



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

RAQUEL DE CASTRO ALVES NEPOMUCENO

**O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE À LUZ DA TEORIA
DAS COMUNIDADES DE PRÁTICA**

FORTALEZA

2019

RAQUEL DE CASTRO ALVES NEPOMUCENO

O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE À LUZ DA TEORIA
DAS COMUNIDADES DE PRÁTICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Saúde da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Ciência Sociais, Humanas e Políticas de Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- N362t Nepomuceno, Raquel de Castro Alves.
O trabalho dos agentes comunitários de saúde à luz da teoria das comunidades de prática / Raquel de Castro Alves Nepomuceno. – 2019.
198 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2019.
Orientação: Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto.
1. Atenção Primária em Saúde. 2. Agente Comunitário de Saúde. 3. Comunidade de prática. 4. Participação Social. 5. Aprendizagem Social. I. Título.

CDD 610

RAQUEL DE CASTRO ALVES NEPOMUCENO

O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE À LUZ DA TEORIA
DAS COMUNIDADES DE PRÁTICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Saúde da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública Área de concentração: Ciência Sociais, Humanas e Políticas de Saúde.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Marcelo José Monteiro Ferreira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. ^a Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof. Dr. Francisco Antônio Loiola
Universidade de Montreal (UdeM)

Aos Agentes Comunitários de Saúde dos municípios cearenses Fortaleza, Tauá, Eusébio e Cruz, que a partir de seu trabalho, realizei minhas reflexões e este estudo.

AGRADECIMENTOS

Este estudo sintetiza o esforço e o incentivo de muitas pessoas, sem o qual não teria sido possível materializá-lo. Minha gratidão a todos aqueles que, de alguma forma, colaboraram direta ou indiretamente nesta conquista.

Em especial, a Deus, por ter me permitido vivenciar esse momento tão especial de crescimento profissional e de ser gente, com muita saúde e paz.

Ao meu esposo, companheiro e amigo, Raimundo Filho, que animou cada passo trilhado na elaboração da dissertação e pela compreensão e parceria de sempre.

Aos meus amados filhos, Arthur e Beatriz, por quem tenho um amor incondicional, que mesmo na ingenuidade de ser criança, compreenderam a importância de dividir o meu tempo de ser mãe com a construção deste estudo.

Aos meus pais, Evandro e Simone, eternos incentivadores do meu conhecimento, obrigada pelo apoio de sempre nessa trajetória cheia de amorosidade.

Aos meus queridos irmãos, sobrinhos, cunhados e sogros que souberam respeitar minhas ausências e os meus não para os encontros familiares.

À minha orientadora, Ivana Barreto, pela parceira competente e constante que me possibilitou vivenciar um aprendizado extraordinário, marcado pelo respeito e pela generosidade.

Às ACS Maria Eliene Magalhães e Mara Santos (*in memoriam*), trabalhadoras de saúde exemplares, que foram fonte de inspiração na realização deste trabalho.

“Amar e mudar as coisas me interessa mais”.
(BELCHIOR)

RESUMO

Os agentes comunitários de saúde são considerados trabalhadores estratégicos para a principal Política de Atenção Básica do Brasil, a Estratégia Saúde da Família, dedicando-se a realizar trabalhos de promoção da saúde às populações as quais pertencem. A Teoria das Comunidades de Práticas proposta por Etienne Wenger, defende que a participação ativa de pessoas em um projeto comum, centrado na negociação de significados, onde compartilham e produzem diferentes tipos de repertórios, é o contexto onde se constrói e molda o conhecimento. Seus conceitos tornam-se úteis como uma ferramenta de pensamento, podendo lançar uma nova luz sobre o mundo da atenção primária à saúde. Este estudo buscou analisar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde à luz da teoria das Comunidades de Prática, com enfoque na negociação de significados. Trata-se de um estudo de casos múltiplos, com abordagem qualitativa, realizado em quatro municípios do Estado do Ceará: Cruz, Eusébio, Tauá e Fortaleza, incluindo os agentes comunitários de saúde atuantes na Estratégia Saúde da Família. Para a construção do material empírico foram realizada análise documental e utilizadas as técnicas grupo focal e entrevistas em profundidade, guiadas por um roteiro de perguntas abertas. No total foram realizados seis grupos focais, com 39 participantes, e seis entrevistas, todos gravados e transcritos na íntegra. As informações coletadas foram analisadas pela técnica de análise de conteúdo. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética do Instituto Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. Os resultados apontaram que a participação do agente comunitário de saúde foi marcada pela vivência com/na comunidade de suas práticas, principalmente, por meio da visita domiciliar, sendo o foco principal de sua atuação o acompanhamento dos grupos prioritários, crianças menores de dois anos, gestantes, puérperas, hipertensos, diabéticos, acamados e domiciliados. Suas práticas compreendem atividades de acompanhamento da situação de saúde, orientação para prevenção, coleta de informações em saúde, entrega de exames e consultas especializadas e identificações de novas demandas, apoiando as famílias para obtenção do acesso aos serviços de saúde. Desenvolvem, também, papéis de educador, mobilizador e articulador dos serviços públicos no território. As práticas destes profissionais os colocaram diante de demandas das mais diversas, e se caracterizaram por situações de complexidades sociais e familiares. Nesse processo, o agente comunitário foi criando significados para si mesmo e para seu processo de trabalho, como a “escuta e o olhar do serviço de saúde direcionados às comunidades” e ser o "elo" da equipe de saúde com a comunidade, que está incorporado à identidade deste coletivo de profissionais. O referencial da Teoria Comunidades de Práticas mostrou-se adequado para analisar as práticas desses profissionais.

Verificou-se que quanto maior o envolvimento desses profissionais no processo de negociação de significados, mais se potencializou a construção de novos sentidos e novas formas de participação na sua prática. Este estudo contribui para explicar o porquê, ou melhor, como a Estratégia Saúde da Família traz impactos tão importantes, principalmente o de produzir equidade no acesso à atenção primária à saúde, uma vez que ela prioriza grupos e pessoas mais vulneráveis. Esse resultado explica-se, em grande parte, pela participação do agente comunitário de saúde. Por outro lado, evidencia o como os ACS são levados a tentar enfrentar situações sociais e de saúde complexas, sem apoio da equipe e do conjunto de políticas públicas. A gestão e a equipe de saúde da família necessitam se aproximar, de forma a visualizar as complexidades que os ACS abordam na prática, dando-lhes suporte neste processo, sem o que ocorre subutilização e desgaste deste profissional, com repercussões negativas na saúde da população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Comunidade de Prática. Agente Comunitário de Saúde. Participação Social. Aprendizagem Social.

ABSTRACT

Community health agents are considered as strategic workers for Brazil's main Primary Care Policy, the Family Health Strategy, dedicated to carrying out work to promote health for the populations to where they belong. The Theory of Communities of Practice proposed by Etienne Wenger argues that the active participation of people in a common project, centered on the negotiation of meanings, where they share and produce different types of repertoires, is the context where knowledge is built and shaped. Their concepts become useful as a tool of thought and can shed new light on the world of primary health care. This study sought to analyze the work of the Community Health Agents in the light of the theory of Communities of Practice, focusing on the negotiation of meanings. This is a multiple case study, with a qualitative approach, carried out in four municipalities in the State of Ceará: Cruz, Eusébio, Tauá and Fortaleza, including the community health agents involved in the Family Health Strategy. For the construction of the empirical material, documentary analysis was carried out and the focus group techniques and in-depth interviews were used, guided by a script of open questions. In total, six focal groups, with 39 participants, and six interviews, all recorded and transcribed in their entirety, were performed. The information collected was analyzed by the content analysis technique. The research was approved in the Ethics Committee of the Oswaldo Cruz Institute - FIOCRUZ. The results showed that the participation of the community health agent was marked by the experience with / in the community of their practices, mainly through the home visit, being the main focus of their work the monitoring of priority groups, children under two years, pregnant, puerperal, hypertensive, diabetic, bedridden and domiciled. This practices include health monitoring activities, orientation to prevention, collection of health information, delivery of exams and specialized consultations and identification of new demands, supporting families to obtain access to health services. They also develop roles of educator, mobilizer and articulator of the public services in the territory. The practices of these professionals put them before the demands of the most diverse and were characterized by situations of social and family complexities. In this process, the community agent was creating meanings for himself and for his work process, such as the "listening and looking of the health service directed to the communities" and being the "link" of the health team with the community, which is incorporated to the identity of this collective of professionals. The referential of Communities of Practice Theory was adequate to analyze the practices of these professionals. It was verified that the greater involvement of these professionals in the process of negotiation of meanings,

the more potent the construction of new senses and new forms of participation in their practice. This study contributes to explain why, or rather, how the Family Health Strategy has such important impacts, mainly to produce equity in the access to primary health care, since it prioritizes more vulnerable groups and individuals. This result is largely explained by the participation of the Community health agent. On the other hand, it shows how the CHWs are led to try to face complex social and health situations, without the support of the team and the set of public policies. Management and family health team need to approach, in order to visualize the complexities that the CHA approach in practice, giving them support in this process, without what underutilization and wear and tear of this professional, with negative repercussions on the health of the population.

