do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do artigo 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, 2006ª. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm>. Acesso em 2 de agosto de 2018.

_____. _____. **Lei n. 13.595**, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília, 2018. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13595.htm>. Acesso em 13 de maio de 2020.

_____. _____. **Caminhos do cuidado**. Formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem da Atenção Básica. Boletim informativo, dezembro de 2013.

_____. _____. **Decreto 6286**, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Acesso em: 10 de outubro de 2019.

_____. _____. **Portaria 1886**, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lis-LISBR1.1-17051>>. Acesso em: 10 de agosto de 2018.

_____ b. _____. **Portaria 2436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 20 de dezembro de 2019.

_____. _____. **Portaria 2539**, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.539-de-26-de-setembro-de-2019-218535009>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2020.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 56 p. :

il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).

_____._____. 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 à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

_____._____. 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.

_____._____. 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, 2017. 412 p.

_____._____. **SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica** / Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 98p.

CASTRO, T.A.; DAVOGLIO, R.S.; NASCIMENTO, A.A.J.; SANTOS, K.J.S.; COELHO, G.M.P.; LIMA, K.S.B. Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. **Cad. Saúde Colet.**, 2017, Rio de Janeiro, 25 (3): 294-301.

CÊA, G.S.S.; REIS, L.F.; CONTERNO, S. PROFAR e lógica neoliberal: estreitas relações. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 5 n. 1, p. 139-159, 2007.

CHUENGUE, A.P.G.; FRANCO, T.B. O reconhecer e o lidar dos agentes comunitários de saúde diante da bioética: entre a ética do cuidado e os poderes disciplinares. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28(4), e280423, 2018.

COELHO, J.G.; VASCONCELLOS, L.C.F.; DIAS, E.C. A formação de agentes comunitários de saúde: construção a partir do encontro dos sujeitos. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 2, p. 583-604, maio/ago. 2018.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008

COSTA, S.M.; ARAUJO, F.F.; MARTINS, L.V.; NOBRE, L.L.R.; ARAUJO, F.M.; RODRIGUES, C.A.Q. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(7):2147-2156, 2013.

E-GESTOR ATENÇÃO BÁSICA: **Informação e gestão da atenção básica**. Disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaConsolidado.xhtml>. Acesso em: 10 fev. 2020.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo AD, organizadores. Modelos de Atenção e a Saúde da Família Rio de Janeiro; **EPSJV Fiocruz**; 2007.

FERRAZ, L.; AERTS, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(2): 347-355, 2005.

FONSECA, A.F. Astana reacende disputas sobre o significado da Atenção Primária à Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, 2019; 17(1):e0019823

FONSECA, A.F. O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na Educação em Saúde. Tese (Doutorado) – **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**, Rio de Janeiro, 2013.

FONSECA, J.S.A.; DAVID, H.M.S.L.; SILVA, T.F.; RAMOS, T.C.S.; NEVES, A.C.L.; MIRANDA, R.B. Redes sociais, acesso e regulação dos serviços de saúde em um município de pequeno porte do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(10):3211-3222, 2018.

FRIGOTTO, G. Educação e Trabalho: bases para debater a Educação Profissional Emancipadora. **PERSPECTIVA**, Florianópolis, v.19, n.1, p.71-87, jan./jun. 2001.

GARCIA, A.C.P.; LIMA, R.C.D.; GALAVOTE, H.S.; COELHO, A.P.S.; VIEIRA, E.C.L.; SILVA, R.C.; ANDRADE, M.A.C. Agente comunitário de saúde no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 1, p. 283-300, jan./abr. 2017.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadorados cuidados? Rio de Janeiro: **CEBES**, 2012.71p.

GOMES, R.C.M.; 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.

GUIMARÃES, M.S.A.; SOUSA, M. F.; MUCARI, T.B. Perfil sociodemográfico dos agentes comunitários de saúde da estratégia de saúde da família no município de Palmas – TO. **Revista Desafios** – v. 04, n. 03, 2017.

GUIMARÃES, M.S.A.; TAVARES, N.U.L.; NAVES, J.O.S.; SOUSA, M.F. Estratégia de Saúde da família e o uso racional de medicamentos: o trabalho dos agentes comunitários em Palmas (TO). **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 1, p. 183-203, jan./abr. 2017.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde** 2013. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Disponível em:

https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013_vol2/default_xls.shtm. <

Acesso em: 7 de outubro de 2018.

IBGE –INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000.Resultado dos Dados Preliminares do Censo –2000. www.ibge.gov.br/cidade@

JUSTO, C.M.P.; GOMES, M.H.A.; SILVEIRA, C. Limites e imposições dos instrumentos de controle do trabalho de agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.2, p.594-606, 2015.

KRUG, S.B.F.; DUBOW, C.; SANTOS, A.C.; DUTRA, B.D.; WEIGELT, L.D.; ALVES, L.M.S. Trabalho, sofrimento e adoecimento: a realidade de agentes comunitários de saúde no sul do Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 3, p. 771-788, set./dez. 2017.

LEITE, R.S.; SANTOS, A.P.M.; LIMA, C.A.; RIBEIRO, C.D.A.L.; BRITO, M.F.S.F. Estratégia Saúde da Família versus centro de saúde: modalidades de serviços na percepção do usuário. **Cad. Saúde Colet.**, 2016, Rio de Janeiro, 24 (3): 323-329.

LIMA, J.G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M.C.R.; BOUSQUAT, A.; SILVA, E.V. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, o. 52-66, Setembro 2018.

LOPES, M.C.R.; MOREL, C, M. Processos de aprendizagem de adultos na educação profissional em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, 2019; 17(1): e0018111.

LORD DAWSON’S interim report on the future provision of medical and allied services 1920 was published in May 1920. **Policy Navigator**. Londres. 27 May. 1920.

LORENZI, C.G.; PINHEIRO, R.L. A (des) valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(8):2537-2546, 2016.

MATIAS, P.S. **Grupos de educação em saúde nas unidades básicas de saúde: concepções de quem faz**. 2017. Dissertação (Mestrado acadêmico em ciências do cuidado em saúde) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense, Niterói.

MENDONÇA, M. H.M. Profissionalização e regulação da atividade do Agente Comunitário de Saúde no contexto da reforma sanitária. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2 n. 2, p. 353-365, 2004.

MOROSINI, M.V. Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde. / Márcia Valéria Morosini. – Rio de Janeiro: **EPSJV**, 2010. 202 p: il.

MOROSINI, M.V.; FONSECA, A.F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde e Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 2610274. Setembro 2018.

MOROSINI, M.V.; FONSECA, A.F, LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, Jan-Mar. 2018.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: Isabel Brasil Pereira; Júlio César França Lima. (Org.). Dicionário da Educação Profissional em 41 Saúde - Segunda edição revista e ampliada. 2ed. Rio de Janeiro: **EPSJV/FIOCRUZ**, 2009, v, p. 44-50.

MOTA, R.R.A.; DAVID, H.M.S.L. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho?. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 229-248, jul./out.2010.

MOURA, R.F.S.; SILVA, C.R.C. Afetividade e seus sentidos no trabalho do agente comunitário de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 25 [3]: 993-1010, 2015.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.** 2013;66(esp):158-64.

PEDEBOS, L.A.; ROCHA, D.K.; TOMASI, Y. A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado. **SAÚDE DEBATE** | RIO DE JANEIRO, V. 42, N. 119, P. 940-951, OUT-DEZ 2018.

PEDRAZA, D.F.; ROCHA, A.C.D.; SALES, M.C. O trabalho educativo do agente comunitário de saúde nas visitas domiciliares em dois municípios do Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 105-117, 2016.

PEDRAZA, D.F.; SANTOS, I. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba. **INTERAÇÕES**, Campo Grande, MS, v. 18, n. 3, p. 97-105, jul./set. 2017.

PEREIRA, A.M.; JUCÁ, A.L.; LIMA, I.A.; FACUNDES, V.L.D.; FALCAO, I.V. A qualidade de vida do agente comunitário de saúde e possíveis contribuições da terapia ocupacional. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 4, p. 784-796, 2018.

PEREIRA, I.D.F.; LOPES, M.R.; NOGUEIRA, M.L.; RUELA, H.C.G. Princípios pedagógicos e relações entre teoria e prática na formação de agentes comunitários de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 2, p. 377-397, maio/ago. 2016.

PEREIRA, I.B.; RAMOS, M.N. Educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, 2006. Temas em saúde collection. 120 p. ISBN 978-85-7541-318-0.

PINTO, A.G.A.; PALÁCIO, M.A.V.; LÔBO, A.C.; JORGE, M.S.B. Vínculos subjetivos do agente comunitário de saúde no território da estratégia saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 3, p. 789-802, set./dez. 2017.