Keywords: Primary Health Care, Community of Practice. Community Health Agent. Social Participation. Social Learning.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Componentes da Teoria Social de Aprendizagem.....	43
Figura 2 –	Dimensões da prática como propriedade de uma comunidade.....	46
Figura 3 –	Estudo de Múltiplos casos.....	55
Figura 4 –	Mapa do Ceará com destaque para município Fortaleza.....	57
Figura 5 –	Mapa de Fortaleza, com a divisão das seis regionais.....	58
Figura 6 –	Mapa do Ceará com destaque para município Tauá.....	60
Figura 7 –	Mapa do Ceará com destaque para município Eusébio.....	62
Figura 8 –	Mapa do Ceará com destaque para município Cruz.....	65
Figura 9 –	Espaço de Aprendizagem Social e participação periférica legitimada dos ACS.....	164
Figura 10 –	Participação social e negociação de significados dos ACS produzidos por suas práticas na ESF.....	179
Figura 11 –	Desenho colorido sobre a prática dos ACS.....	184

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Dados da Pesquisa.....	68
Quadro 2 –	Práticas realizadas pelos ACS de Fortaleza por Grupo Prioritário.....	73
Quadro 3 –	Práticas realizadas pelos ACS de Tauá por Grupo Prioritário.....	90
Quadro 4 –	Práticas realizadas pelos ACS de Eusébio por Grupo Prioritário.....	106
Quadro 5 –	Práticas realizadas pelos ACS de Cruz por Grupo Prioritário.....	123
Quadro 6 –	Práticas realizadas pelos ACS.....	141

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CADSUS	Cadastramento Único de Saúde
CAMPESF	Campo e escopo de práticas profissionais e acesso ao cuidado na estratégia saúde da família
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CDMT	Central de Distribuição de medicamentos no terminal
CEO	Centro de Especialidades odontológicas
CdP	Comunidades de Práticas
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
CTACS	Curso técnico de Agentes Comunitários de Saúde
EACS	Equipes de agentes comunitários de saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPI	Equipamento de Proteção Individual
e-SUS AB	Sistema de Informação de Saúde na Atenção Básica
FINDRISK	<i>Finnish Diabetes Risk Scoreum</i>
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundação Nacional de Saúde
GF	Grupo Focal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPC	Índice Nacional de Preços ao Consumidor
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis na Retrieval System On-line</i>
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PPF	Programa Famílias Fortes
PL	Projeto de Lei
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PROFAGS	Programa de Formação Técnica para ACS
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PUBMED	<i>National Library of Medicine National Instituts of Health</i>
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RIS	Residência Integrada em Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SCIELO	<i>Scientific Electronic Libary Online</i>
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
SIAB	Sistema de Informação Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPD	Secretaria Especial de Políticas sobre Drogas
SRT	Serviço de Residência Terapêutica
SSE	Sistema de Saúde Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
TCI	Terapia Comunitária Integrativa
UA	Unidade de Acolhimento
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

UNICEF	Fundação das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
WDF	<i>World Diabetes Foundation</i>

SUMÁRIO

	CONTEXTO E INQUIETAÇÕES NA ELABORAÇÃO DO OBJETO: REFLEXÃO DA PESQUISADORA.....	18
1	INTRODUÇÃO.....	21
1.1	Justificativa.....	23
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
2.1	Construção histórica da Atenção Primária em Saúde (APS).....	26
2.1.1	<i>Atenção Primária à Saúde no Brasil.....</i>	28
2.1.2	<i>Estratégia Saúde da Família: uma estratégia de promoção da saúde brasileira.....</i>	30
2.2	Trajетória dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil.....	33
2.3	Teoria de Comunidade de Prática.....	38
2.3.1	<i>Comunidade de Prática e a Participação periférica legitimada.....</i>	39
2.3.2	<i>Comunidade de prática e a Teoria Social de Aprendizagem.....</i>	41
2.3.2.1	A prática.....	43
2.3.2.2	O Significado.....	44
2.3.2.3	A comunidade.....	45
2.3.2.4	A Identidade.....	48
3	OBJETIVOS.....	50
3.1	Geral.....	50
3.2	Específicos.....	50
4	CAMINHO METODOLÓGICO.....	51
4.1	Tipo de estudo.....	53
4.2	Cenário do estudo.....	56
4.2.1.	<i>A Rede de Atenção Primária à Saúde e a ESF em Fortaleza.....</i>	56
4.2.2.	<i>A Rede de Atenção Primária à Saúde e a ESF em Tauá.....</i>	60
4.2.3.	<i>A Rede de Atenção Primária à Saúde e a ESF em Eusébio.....</i>	62
4.2.4	<i>A Rede de Atenção Primária à saúde e a ESF em Cruz.....</i>	64
4.3	Método e técnicas.....	67
4.4	Participantes do estudo.....	68
4.5	Análise das evidências empíricas.....	70
4.6	Aspectos éticos.....	71

5	ANÁLISE DAS EVIDÊNCIAS EMPIRICAS.....	71
5.1	Caso do Trabalho dos ACS em Fortaleza.....	71
<i>5.1.1</i>	<i>O trabalho dos ACSs de Fortaleza: análise dos resultados.....</i>	<i>71</i>
<i>5.1.2</i>	<i>Participação dos ACS na ESF.....</i>	<i>72</i>
<i>5.1.3</i>	<i>Visita domiciliar: uma prática cotidiana.....</i>	<i>72</i>
<i>5.1.4</i>	<i>Articuladores da rede e sua contribuição no cuidado em saúde.....</i>	<i>76</i>
<i>5.1.5</i>	<i>Cotidiano com os demais integrantes da equipe ESF.....</i>	<i>79</i>
<i>5.1.6</i>	<i>Cotidiano e os desafios de suas práticas.....</i>	<i>81</i>
<i>5.1.7</i>	<i>Aprendizagem no cotidiano.....</i>	<i>85</i>
<i>5.1.8</i>	<i>Processo de reificação criados por suas práticas.....</i>	<i>86</i>
5.2	O Caso do Trabalho dos ACS em Tauá.....	89
<i>5.2.1</i>	<i>O trabalho do ACS de Tauá: análise dos resultados.....</i>	<i>89</i>
<i>5.2.2</i>	<i>Participação dos ACS na ESF.....</i>	<i>89</i>
<i>5.2.3</i>	<i>Visita domiciliar: uma prática cotidiana.....</i>	<i>90</i>
<i>5.2.4</i>	<i>Articuladores da rede e sua contribuição no cuidado em saúde.....</i>	<i>94</i>
<i>5.2.5</i>	<i>Cotidiano com os demais integrantes da equipe ESF.....</i>	<i>95</i>
<i>5.2.6</i>	<i>Cotidiano e os desafios de suas práticas.....</i>	<i>97</i>
<i>5.2.7</i>	<i>Aprendizagem no cotidiano.....</i>	<i>101</i>
<i>5.2.8</i>	<i>Processo de reificação criados por suas práticas.....</i>	<i>102</i>
5.3	O Caso do Trabalho dos ACS em Eusébio.....	105
<i>5.3.1</i>	<i>Caso do trabalho do ACS de Eusébio: análise e discussão dos resultados.....</i>	<i>105</i>
<i>5.3.2</i>	<i>Participação dos ACS na ESF.....</i>	<i>106</i>
<i>5.3.3</i>	<i>Visita domiciliar: uma prática cotidiana.....</i>	<i>106</i>
<i>5.3.4</i>	<i>Articuladores da rede e sua contribuição no cuidado em saúde.....</i>	<i>110</i>
<i>5.3.5</i>	<i>Cotidiano com os demais integrantes da equipe ESF.....</i>	<i>114</i>
<i>5.3.6</i>	<i>Cotidiano e os desafios de suas práticas.....</i>	<i>115</i>
<i>5.3.7</i>	<i>Aprendizagem no cotidiano.....</i>	<i>117</i>
<i>5.3.8</i>	<i>Processo de reificação criados por suas práticas.....</i>	<i>119</i>
5.4	O Caso do Trabalho dos ACS em Cruz.....	122
<i>5.4.1</i>	<i>O trabalho do ACS de Cruz: análise dos resultados.....</i>	<i>121</i>
<i>5.4.2</i>	<i>Participação dos ACS na ESF.....</i>	<i>122</i>
<i>5.4.3</i>	<i>Visita domiciliar: uma prática cotidiana.....</i>	<i>123</i>

5.4.4	<i>Articuladores da rede e sua contribuição no cuidado em saúde.....</i>	125
5.4.5	<i>Cotidiano com os demais integrantes da equipe ESF.....</i>	129
5.4.6	<i>Cotidiano e os desafios de suas práticas.....</i>	130
5.4.7	<i>Aprendizagem no cotidiano.....</i>	133
5.4.8	<i>Processo de reificação criados pelas práticas dos ACS em Cruz.....</i>	136
6	ANALISE E DISCUSSÃO DOS 4 ESTUDOS DE CASOS.....	139
6.1	“Participação dos ACS na ESF”.....	139
6.2	Visita domiciliar: uma prática cotidiana.....	140
6.3	Visitas Domiciliares: necessidades de saúde normativas versus necessidades da comunidade invisíveis aos serviços.....	146
6.4	Outros papéis que marcam suas práticas.....	149
6.5	Cotidiano com os demais integrantes da equipe ESF.....	153
6.6	Cotidiano e as demais complexidades de suas práticas.....	157
6.7	Aprendizagem no cotidiano.....	163
6.8	Processo de reificação criados pelas práticas dos ACS.. ..	169
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	179
	REFERÊNCIAS.....	186
	APÊNDICES.....	200
	ANEXOS.....	205

CONTEXTO E INQUIETAÇÕES NA ELABORAÇÃO DO OBJETO: REFLEXÃO DA PESQUISADORA

As motivações para este trabalho de pesquisa sobre os agentes comunitários de saúde (ACS) começaram a se delimitar desde o início da minha trajetória profissional, quando por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), comecei a me aproximar de temas relacionados à Saúde Pública e Coletiva.