PINTO, E.S.G.; QUEIROZ, R.F.; CAREIRO, P.; MORAIS, L.J.; MEDEIROS, E.R.; VILLA, T.C.S. Articulação da saúde com a comunidade no manejo clínico da tuberculose. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71(3):1188-93.

PINTO, I.C.M.; MEDINA M.G.; PEREIRA, R.A.G et al. **Avaliação do perfil dos agentes comunitários de saúde no processo de consolidação da atenção primária à**

saúde no Brasil. Relatório de Pesquisa. 2015; Salvador: Ministério da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde coletiva. 61p.

RAMOS, M.N.; MOROSINI, M.V.; FONSECA, A.F. Processo de trabalho dos técnicos em saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências [relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro: OPAS; **Fiocruz**, 2017.

RAMOS, T. Entrevista: Tereza Ramos. **Trab. educ. saúde** [online]. 2007, vol.5, n.2, pp.381-384. ISSN 1981-7746

RIO DE JANEIRO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Caderno de orientações ao facilitador**. Curso introdutório em saúde da família. Rio de Janeiro, 2016.

RIQUINHO, D.L.; PELLINI, T.V.; RAMOS, D.T.; SILVEIRA, M.R.; SANTOS, V.C.F. 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.

SAMUDIO, J.L.P.; BRANT, L.C.; MARTINS, A.C.F.D.C.; VIEIRA, M.A.; SAMPAIO, C.A. Agentes comunitários na atenção primária no Brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 3, p. 745-770, set./dez. 2017.

SANTOS, A.C.; HOPPE, A.S.; KRUG, S.B.F. Agente Comunitário de Saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28(4), e280403, 2018.

SAVIANI, D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação** v. 12 n. 34 jan./abr. 2007.

SPERONI, K.S.; FRUET, I.M.A.; DALMOLIN, G.L.; LIMA, S.B.S. Percepções dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. **Rev Cuid** 2016; 7(2): 1325-37.

SIMAS, P.R.P.; PINTO, I.C.M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(6):1865-1876, 2017.

SOUSA, M.C.V.B.; SANTOS, C.P.; MENDONÇA, S.A.M. Complexidades do trabalho do agente comunitário de saúde com pacientes em uso de medicamentos. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 2, p. 605-619, maio/ago. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TOMAZ, J.B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". São Paulo. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v6, n10, p.75-94, fev 2002.

7. ANEXOS

7.1 Roteiro de Entrevista

1. Identificação do profissional

O registro destas informações, que devem ser coletadas ao longo do contato com os profissionais (observação participante), deve ser feito na ficha de identificação padrão. Caso haja necessidade, utilizar a entrevista para coletar dados não acessados no cotidiano de observação.

2. Trajetória profissional

Este bloco tem por finalidade identificar a trajetória formativa dos profissionais, com foco nas aquisições formais do conhecimento e sua relação com a inserção e permanência no trabalho. Parte-se da premissa que esta trajetória pode não ser linear, o que exige mais esforço do entrevistador na condução de uma linha de raciocínio durante entrevista.

2.1. (Nome do entrevistado), você hoje é (cargo), trabalhando na Saúde da Família. Você pode me contar um pouco a sua história de estudo e trabalho até chegar aqui?

Objetivo: aproximação à trajetória de formação profissional e trabalho (anos de estudo, iniciação no trabalho, atividades já exercidas, vínculos). A resposta irá gerar dados que serão resgatados em outros momentos mais específicos da entrevista.

2.2. Conte como/por que você entrou na ESF? E nesta equipe?

2.3. Quem te contratou? (se houver dificuldades, dar exemplos: contrato temporário, servidor público, celetista; focar no agente contratante, ex: Viva Rio, Cruz Vermelha; verificar forma de ingresso: seleção pública, concurso, indicação...)

Objetivo da pergunta: Investigar vínculo/agente contratante. Relações de poder; relação com condições de trabalho, caracterização das relações de trabalho, precarização do vínculo.

2.4. Para exercer a função de (cargo atual), você fez alguma formação específica? Se sim, quais? Onde cursou?

2.5. Durante o tempo em que você está trabalhando aqui, você fez algum curso, formação ou capacitação? Participou de palestras? (se não, pular para 2.6.)