Ingressei no setor público de saúde no município de Tianguá/CE no ano de 2001 no período em que a inserção do odontólogo na equipe ESF iniciava. Sentia-me preparada para atuar como uma profissional apta a realizar diagnóstico de lesão de boca, extrações e obturações dentárias, orientar sobre a importância da escovação e aplicação de flúor. Naquele momento, a minha compreensão sobre saúde bucal estava restrita a prevenção e a cura de doenças. No entanto, a partir desta primeira experiência, comecei a enxergar que meu campo de atuação era maior do que havia aprendido.

A compreensão do trabalho em equipe para tentar resolver os problemas e situações nunca postas quando estava na academia foi sendo consolidada no cotidiano. Esses momentos de aprendizagem ocorriam em diversas ocasiões, entre elas, as reuniões mensais da equipe, que quase sempre se resumiam a participação da enfermeira e ACS para avaliação dos dados coletados para o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Nestas reuniões, observava que havia um foco na atenção à saúde da criança, em especial nas menores de dois anos. Estas crianças eram sistematicamente visitadas no domicílio pelos ACS, para verificação do peso e altura, bem como, acompanhamento do estado vacinal.

Chamava-me atenção a maneira como se comportavam os ACS. Eram muito solícitos sempre que se buscava parceria nas ações, havia um comprometimento destes atores. Naquela época, um dos requisitos para torna-se um agente era morar na área de atuação, ter mais de 18 anos, comunicar-se bem e ter bom relacionamento com as famílias de sua comunidade, independentemente da escolaridade (LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004). Os ACS que compunham a minha equipe, na sua maioria, eram mulheres com mais idade. Percorri outros municípios do interior do Ceará, sempre atuando na ESF e buscando realizar ações em conjunto com esses profissionais como visitas domiciliares, ações de educação em saúde e atividades de grupos.

Em 2006, ingressei, através de concurso público, na equipe da ESF no município de Fortaleza. Ocorria nesta época a reestruturação da atenção básica do município que tinha como aspecto central a adoção da Saúde da Família como estratégia única de organização da

Rede Assistencial (FORTALEZA, 2005, p.60) e ampliou a cobertura da ESF de 15% para 43,4% da população geral (FORTALEZA, 2006, p.50).

Foi implantado o Sistema de Saúde Escola (SSE) no município. Era uma estratégia que utilizava a educação permanente, a gestão participativa, a colaboração interprofissional, interinstitucional e interorganizacional como ferramentas para melhoria da gestão e integração do sistema de saúde (BARRETO, 2014). Surgiram as rodas de conversas e a valorização dos saberes populares nas unidades de saúde. Neste período, realizei dois cursos de capacitação que me tocaram imensamente. Um deles sobre a formação para facilitadores em educação permanente e o outro sobre humanização. Temas nunca vistos anteriormente.

Após um longo período na assistência, tive a oportunidade de atuar na Gestão em Serviços de Saúde. Durante os anos de 2013 a 2016, vivenciei a reorganização do processo de trabalho, dando ênfase ao modelo às condições crônicas e agudas (FORTALEZA, 2014) nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de uma regional do município de Fortaleza, como Articuladora da Atenção Primária à Saúde. Foram implantados novos fluxos de atendimento para as equipes da ESF desde a atenção aos eventos agudos durante todo o horário de funcionamento da unidade, 7 às 19 horas, como a organização da agenda dos profissionais para atendimento a demanda programada priorizando a assistência às crianças (0-2 anos), gestantes, hipertensos e/ou diabéticos (FORTALEZA, 2013). No entanto, percebi que prevaleceu o modelo assistencial de cunho biomédico e individualista.

Durante esse período, acompanhei duas ações de enfrentamento de problemas de Saúde Pública que me chamaram atenção em relação ao trabalho dos ACS. Uma delas foi à participação junto à equipe ESF nas ações de eliminação do surto de sarampo no período de dezembro de 2013 a julho de 2015 na regional II de saúde de Fortaleza. Após análise dos casos confirmados de sarampo ocorridos no território, verificou-se que a maioria acometeu crianças menores de cinco anos que pertenciam à territórios cobertos por ACS (NEPOMUCENO *et al.*, 2016).

A outra ação foi à execução em conjunto com agentes de endemias em ações de controle da infestação pelo mosquito *Aedes aegypti*, utilizando as medidas de manejo ambiental, devido a situação de emergência em Saúde Pública decretada pelo Ministério da Saúde para o enfrentamento aos casos registrados de Dengue, Chikungunya e Zika, e às sérias complicações que essas epidemias causam à população (BRASIL, 2015). Contudo, para a mobilização do trabalho, observei bastante resistência por parte dos ACS na participação nessas ações.

No exercício das minhas funções, ao longo desse período várias inquietações e questionamentos foram surgindo acerca do trabalho dessa categoria, que explorei na minha dissertação.

1 INTRODUÇÃO

O principal modelo de Atenção Primária em Saúde no Brasil é a Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2017). A ESF propõe-se a reorganizar o processo de trabalho em saúde, ao alterar o modelo hegemônico de uma assistência tendo como foco a doença, predominantemente biológica, para uma abordagem que responda às necessidades singulares dos usuários, apresentadas nos espaços reais onde os cidadãos constroem sua história e representam seu processo saúde-doença (ASSIS *et al.*, 2010).

A expansão da ESF ocorreu concomitante a aceleração do processo de urbanização do país e o aumento da complexidade do quadro epidemiológico, que em alguns Estados do País, como o próprio Ceará, observa-se a escalada das mortes por causas externas (MENDES *et al.*, 2015), concomitante a ameaça das arboviroses (LIMA; CAMARA, 2016) e o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas (MENDES *et al.*, 2015).

O processo de trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) organiza-se pela equipe, constituída por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (ACS), que é morador do território de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF), integra-se à equipe como agente da instituição saúde que tem proximidade com os demais moradores do bairro. (BRASIL, 2006).

Dessa forma, agregou-se a equipe de saúde da família uma nova figura que faz parte da comunidade, trabalha para ela e com ela, dedicando-se a realizar trabalhos de promoção da saúde das populações a que pertencem (MARTINES; CHAVES, 2007). É a partir desta interação, entre ACS e profissionais graduados da ESF, que ocorre mudança paradigmática do olhar sobre a família (PERREAULT *et al.*, 2016). Ao representar a comunidade, o ACS aproxima o saber técnico-científico das equipes de saúde da família ao saber popular presente nos diversos grupos sociais (CHIESA; FRACOLLI, 2004). Neste sentido, a ESF destaca-se como inovadora e reestruturante de ações e serviços de saúde (RIBEIRO *et al.*, 2012).

A ESF traz em seu bojo muitas expectativas de construção de um sistema de saúde mais justo e eficaz, ao favorecer uma maior proximidade às demandas da população e buscar novas formas de intervenção calcadas na promoção de saúde e prevenção de doenças. Ao mesmo tempo, evidencia as contradições e deficiências de um sistema de saúde com muitas precariedades, principalmente aquelas advindas de uma lógica mercantilista da saúde e/ou daquelas que privilegiam intervenções de alto custo tecnológico, muitas vezes inacessíveis e ineficazes para maioria das demandas da população (CECCIM; MERHY, 2009).

Diversos outros problemas sociais e de saúde, foram sendo adicionados às responsabilidades da ESF e, em especial, aos ACS como o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF), acompanhamento às pessoas com doenças crônicas, acamados, realização de ações de prevenção a infestação dos domicílios pelos *Aedes aegypti*, ações de prevenção à dependência de crack e outras drogas, entre outros (CEARÁ, 2018).

A discussão sobre sua prática no decorrer desta trajetória tem crescido com as propostas políticas de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1997, 2006, 2017). Recentemente, foi aprovada uma revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabeleceu mudanças na organização da atenção básica envolvendo diretamente os ACS. Criou-se a possibilidade de uma nova modalidade de equipe “Atenção Básica”, composta minimamente por médico, enfermeiro, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, sem a obrigação do ACS na equipe e acrescentou novas atribuições para o ACS, dentre elas, aferir a pressão arterial, realizar a medição da glicemia capilar e realizar técnicas limpas de curativos, inclusive, em domicílio (BRASIL, 2017).

O duplo processo no qual se insere o ACS, na lógica institucional e comunitária em suas ações cotidianas, pode ser interpretado como o caminho necessário para estreitar as relações entre serviços de saúde e territórios. Tal raciocínio suscita a reflexão de como esse processo é conduzido, no sentido de incorporar o território no engendramento das políticas públicas, considerando que a forma de condução do processo de diálogo entre o local e a justaposição das políticas públicas interfere nos modos como transcorre a vida das pessoas e sua interação com os serviços de saúde (LOTTA *et al.*, 2012).

Vários estudos apontam problemas relacionados ao trabalho desses profissionais como a falta de limites das atribuições (MARTINES; CHAVES, 2007; BARALHAS; PEREIRA, 2011); precárias condições de trabalho (BARALHAS; PEREIRA, 2011; BINDA; BIANCO; SOUSA, 2013; SCHMIDT; NEVES, 2010), a exposição à violência (SANTOS; DAVID, 2011; SOUZA; FREITAS, 2011), falta de articulação com os demais membros da equipe multiprofissional (WAI; CARVALHO, 2009; ZANCHETTA *et al.*, 2005; COSTA *et al.*, 2012; GALAVOTE *et al.*, 2013), maior prevalência de depressão (DA SILVA *et al.*, 2016), dentre outros.

A imersão no cotidiano de trabalho do ACS revela-me experiências singulares que contribuem para uma reflexão crítica sobre esses profissionais. O lugar de mediação que ele ocupa, por si mesmo, evidencia a complexidade e as contradições das inter-relações no território, especialmente aquelas marcadas por alto grau de vulnerabilidade, expressas pela

miséria e violência e, diante deste contexto, algumas inquietações e questionamentos surgiram sobre essa categoria profissional.

Como uma categoria nova no Brasil e em processo de fortalecimento e desenvolvimento da identidade profissional, somos instigados a pensar de que forma os ACS (s) vão constituindo e consolidando suas práticas de trabalho. Para orientar a reflexão sobre esse processo, busquei uma teoria social de aprendizagem, no caso a teoria sobre Comunidade de Práticas de Wenger (1998).

A teoria da Comunidade de Práticas (CdP) advoga que na medida em que as pessoas participam, se envolvem e se mobilizam, realizando ou elaborando projetos, sejam ou não colegas de trabalho, trocando impressões, opiniões e intenções, elas tendem a aprender a adaptar-se uns aos outros e ao contexto. Juntas as pessoas são levadas a apreender e colaborar coletivamente, a negociar sentidos, a produzir práticas que evoluem e a estabelecer relações sociais (BARRETO; LOIOLA, 2012). A partir desse processo, qualquer comunidade de prática produz abstrações, ferramentas, símbolos, histórias, termos e conceitos que reificam algo dessa prática de forma congelada (WENGER, 1998).

Confrontando-se com as indagações sobre a constituição das práticas profissionais dos ACS e a CdP, as seguintes questões são postas: Quais negociações de significados os ACS constroem sobre o seu trabalho? Que processos de reificação foram criados por suas práticas?

Parto do pressuposto que a constituição de uma identidade desse coletivo possibilita uma nova forma de trabalho e interação, operacionalizando o serviço em saúde onde estão inseridos. Considerando a importância do ACS no cenário da Atenção Primária à Saúde, este estudo pretende analisar o cotidiano de trabalho do ACS da equipe Saúde da Família à Luz da CdP, enfocando as dimensões da negociação de sentidos: participação e reificação.

1.1 Justificativa

O pioneirismo na implantação de novas políticas de Atenção Primária à Saúde no Brasil no estado do Ceará, como o Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS), a partir de 1986, e o Programa Saúde da Família (PSF), a partir de 1993 (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006) o coloca como um potente cenário para estudos que busquem compreender o ACS na Estratégia Saúde da Família nas suas práticas cotidianas.

O complexo quadro epidemiológico do país, que apresenta uma tripla carga de doenças: crônicas não transmissíveis, transmissíveis e causas externas (MENDES, 2010; PAIM

et al., 2011) atrelado à realidade socioambiental do Ceará, caracterizada por elevados índices de pobreza e pela seca, representa, entretanto, um desafio permanente ao SUS e a ESF.

Recentemente, ocorreram mudanças na PNAB afetando o processo de trabalho na ESF, mesmo sem a apreciação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2017). Estas alterações foram aprovadas pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT), composta por gestores das esferas municipal, estadual e federal, através da portaria nº 2.436/2017. Segundo a nova norma, a ESF deixa de ser a referência para o acesso na Atenção Primária a Saúde (APS), podendo existir uma equipe básica, constituída por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, sem a presença do ACS (BRASIL, 2017), um ator importante da história da APS no Brasil, bem como acrescenta novas atribuições a este profissional, fragilizando a promoção da saúde no território. Sem cumprir o princípio da promoção da saúde a APS e a ESF simplesmente não se efetivam, opondo-se ao documento de posicionamento da Organização Pan Americana sobre a renovação da APS nas Américas, que recomenda maior ênfase na prevenção e promoção da saúde (OPAS, 2007).

Importante considerar que no cenário político e econômico brasileiro no qual vivemos, às vésperas do SUS completar trinta anos, está previsto a entrada em vigor da Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016, que instituiu o novo regime fiscal no âmbito do orçamento fiscal e da seguridade social, restringindo os recursos para as áreas sociais, dentre elas, a saúde, por vinte anos, impossibilitando ao SUS o atendimento das crescentes necessidades de saúde da população brasileira (BRASIL, 2016). Na economia onde estamos todos no mesmo barco, os gastos de uma pessoa são a renda de outra. Assim, quando o governo corta, reduz a renda das pessoas, gera menos negócios, mais desempregos e um espiral vicioso de degeneração da economia (STUCKLER, BASU, 2013).

Destaco ainda que este estudo foi um recorte da pesquisa “Campo e Escopo de Práticas Profissionais e Acesso ao Cuidado na Estratégia Saúde da Família (CAMPESF) do Ceará” realizada pela Fundação Oswaldo Cruz no Ceará (FIOCRUZ), que investiga a ESF a partir do campo de práticas da equipe de referência e de cada categoria profissional que a compõe, balizando este conjunto de práticas com a situação social e de saúde da população. A CAMPESF iniciou em dezembro de 2015 e encontra-se em andamento. A condução deste estudo com um ator específico da equipe, o ACS, utilizando abordagem qualitativa, supriu lacunas na produção do conhecimento nesse campo e estimular novas investigações.

Por fim, a busca de publicações em base de dados como biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (Lilacs), *Medical Literature Analysis na Retrieval System On-line* (Medline)

e *US National Library of Medicine National Instituts of Health* (PubMed), utilizando como palavras-chave “comunidade de práticas” e “agente comunitário de saúde” de forma combinada não apontaram publicações acerca do tema. Quando utilizado apenas “comunidade de práticas” a produção era incipiente na saúde. Logo, o caráter inédito do estudo contribuiu para ampliar o conhecimento sobre os agentes comunitários de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O marco teórico do presente estudo foi dividido três principais temas: Construção histórica da Atenção Primária à Saúde (APS) e da trajetória do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no Brasil; e o conceito de Comunidade de Práticas (CdP) dos pesquisadores Lave e Wenger (1991), como referencial teórico central do nosso estudo. Wenger (1998), antropólogo organizacional, aprofundou posteriormente este modelo teórico e produziu um modelo complexo que traz em sua episteme a teoria de aprendizagem social: as Comunidades de Prática.

2.1 Construção histórica da Atenção Primária em Saúde (APS)

A moderna concepção de APS surgiu no Reino Unido, em 1920, no Relatório Dawson que preconizou a organização do sistema de atenção à saúde em diversos níveis: os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino (PENN *et al.*, 1920).

O período do início dos anos vinte ao final dos anos de 1970 deram-se vários movimentos que, direta ou indiretamente, levaram à APS. Um muito importante, foi a criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, em 1948, e a adoção de médico generalista, embrião da medicina de família e comunidade (LAKHANI *et al.*, 2007). Vários outros movimentos foram também relevantes, muitos deles ocorridos na década libertária dos anos sessenta: o movimento feminista e a pílula anticoncepcional, o surgimento dos movimentos pacifistas e ecológicos, a saúde materno infantil e outros (SAKELLARIDES, 2001).

Tudo isso criou um clima propício, nos campos cultural e político, para a institucionalização da APS em escala planetária, o que veio a ocorrer na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma – Ata, em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Fundação das Nações Unidas para Infância (UNICEF) (OMS; UNICEF, 1979).

A concepção de atenção primária expressada na Declaração de Alma – Ata é abrangente, pois considera a APS como função central do sistema nacional de saúde e como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades. É concebida como a atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação. Pressupõem assim a

participação comunitária e democratização dos conhecimentos, incluindo ‘praticantes tradicionais’ (curandeiros, parteiras) e agentes de saúde da comunidade mediante treinamento para tarefas específicas, contrapondo ao elitismo médico (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Após a célebre Declaração de Alma – Ata, desenvolve-se o movimento da APS, enfatizando tecnologias ditas simplificadas e de baixo custo. Esta combinação tecnológica conhecida como modelo da atenção primária era contraposta ao modelo hospitalocêntrico, alimentando uma crítica-ideológica com propostas de reformulação das políticas públicas e de reorganização do sistema de serviços de saúde (PAIM, 2008).

Enfatizava-se que os problemas de saúde mais prevalentes na população poderiam ser melhor abordados se fossem considerados os determinantes ambientais, socioeconômicos e os estilos de vida do que propriamente por meio das intervenções do sistema de saúde. Esta concepção foi reforçada com o movimento da promoção da saúde, que teve como marco a carta de Ottawa, em 1986, enfatizando os determinantes da saúde. Consequentemente, as combinações tecnológicas a serem acionadas estariam mais voltadas para tais determinantes, configurando o modelo da promoção da saúde (OMS, 1986; TEIXEIRA, 2002; ANDRADE; BARRETO; PAULA, 2018).

De modo geral, as propostas de reforma dos sistemas de saúde atribuem à atenção primária o papel de porta de entrada e de coordenação do conjunto de ações e serviços dos demais níveis do sistema de saúde, sendo caracterizada como o *locus* de resolutividade da maior parte dos problemas de saúde presentes em uma dada população através da atenção prestada aos pacientes, famílias e comunidades no decorrer do tempo (STARFIELD, 2002).