2.5.1. Você lembra quanto tempo duraram esses cursos/ capacitações/ formações? Onde eles aconteceram? Como você conciliou o horário de trabalho a esses cursos? Quais foram os temas abordados? Quem participou e participa?

2.5.2. Quem define quem participa destes eventos? Quando ocorrem (em horário de trabalho)? Onde ocorrem?

2.5.3. O que te levou a fazer esses cursos/formações/capacitações? Conta um pouco sobre sua experiência durante essas formações.

2.5.4. Como esses cursos/capacitações/formações influenciaram o seu trabalho?

Objetivo: Investigar impacto positivo e/ou negativo (não influenciou/modificou/frustrou) dessas formações no cotidiano do trabalho destes profissionais (transformação das práticas)

2.5.5. Você consegue me descrever algumas situações em que você percebe, na prática, essa influência/contribuição?

Objetivo questões 2.4. a 2.5.5.: captar **formação inicial** (preparação para exercício da função; exemplo: para trabalhar como ACS, você fez algum curso?) e **continuada** (formação ao longo do exercício profissional. Ex: treinamento para dengue, oficinas, palestras, capacitações).

2.6. Você possui alguma outra formação profissional? Qual (is)? Quando fez? Por quê? (se não, pular para 2.7.)

Objetivo: Investigar se profissional fez outra formação, mesmo que não relacionada ao trabalho atual.

2.6.1. Você usa, no seu cotidiano de trabalho aqui na ESF, alguns conhecimentos referentes a esta outra formação? De que forma eles influenciam/contribuem para sua atuação como (cargo)?

2.7. Você conhece/participa do sindicato dos (profissão/cargo), frequenta as reuniões?

2.8. Você participa de algum movimento social?

2.9. Você estuda atualmente ou pretende retomar estudos? (em escola, cursinho, faculdade) Por quê? (se não, pular para 2.7.)

Objetivo: Investigar as perspectivas/projetos profissionais, no âmbito ou fora da área da saúde

2.9.1. Você está trabalhando e estudando. Uma coisa interfere na outra? Como é isso? Como você concilia o estudo com o trabalho?

2.9.2. Você acha que seus estudos atuais (na escola, por conta própria ou promovidos pelos serviços) contribuem para seu trabalho individual ou em equipe?

3. Processo de trabalho e saberes profissionais

Este bloco tem por objetivo captar as práticas e saberes utilizados/adquiridos no cotidiano de trabalho do profissional; sua autonomia profissional, além de captar as relações hierárquicas e de poder na equipe

3.1. Considerando o que você já aprendeu até hoje (na escola, no curso técnico, na educação permanente, na prática), que conhecimentos você mais usa para realizar o seu trabalho? Onde e/ou com quem você aprendeu sobre isso?

Objetivo: Essa narrativa pode trazer a maneira pela qual aprendeu o que faz, formalmente ou não. Deve-se estar atento e buscar investigar quais conhecimentos citados provem da escolarização, da educação permanente ou da prática.

3.2. Como é seu dia a dia, sua rotina de trabalho? Você pode me descrever o que você faz? Se for melhor para você, você pode descrever sua rotina semanal, o que você faz segunda, terça, quarta... (usar o termo “semana típica”, caso o entrevistado tenha dificuldades em entender a pergunta ou para complementar dados coletados)

Objetivo geral questões 3.2. a 3.8.: identificar trabalho prescrito e trabalho real; funções formais e reais, além das atividades rotineira desenvolvida pelo trabalhador. É comum essas atividades serem organizadas semanalmente.

3.3. Quem define as tarefas que você tem desempenhado no seu trabalho cotidiano? Vocês têm como referência uma carteira de serviços ou algum outro documento que defina as atribuições de cada membro da equipe?

3.4. Você tem autonomia para decidir algumas tarefas ou para organizá-las?

3.5. Dessas atividades que você falou que realiza, o que você costuma fazer sozinho? Por que acontece assim?

Objetivo: verificar se é atribuição específica, se não existe outro profissional para realizar tais tarefas, se é preferência do trabalhador, ou outras razões. A resposta pode indicar como profissional se vê na equipe.

3.6. E o que você faz, em geral, acompanhado? Quem o acompanha? Ele (a) faz parte da sua equipe?

Objetivo: Identificar atividades realizadas em equipe e quem o entrevistado considera parte de sua equipe. Assim como na questão anterior, a resposta pode indicar como profissional se vê na equipe. Para o AVS é importante lembrar que há uma divisão territorial diferenciada entre este profissional e o ACS, no entanto, observar se eles trabalham juntos é fundamental para a questão do trabalho em equipe e do modelo de atenção à saúde prestado.