Para cumprir essa atuação, a APS precisa de capilaridade, estando presente em quantidade e qualidade suficientes no território local, considerando os seus atributos: Atenção ao primeiro contato, que implica a acessibilidade do serviço pela população; Longitudinalidade, geradora de vínculo pelo reconhecimento do uso do serviço ao longo do tempo e pela cooperação mútua entre profissionais e usuários; Integralidade, compreendida como arranjos desenvolvidos pelas equipes para que os usuários tenham garantido todos os serviços os quais necessitam, o que inclui das redes de atenção e as referências assistenciais na saúde e também intersetoriais; Coordenação (integração) da atenção com foco na continuidade, valorizando e qualificando os prontuários como forma de reconhecer os problemas de saúde e sociais preexistentes do usuário (história pregressa) e também organizado as agendas assistenciais de forma a fortalecer o vínculo e a acessibilidade aos serviços ofertados na unidade e na rede de

serviços (STARFIELD, 2002; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2005; RIBEIRO *et al.*, 2018; ANDRADE *et al.*, 2018).

Em alguns países da América Latina, entre eles o Brasil, as ações e serviços da APS foram induzidas por agências internacionais, entre elas UNICEF e Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), reduzindo seus valores, princípios e bases conceituais instituídas em Alma – Ata (OMS, 1978) a programas seletivos, simplificados e desvinculados das ações realizadas em outros níveis de atenção (SOUSA, 2014). Os ACS foram identificados como uma estratégia para lidar com a crescente escassez dos trabalhadores de saúde, usando membros da comunidade para renderizar serviços de saúde para as comunidades de onde eles vêm (WHO, 2007).

A interpretação da APS como atenção primária seletiva entende-se como um programa específico destinado a populações e regiões pobres a quem se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, provido por pessoas de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência a níveis de atenção de maior densidade tecnológica (UNGER; KILLINGSWORTH, 1986; WALSH; WARREN, 1979).

Para distinguir a concepção seletiva da APS, o Brasil passou a utilizar o termo “Atenção Básica de Saúde”, definida como ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção, para promover e proteger a saúde, prevenir doenças e agravos, efetuar tratamento e reabilitação de acordo com as necessidades da família e da comunidade (SOUSA, 2014; BRASIL, 2011).

Após 40 anos da Declaração Alma Ata, a Declaração de Astana, adotada em 2018 na Conferência Global sobre Atenção Primária de Saúde em Astana, Cazaquistão, surgiu em meio a um crescente movimento mundial por mais investimento na atenção primária de saúde, para alcançar a cobertura universal de saúde, pois os recursos de saúde ainda têm sido predominantemente focados em intervenções sobre algumas doenças, e não em sistemas de saúde fortes e abrangentes (WHO, 2018).

2.1.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil

Durante a década de 1970, a crise econômica no Brasil se aprofundou, expondo os percalços da assistência médica previdenciária para garantir recursos financeiros e as mazelas dos sistemas social e de saúde, além da situação de pobreza nas áreas urbanas e rurais que, sem acesso a bens públicos, se expressava em padrões de saúde precários, com taxas de morbidade e mortalidade elevadas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Este período é contemporâneo da emergência, na cena internacional, da proposta de APS que seria referenciada pela Conferência de Alma – Ata, em 1978. Começou a se desenvolver na forma de programas de extensão de cobertura, referidos claramente pela decodificação da APS como programa de atenção primária seletiva com objetivo de extensão de cobertura. Iniciados como experiências-pilotos em universidades que confluíram para o programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento que começou pelo Nordeste em 1976 e alcançou abrangência nacional em 1979 (MENDES, 2012).

Nos anos 80, concomitantemente à uma grave crise da Previdência Social que levou à instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS) para dentro das unidades de APS do sistema de saúde pública, parte da cultura de atenção médica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (MENDES, 2012), a implementação das AIS propiciou importante ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde com a criação de unidades municipais de saúde em grande parte dos municípios brasileiros (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A reorganização dos serviços básicos se inscreveu no projeto de Reforma Sanitária brasileira desde a década de 1970, quando no processo de democratização do país, um movimento sanitário envolvendo estudantes, profissionais de saúde, residentes, professores de departamentos de medicina preventiva e social, além de técnicos engajados dos ministérios setoriais, defendeu a unificação do sistema de saúde e valorizou o primeiro nível de atenção (ESCOREL, 1999; ANDRADE *et al.*, 2018).

Desde a derrocata do regime militar, o Brasil vive uma extraordinária experiência de reformas e redefinição do seu sistema público de saúde. O marco desse novo tempo foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em torno dos temas da saúde como direito de cidadania, da reformulação do sistema nacional de saúde e do financiamento do setor, que alimentaram um imenso debate travado até a aprovação da Constituição de 1988 (BRASIL, 1986; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008)

A Constituição Federal do Brasil em 1988 reconheceu expressamente em seu texto a saúde como um “direito de todos e dever do Estado” (art.196), adotando-se o conceito ampliado de saúde formulado na 8ª Conferência Nacional de Saúde. E foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema universal de atenção à saúde, regido pelos princípios de descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 1986; BRASIL, 1988).

O século XX foi marcado por diversas experiências de criação e expansão de serviços de atenção voltados para os cuidados primários em saúde. Contudo, foi no início da década de 1990 que surgiram as bases do que posteriormente viria a se constituir numa política

de saúde de abrangência nacional, tendo a APS como eixo norteador de todo sistema de saúde: a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) que passou, a partir de 1997, a ser o modelo prioritário de reorganização da atenção primária em saúde no País (VIANA; DALPOZ, 1998; ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2005; AQUINO *et al.*, 2009; MEDINA *et al.*, 2013; ANDRADE *et al.*, 2018).

Várias foram as experiências de implantação dos ACS. Entre tantas podemos destacar a iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, em 1987, como parte de um programa de emergência para o combate à seca. O programa teve larga repercussão política pelos seus resultados positivos, especialmente na diminuição da mortalidade infantil no estado, razão pela qual foi estendido a todo país, pelo Ministério da Saúde, em 1991, com a denominação de PACS. Mas, o PACS, tomado isoladamente, era uma proposta de atenção primária seletiva, incompatível com os princípios do SUS. Por isso, a necessidade de ampliar as equipes de saúde, com a presença do médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e mais tarde, no ano 2000 a inserção do odontólogo na equipe mínima (BRASIL, 2000; BARRETO; LIRA, 2003; SOUSA, 2014).

A saúde da família tem sido a principal estratégia de ampliação de cobertura do SUS, buscando instituir-se como a principal porta de entrada para o sistema e alcançando populações em situação de difícil acesso à atenção à saúde, como aquelas localizadas em meio rural e as comunidades residentes em áreas urbanas marginalizadas, desprovidas de equipamentos públicos de atenção à saúde e, com frequência, expostas à violência urbana (MOROSINI, 2010; ANDRADE *et al.*, 2018).

2.1.2 Estratégia Saúde da Família: uma estratégia de promoção da saúde brasileira

O moderno movimento de promoção à saúde surge no Canadá, em maio de 1974, com a divulgação do conhecido “Informe Lalonde” que teve motivação política, técnica e econômica para enfrentar os altos custos da saúde (LALONDE, 1974). Os fundamentos deste informe influenciaram as políticas sanitárias de outros países e estabeleceram as bases para a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma – Ata em 1978, que teve como proposta “Saúde para todos no ano de 2000” e a “Estratégia de Atenção Primária à Saúde” (BRASIL, 2002; BUSS, 2000).

Em 1986, ocorre a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, a qual passou a ser referência ao desenvolvimento das ideias de promoção em todo mundo (OMS, 1986; BUSS, 2000). As estratégias de promoção à saúde segundo a Carta

de Ottawa incluem: implementação de políticas públicas saudáveis para além dos cuidados em saúde, envolvendo outros determinantes sociais da saúde, como renda, proteção ambiental, trabalho, agricultura; criação de ambientes favoráveis à saúde, propõe a proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais; reorientação dos serviços em saúde, recomenda reorientar para o enfoque na saúde e não na doença, e que apontem para integralidade; reforça a ação comunitária, implementando ações e serviços na comunidade e que possam intensificar a autoajuda e o apoio social necessários ao desenvolvimento da participação popular nos assuntos da saúde, o *empowerment* comunitário (OMS, 1986).

A marca principal do Programa Saúde da Família no Brasil, fundamentada na promoção da saúde, é que o foco dos serviços de atenção básica passa a ser a saúde e não mais a doença. Pensar saúde, não como uma doença, mas como um produto da qualidade de vida, socialmente determinada, implica necessariamente a superação do paradigma da biomedicina, organicista, e a incorporação de um novo referencial que considerem os aspectos históricos, culturais e sociais que interferem no modo como deve ser prestada a atenção à saúde (SUCUPIRA, 2003; ANDRADE *et al.*, 2018).

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) ocorreu claramente como uma estratégia de consolidação dos princípios do SUS. Veio essencialmente como uma oportunidade de se expandir acesso à saúde primária para a população brasileira. Sua implantação foi coerente com os princípios doutrinários de se alcançar universalidade de acesso, integralidade de atenção à saúde e descentralização do planejamento e da gestão política e administrativa de aspectos relacionados à saúde dos municípios (ANDRADE, 2006). Destaca-se também o papel fundamental da ESF na organização dos processos de participação popular e sua respectiva influência na consolidação do papel moderador e monitorador das comunidades.

A ESF tem como foco a família, inserida numa comunidade e a saúde dessa família não pode ser objeto de trabalho apenas da equipe, mas também, objeto de um conjunto de intervenções da comunidade e do estado. Insere-se, assim, obrigatoriamente a noção da intersetorialidade. Pode-se dizer que a promoção da saúde é a atuação nos determinantes da saúde, ou seja, um conjunto de ações assumidas pelos indivíduos, a comunidade e o Estado com o objetivo de criar condições favoráveis ao pleno desenvolvimento das potencialidades humanas. Isso implica intervir coletivamente visando a qualidade de vida. As condições favoráveis são criadas individualmente por meio de atitudes e modos de vida saudáveis, coletivamente por ações conjuntas ou ainda por intervenções dos vários setores do governo (SUCUPIRA, 2003; ANDRADE *et al.*, 2018).

Em relação a atuação da ESF, suas ações têm uma visão proativa e preventiva, em que os profissionais se deslocam para dentro do ambiente dos lares, rompendo o antigo modelo de assistência à saúde. No entanto, esse trânsito não é fácil. Para entender a família é preciso entendê-la em suas relações internas e externas. Nos diferentes domínios culturais, a interação entre a família e as condições socioeconômicas desfavoráveis, determinam comportamentos peculiares em relação à saúde da família, cujo indicador mais significativo é verificar se a família tem o que comer (MARTIN; ANGELO, 1998).

Um dos pontos mais difíceis para as com as famílias é a questão da dificuldade de comunicação. Enquanto os profissionais se baseiam em seus valores técnicos científicos, as famílias possuem visões de mundo, crenças e costumes que lhe são valiosos e muitas vezes conflitantes (MARTIN; ANGELO, 1998; CHIESA; FRACOLLI, 2004; PINTO; SILVA; SORIANO, 2012). Neste sentido, o ACS desempenha papel mediador entre os saberes técnicos e populares, entre a equipe de saúde e comunidade. Ao mesmo tempo em que faz parte da equipe de saúde, também faz parte da comunidade; ao mesmo tempo em que se alimenta de saberes técnico-científicos, também está embebido da cultura local de saúde (PINTO; SILVA; SORIANO, 2012). É, portanto, o ACS que ajuda a mediar a comunicação entre os profissionais de saúde, muitas vezes com o olhar julgador (MARTIN; ANGELO, 1998), e a família, que se encontra em uma posição de vulnerabilidade. É a partir dessa interação, desta mudança paradigmática do olhar sobre a família, que ocorre a “Transformação social” (GALLARDO, 2014; MACIAZEKI-GOMES *et al.*, 2016).

O trabalho do ACS tem se instituído como um componente fundamental das reformas dos sistemas de saúde em países que adotaram a atenção primária como eixo, como é o caso do Brasil. Na proposta brasileira, a reversão do caráter hospitalocêntrico do modelo de saúde hegemônico é o ponto central da mudança almejada. Faz parte desse horizonte de transformações um descentramento quanto à perspectiva biomédica, particularmente em sua vertente biologicista e curativa, centrada na doença, elementos que se contrapõem a uma abordagem integral do cuidado (FONSECA, 2013).

A ESF baseia-se em princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, como a centralidade na pessoa/família, o vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação da atenção, a articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersetorial (GIOVANELA *et al.*, 2009; MACINKO, ALMEIDA, OLIVEIRA, 2003). Contudo, devido à sua inserção em cenários complexos e diversificados, permeados por interesses políticos, econômicos e sociais, algumas de suas potencialidades podem ser reduzidas. Os desafios para o aprimoramento da ESF estão condicionados a fatores que exigem

maior esforço político-institucional com as questões ligadas ao financiamento, a formação de profissionais, a gestão/educação de pessoal e ao desenvolvimento de ações intersetoriais. Requerem ações de planejamento com participação social nas questões organizativas, de modo a atender as reais necessidades da população, buscando superar processos de trabalhos ainda baseados no modelo biomédico (ARANTES *et al*, 2016).

2.2 Trajetória dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

Foram considerados trabalhadores estratégicos para a principal política de atenção básica do país, a estratégia saúde da família, os ACS constituem uma categoria profissional relativamente nova, reconhecida por lei em 2002, mas com largo percurso de existência como função ou ocupação desde a sua instituição no SUS, em 1991, período no qual se acumularam situações de vínculos precários, salários baixos e qualificação simplificada pautada pela instrumentalização do trabalho (MOROSINI, 2010, p. 23).

O PACS, em 1991, foi implantado pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), inicialmente nas regiões Norte e Nordeste, em áreas rurais e periurbanas, atendeu às demandas de combate e controle da epidemia da cólera e das demais formas de diarreia com foco na reidratação oral e na orientação à vacinação. Os ACS eram supervisionados por enfermeiros e se subordinavam às unidades básicas administrativas pela FNS. A implementação do PACS teve caráter emergencial e visou dar suporte à assistência básica onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica (SVITONE *et al.*, 2000; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Contudo, diante da incipiente cobertura médico-sanitária naquelas regiões, os agentes foram gradualmente capacitados para outras atribuições, como cadastramento da população, diagnóstico comunitário, identificação de áreas de risco e promoção das ações de proteção à saúde da criança e da mulher com prioridade, em face da vulnerabilidade desses grupos. Com atuação de leigos sem formação prévia na área de saúde e elenco restrito de ações, o PACS correspondia assim a um programa de atenção primária seletiva (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A institucionalização dos ACS envolveu o entendimento de que suas ações não são alheias aos serviços de saúde, embora executadas fora das unidades de saúde. Implicou também a ruptura do preconceito quanto a realização de serviços de atenção à saúde por pessoal da comunidade, sem formação profissional específica, desde que habilitado por seleção pública e com posterior capacitação em processo de educação permanente, a princípio sob a

responsabilidade de um supervisor (LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A partir de 1997, o PACS e o PSF passam a ser prioridades do Plano de Metas do Ministério da Saúde (MS), sendo que em documento de sua Secretaria Executiva (BRASIL, 2001), o PACS é considerado uma estratégia transitória para o PSF, que visava reorientação do modelo assistencial substituindo o modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças e hospitalocêntrico, por um modelo cujas principais características são o enfoque sobre a família a partir de seu ambiente físico e social como unidade de ação: a adscrição de clientela através da definição de território de abrangência da equipe; estruturação de equipe multiprofissional; a ação preventiva em saúde; a detecção de necessidades da população em vez da ênfase da demanda espontânea; e a atuação intersetorial com vistas à promoção da saúde (ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2005; BORNTEIN; STOTZ, 2008).

A trajetória para criação e regulamentação da profissão ACS no Brasil teve início com a Portaria nº 1.886/1997 que aprovou as normas e diretrizes do PACS e do PSF; posteriormente veio o decreto nº 3.189/1999 que fixava as diretrizes para o exercício da atividade de ACS (BRASIL, 1997,1999).

Cabia ao ACS, no âmbito do PACS, desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente. Foram consideradas atividades do ACS, na sua área de atuação: utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade de sua atuação; executar atividades de educação para a saúde individual e coletiva; registrar, para controle das ações de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia da conquista de qualidade de vida; realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida; desenvolver outras atividades pertinentes à função do ACS. O ACS deve residir na própria comunidade, ter espírito de liderança e de solidariedade e preencher os requisitos mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1999).

Considerando a necessidade da inclusão das ações de epidemiologia e da importância de transmitir à população conhecimentos básicos quanto à prevenção e ao controle da malária e da dengue, a portaria nº 44 de 03 de janeiro de 2002, estabeleceu atribuições para prevenção e o controle dessas doenças endêmicas, dentre elas: realizar ações de educação em saúde e de mobilização social; vistoriar os cômodos da casa, acompanhado pelo morador, para

identificar locais de existência de larvas ou mosquito transmissor da dengue e comunicar a existência de criadouros de larvas e/ou mosquito que dependam de tratamento químico, da interveniência da vigilância sanitária ou de outras intervenções do poder público (BRASIL, 2002).

Ainda que a existência de ACS remonte há vários anos, a profissão foi criada somente pela Lei 10.507, de 10 de julho de 2002. De acordo com o art. 2º. A profissão de ACS Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local (BRASIL, 2002).

Anos após, a Lei 10.507 foi revogada para que ajustes pudessem ser realizados através da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, reconhecendo-o como profissional de saúde como também regulamentando o aproveitamento pessoal. Nesta lei, reafirmou-se as atividades de sua competência bem como os requisitos para o exercício da atividade, dentre eles, residir na área da comunidade em que atua e haver concluído o ensino fundamental. Estabeleceu a contratação dos ACS através de processo seletivo público e considerou para fins de concessão de benefícios previdenciários, o tempo de serviço prestado por estes profissionais, independente da forma de seu vínculo, desde que tenha sido efetuado o devido recolhimento da contribuição previdenciária. Além disso, foi fixado o piso salarial profissional no valor de R\$ 1.014,00 (mil e quatorze reais), valor abaixo do qual a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios não poderão fixar o vencimento inicial das Carreiras de ACS para a jornada de 40 (quarenta) horas semanais.

Neste mesmo ano, as diretrizes e normas para organização da atenção básica para o PSF e PACS estabeleceu-se na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A Atenção Básica teve a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS, tendo como um dos princípios gerais da ESF, ter o caráter substitutivo à rede de Atenção Básica Tradicional nos territórios (BRASIL, 2006).

Através da Emenda Constitucional Nº 63 de 2010 e da Lei nº 12.994/2014 de 17 de junho 2014 estabeleceu-se o regime jurídico e a instituição do piso salarial e diretrizes para o Plano de Cargos e Carreiras dos ACS (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014). Decreto e novas portarias foram publicados dispondo sobre a assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a ser prestada pela União, para o cumprimento do piso salarial profissional e sobre o incentivo financeiro para o fortalecimento de políticas afetas à atuação de ACS e de Agentes de Combate às Endemias (ACE) (BRASIL, 2015, 2015).

Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil, em 2011, foi aprovada a revisão da PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a ESF e o PACS. A Saúde da Família continuou como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. Uma nova atribuição ao ACS foi definida: deverá fazer o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades (BRASIL, 2011).

Neste mesmo ano, precisamente em 4 de maio de 2011, iniciou-se a tramitação de uma Proposta de Emenda à Constituição (PEC), conhecida como PEC 22/2011, dispendo sobre a responsabilidade financeira da União na política remuneratória e na valorização dos profissionais que exercem atividades de ACS e ACE, que fixa regras para o pagamento dos ACS, piso salarial de R\$ 1.600,00 para jornada de 40 horas, data base em 1º de janeiro e reajuste pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) e segue em andamento até os dias atuais.

O Ministério da Saúde, por meio das portarias nº 958 e nº 959/ 2016, de 10 de maio de 2016, alterou a composição das equipes de Atenção Básica. Extinguiu a obrigatoriedade de contratação do profissional ACS nas equipes de saúde da família, sob os argumentos de “ampliar as possibilidades de composição das Equipes de Atenção básica” e “aumentar a capacidade clínica na unidade básica de saúde e o cuidado no domicílio” (BRASIL, 2016). No entanto, após pressão da categoria de ACS e de instituições ligadas a Saúde Coletiva, alegando restringir o trabalho da equipe na Estratégia Saúde da Família, estas portarias foram revogadas (BRASIL, 2016).

No ano seguinte, o MS, com o apoio da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), reformulou a PNAB através da portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Uma característica marcante do texto da nova PNAB é a explicitação de alternativas para configuração e implementação da AB. A presença do ACS não é requerida na composição mínima das equipes da Atenção Básica, diferentemente do que acontece na ESF, que, no entanto, pode ser composta por apenas um ACS (BRASIL, 2017).

Traz em seu texto também as atividades a serem desenvolvidas pelos ACS, inclusive enfatizando as ações integradas com os ACE bem como insere novas atribuições, como: informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados; participar dos processos de agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

aferir a pressão arterial, realizar a medição da glicemia capilar e realizar técnicas limpas de curativos, inclusive, em domicílio (BRASIL, 2017).

Recentemente a Lei nº 13.595, de 05 de janeiro de 2018, conhecida como Lei Ruth Brilhante, foi sancionada e alterou 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 ACS e ACE. A lei teve origem no Projeto de Lei (PL) 6437/2016 aprovado no senado e câmara, no entanto, foram vetadas uma série de pontos: a exigência do curso de formação inicial de 40 horas e diploma de ensino médio; jornada de trabalho de 40 horas semanais, divididas em 30 horas semanais para atividades externas de visita domiciliar e outras ações de campo e mais dez horas semanais para atividades de planejamento e avaliação das ações; a obrigatoriedade de estados e municípios oferecerem curso técnico aos agentes com carga horária mínima de 1.200 horas; a obrigação da realização de cursos a cada dois anos e durante a jornada de trabalho; a possibilidade do agente morar longe da comunidade em que atua, no caso de compra de casa própria e a indenização de transporte ao trabalhador para o exercício de suas atividades.

O MS, através da Portaria nº 83, de 10 de janeiro de 2018, institui o Programa de Formação Técnica para ACS (PROFAGS), para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para os ACS e ACE no âmbito do SUS, para biênio 2018-2019. O edital de credenciamento para contratação de instituição de ensino já foi lançado. Importante destacar que o Referencial Nacional do Curso Técnico em ACS (BRASIL, 2004) e Referencial Curricular do Curso Técnico em Vigilância em Saúde para os ACS e ACE (BRASIL, 2011), até os dias atuais, não foram integralmente financiados.

Após mobilização da categoria, conseguiram a derrubada de alguns vetos da Lei Ruth Brilhante e mudança do texto que será em breve enviada como Medida Provisória ao Congresso. Destaca-se entre os vetos derrubados o parágrafo único 1º do artigo 2º da lei, que determina como “essencial e obrigatória a presença de agentes comunitários de saúde na estrutura de atenção básica de saúde”. Outros pontos de destaque foram o pagamento da indenização por transporte dos ACE e ACS, bem como a possibilidade de ambos poderem mudar de bairro caso sejam contemplados em algum programa de residências populares, o que anteriormente era vetado (BRASIL, 2018).

Recentemente, o Governo do Estado do Ceará sancionou lei de insalubridade aos ACS, assegurando adicional de 20% de insalubridade sobre o vencimento ou salário-base, baseado na Lei Federal nº 13.342, de 03 de outubro de 2016, mais conhecida como a Lei da

insalubridade dos Agentes de Saúde. Ao todo, 7.209 agentes serão beneficiados com a nova lei (CEARÁ, 2018).

A Lei nº 13.708, de 14 de agosto de 2018, altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para modificar normas que regulam o exercício profissional dos ACS e dos ACE e passa a vigorar o piso salarial destas categorias no valor de R\$ 1.550,00 (mil quinhentos e cinquenta reais) mensais, obedecendo o seguinte escalonamento: R\$ 1.250,00 (mil e duzentos e cinquenta reais) em 1º de janeiro de 2019; R\$ 1.400,00 (mil e quatrocentos reais) em 1º de janeiro de 2020 e R\$ 1.550,00 (mil e quinhentos e cinquenta reais) em 1º de janeiro de 2021 (BRASIL, 2018).

2.3 Teoria de Comunidade de Prática

É antiga a necessidade de compreensão de como se configura a aprendizagem nos grupos sociais, cujo mote remete ao engajamento e ao compromisso entre as pessoas por meio de algo que as interessam. As comunidades de práticas existem há muito tempo. Na Roma antiga, já se reconheciam corporações de diversos profissionais que trocavam entre si conhecimentos ou práticas de seu domínio. Nos anos da década de 1920, o filósofo japonês Nishida - em 1921- propôs o conceito de *Ba*, que se refere ao contexto compartilhado no qual o conhecimento é dividido, criado e utilizado. Nesse espaço, dão-se múltiplas interações que podem surgir em indivíduos, grupos de trabalho, equipes de projetos, círculos informais e temporais. *Ba* é um lugar existencial onde seus participantes compartilham e criam novos significados a partir das interações, nos quais mudanças podem ocorrer no ambiente e nas pessoas (MÄKÄRÄINEN-SUNI, HONG, 2011).

A expressão “comunidade de práticas” (CdP) como conceito atual foi utilizada pelos pesquisadores Jean Lave e Etienne Wenger no livro: *Situated learning: legitimate peripheral participation*, de 1991, no contexto de estudos sobre aprendizagem, desenvolvidos por um conjunto de pesquisadores, em especial, no *Institute for Research on Learning*, na Califórnia (SHOMMER, 2005). Etienne Wenger, antropólogo, difundiu o conceito *comunidade de prática*, sobretudo com o lançamento do livro *Communities of practice: learning, meaning and identity*, em 1998, no qual propõe a teoria social da aprendizagem como base para uma nova maneira de compreender a natureza social, histórica e contexto da aprendizagem, pensamento e prática que surge da atividade humana. Segundo o autor, a teoria constitui-se num quadro conceitual e conjunto analítico, estabelecendo princípios gerais para entender, permitir ou incentivar a aprendizagem.

A CdP, de Wenger (1998) tem sido um referencial teórico-metodológico utilizado para promover e investigar desenvolvimento e prática profissional (CUBAS *et al.*, 2015; GALHEIGO *et al.*, 2017; RAMOS; MANRIQUE, 2015), pois organiza-se pela participação ativa de pessoas em um projeto comum, centrado na negociação de significados. Esse referencial sustenta-se no pressuposto de que compartilhar e produzir diferentes tipos de repertório que construam e moldem o conhecimento a todo momento encoraja os participantes a refletirem, pesquisarem, analisarem e avaliarem coletivamente suas próprias ações, valores e conhecimentos. Esse processo é dinâmico, pois novos conhecimentos podem ser gerados no decorrer dele, desde que os projetos favoreçam a interação entre diferentes elementos estruturadores (como propostas de trabalho pré-estabelecidas) e a habilidade de negociar novos direcionamentos, que emergem do contexto inerente ao grupo (WENGER, 1998).

2.3.1 Comunidade de Prática e a Participação periférica legitimada

Para compreender melhor o conceito de comunidade de prática, cabe discutir primeiramente sobre o que os autores Lave e Wenger (1991) consideram sobre a concepção de aprendizagem, que para eles é um aspecto integrante e inseparável da prática social generativa no mundo vivido.

Para os autores a aprendizagem é vista como uma prática situada e tem sua característica central definidora, um processo que chamam de participação periférica legitimada. Chamam a atenção que nesse processo de aprendizagem os alunos inevitavelmente participam de comunidades de praticantes e que o domínio de conhecimento e habilidade requer que os recém-chegados se movam para uma participação plena nas práticas socioculturais da comunidade (LAVE; WENGER, 1991).

"Legitimar a participação periférica" fornece uma maneira de falar sobre atividades, identidades, artefatos e comunidades de conhecimento e prática. As intenções de aprender de uma pessoa são engajadas e o significado da aprendizagem se configura através do processo de se tornar um participante pleno de uma prática sociocultural. Esse processo social inclui e, de fato, submete a aprendizagem de habilidades bem informadas (LAVE; WENGER, 1991).

A participação periférica legitimada é proposta como um descritor de engajamento na prática social que implica a aprendizagem como um constituinte integral. O Periférico sugere que existem modos múltiplos, variados, mais ou menos engajados e inclusivos de estar localizados nos campos de participação definidos por uma comunidade.