3.7. Existem tarefas que não são previstas, mas que você acaba realizando? Se sim, quais? (se não, pular para 3.8.)

3.7.1. Por que você acaba realizando essas tarefas?

3.8. E o contrário: existe alguma tarefa que você acha que deveria ser realizada, mas que acaba não realizando? Quais? (se não, pular para 3.9.)

3.8.1. Por que você acaba não realizando essas tarefas?

3.9. Normalmente surgem dúvidas, dificuldades, imprevistos/situações novas na realização do nosso trabalho. Como você resolve essas situações? Você recorre a alguém para ajudá-lo? Quem? (coordenador, médicos, enfermeiros, outros técnicos, ACS/AVS). Por quê?

Objetivo: Identificar estratégias de resolução de problemas e modo de circulação do conhecimento.

4. Trabalho em equipe

4.1. Agora me fale um pouco sobre sua equipe: quem a compõe?

Objetivo: Identificar a composição formal da equipe, assim como aqueles profissionais que o entrevistado reconhece como membros da equipe.

4.2. Como é o relacionamento entre vocês?

4.3. Com quem você se relaciona frequentemente no trabalho? Por quê?

Objetivo: Identificar vínculos no trabalho e sentidos, produzidos pelos trabalhadores, que podem criar arranjos singulares do trabalho em equipe. Verificar as relações impostas pelo trabalho e aquelas que são por escolha do profissional (preferências, relações de compadria, relações afetivas).

4.4. No que você acha que contribui para o trabalho em equipe?

Objetivo: identificar como profissional se percebe e o valor/sentido que ele atribui ao seu trabalho.

4.5. *Para AVS ou ACS ou ASB:* Destacando vocês, (ACS ou AVS ou ASB), como é o relacionamento com os ACS/AVS/ASB? E com os técnicos de enfermagem e de Saúde Bucal? E com os profissionais de nível superior?

Objetivo: Instigar entrevistado a revelar problemas e tensões relacionais: identificar relações de poder, horizontais e verticais, na equipe (cumplicidades, hierarquias, conflitos, disputas, etc).

4.6. E entre vocês e o coordenador/supervisor da equipe? E com o gerente da unidade?
Objetivo: Instigar entrevistado a revelar problemas e tensões relacionais: identificar relações de poder, horizontais e verticais, na equipe (cumplicidades, hierarquias, conflitos, disputas, etc). Para os AVS, ver se existe além da supervisão da unidade, uma supervisão ligada ao nível central, e detectar a diferença entre as duas supervisões e influência no seu trabalho.

4.7. A equipe faz reuniões? Com que regularidade? (se não, pular para 4.8.)

4.7.1. Quais são os assuntos tratados nessas reuniões?

4.7.2. Quem coordena as reuniões?

4.7.3. Você consegue expor sua opinião e ser ouvido nessas reuniões? Por quê?

4.8. Quais os principais problemas ou dificuldades enfrentados por vocês, da equipe, na realização do trabalho? Como vocês tentam resolvê-los?

Objetivo: Reforçar investigação acerca dos problemas da equipe. Estratégias DA EQUIPE para resolução de problemas (e não estratégias individuais). Instigar a fala sobre problemas técnicos, administrativos, relacionais, etc. que envolvam a equipe e outros que envolvam outras instâncias às quais a equipe não tem acesso.

4.9. Do que você sente falta para realizar seu trabalho como você gostaria?

4.10. Você faria quais propostas para melhorar seu trabalho e o trabalho da equipe?

4.11. Se você tiver que ensinar o seu trabalho a um colega novo na equipe, para o que você chamaria a atenção dessa pessoa?

5. Relação com o usuário

5.1. Agora vamos falar sobre os usuários. Fale um pouco sobre sua relação com eles.

5.2. Você encontra dificuldades nessa relação com os usuários? Quais? Como você tenta resolvê-las? Do que você lança mão para enfrentar essas dificuldades?

6. Conclusão e percepções sobre a entrevista

6.1. Depois de tudo que falamos – da sua história de formação, da organização do seu trabalho... – quais são os seus planos para o futuro?

6.2. O que você achou da entrevista, das perguntas que foram feitas?

6.3. Você quer colocar alguma coisa, que julga importante pra pesquisa, e que não foi contemplada?