Parece importante não reduzir o ponto final da participação centrípeta em uma comunidade de prática a um "centro" uniforme ou unívoco, ou a uma noção linear de aquisição de habilidades. Não há lugar em uma comunidade de prática designada como "periferia" e, mais enfaticamente, ela não possui um único núcleo ou centro. A participação central implicaria que há um centro (físico, político ou metafórico) para uma comunidade com relação ao "lugar" de um indivíduo. A participação completa sugeriria um domínio fechado de conhecimento ou prática coletiva para o qual pode haver graus mensuráveis de "aquisição" por recém-chegados. Os autores explicam que participações periféricas levam a participação plena (LAVE; WENGER, 1991).

Pensar em um conceito como a participação periférica legitimada desta maneira é argumentar que seu significado teórico deriva da riqueza de suas interconexões: em termos históricos, através do tempo e das culturas. Explora suas relações integrais e constitutivas, suas implicações e efeitos em uma estrutura da teoria da prática social, na qual a produção, a transformação e a mudança das identidades das pessoas, a habilidade do conhecimento na prática e as comunidades de prática são realizadas no mundo das vidas no engajamento na atividade cotidiana (LAVE; WENGER, 1991).

A participação periférica legítima não é em si uma forma de educação, muito menos uma estratégia pedagógica ou uma técnica de ensino. É um ponto de vista analítico sobre a aprendizagem, uma maneira de entender a aprendizagem (LAVE; WENGER, 1991).

Para os autores, a participação periférica legitimada é concebida como uma ponte conceitual - como um clamor sobre os processos comuns inerentes à produção de pessoas em mudança e à mudança de afinidades da prática. Esta ênfase fundamental, através da participação periférica legitimada, na relação entre a produção de identidades informadas e a produção de comunidades de prática, torna possível pensar a aprendizagem sustentada como incorporando, embora de formas transformadas, as características estruturais das comunidades de prática. Isso, por sua vez, levanta questões sobre a organização sociocultural do espaço em lugares de atividade e a circulação da habilidade do conhecimento, sobre a estrutura de acesso dos aprendizes à atividade contínua e a transparência da tecnologia, das relações sociais e das formas de atividade; levanta questões ainda sobre a segmentação, distribuição e coordenação da participação e a legitimação da participação parcial, crescente e mutável dentro de uma comunidade; sobre seus conflitos de caráter, interesses, significados comuns e interpretações que se interceptam e a motivação de todos os participantes diante de suas mudanças de participação e identidades - enfim, sobre a estrutura das comunidades de prática e sua produção e reprodução.

A Teoria das CdP é um princípio epistemológico da aprendizagem. A estrutura social dessa prática, suas relações de poder e suas condições de legitimidade definem possibilidades de aprendizado (isto é, de participação periférica legítima) (LAVE; WENGER, 1991).

2.3.2 Comunidade de prática e a Teoria Social de Aprendizagem

Existem muitos tipos diferentes de teoria da aprendizagem. Cada um enfatiza os diferentes aspectos do aprendizado, o que é útil para diferentes propósitos. O tipo de teoria social da aprendizagem que Wenger (1998) propõe não é um substituto para outras teorias da aprendizagem que abordam diferentes aspectos do problema. Mas tem seu próprio conjunto de suposições e seu próprio foco. Dentro deste contexto, constitui um nível coerente de análise; ela produz uma estrutura conceitual a partir da qual deriva um conjunto consistente de princípios gerais e recomendações para entender e possibilitar a aprendizagem.

Para o autor, o que importa sobre o aprendizado e sobre a natureza do conhecimento e dos conhecedores podem ser resumidas sucintamente em quatro premissas:

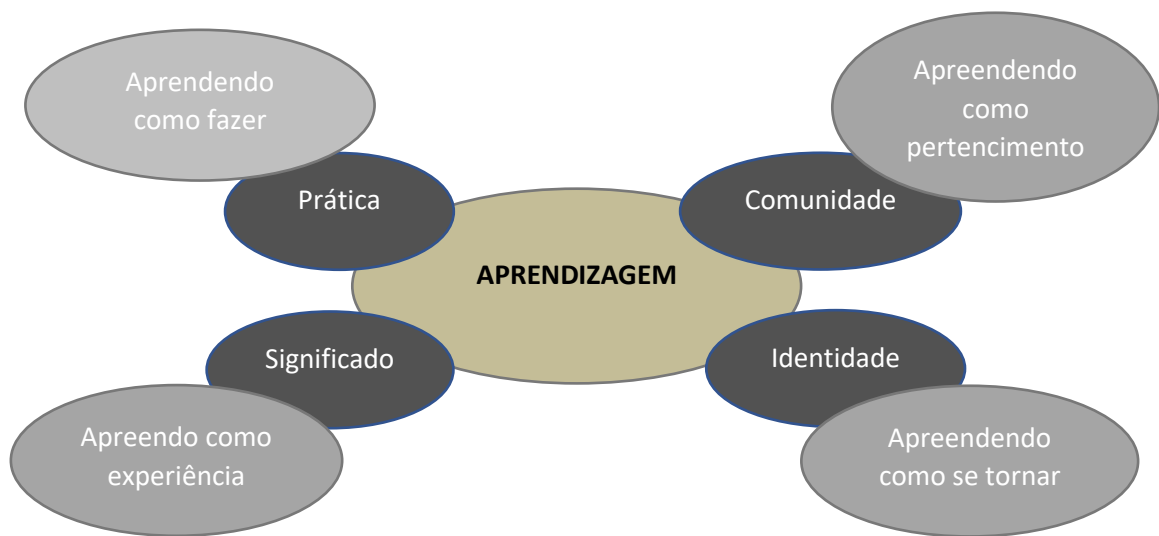
- Somos seres sociais, aspecto central da aprendizagem;
- O conhecimento é uma questão de competência em relação a empreendimentos valorizados - como cantar em sintonia, descobrir fatos científicos, consertar máquinas, escrever poesia, ser alegre, crescer como menino ou meninas, e assim por diante;
- Conhecer é uma questão de participar na busca de tais empreendimentos, isto é, de engajamento ativo no mundo;
- Significado - nossa capacidade de experimentar o mundo e nosso envolvimento com ele como significativo - é, em última análise, o que a aprendizagem deve produzir;

Como reflexo dessas premissas, o foco principal dessa teoria está no aprendizado como participação social. A participação aqui se refere não apenas a eventos locais de engajamento em certas atividades com determinadas pessoas, mas a um processo mais abrangente de implantar participações ativas nas práticas de comunidades sociais e construir identidades em relação a essas comunidades.

Quatro elementos compõem a Teoria Social da Aprendizagem (WENGER, 1998), que realça a importância da participação social no processo de aprendizagem. São eles:

- O significado: traduz a capacidade e a necessidade humana, em constante evolução, individual e coletivamente, de estar em contato com a vida e o mundo e dele extrair significado;
- A prática: expressa a vivência partilhada de recursos históricos e sociais, e perspectivas que mantêm o nosso envolvimento mútuo na ação;
- A comunidade: configuração social onde emergem iniciativas e onde a participação é reconhecida;
- A identidade: surge da forma como a aprendizagem transforma quem somos e constrói histórias pessoais de quem somos no contexto das nossas comunidades.

Figura 1 – Componentes da Teoria Social de Aprendizagem.



Fonte: Wenger, 1998.

Para o autor, o poder analítico do conceito de “comunidade de prática” reside precisamente na integração desses elementos da Figura 1.

Comunidades de prática são parte integrante de nossas vidas diárias. Elas são tão informais e tão difundidas que raramente entram em foco explícito, mas pelas mesmas razões elas também são bastante familiares. Embora o termo possa ser novo, a experiência não é. A maioria das comunidades de prática não tem nome e não emitem cartões de associação. Wenger (1998) ao explorar o conceito de comunidades de prática torna mais útil como ferramenta de

pensamento, impulsionando nossas instituições aprofundá-las, expandi-las, examiná-las e repensá-las, podendo lançar uma nova luz sobre o nosso mundo.

2.3.2.1 A prática

Estar vivo como seres humanos significa que estamos constantemente engajados na busca de empreendimentos de todos os tipos, desde garantir nosso progresso físico até a busca dos mais elevados prazeres. À medida que definimos esses empreendimentos e nos envolvemos em sua busca juntos, interagimos uns com os outros e com o mundo e sintonizamos nossas relações entre nós mesmo e com o mundo. Em outras palavras, aprendemos (WENGER, 1998).

Com o passar do tempo, esse aprendizado coletivo resulta em práticas que refletem tanto a busca de nossos empreendimentos quanto às relações sociais associadas. Essas práticas são, portanto, propriedade de um tipo de comunidade criada ao longo do tempo pela busca contínua de um empreendimento compartilhado. Faz sentido, portanto, chamar essas comunidades de comunidades de prática (WENGER, 1998; WENGER; McDEMOTT; SNYDER, 2002).

O conceito de prática inclui tanto o explícito quanto o tácito. Inclui o que é dito e o que não é dito: o que é representado e o que é assumido. Inclui a linguagem, ferramentas, documentos, imagens, símbolos, papéis bem definidos, critérios especificados, procedimentos codificados, regulamentos e contratos que várias práticas explicitam para uma variedade de finalidades. Mas também inclui todas as relações implícitas, convenções tácitas, dicas sutis, regras incalculáveis, intuições reconhecíveis, percepções específicas, sensibilidades bem ajustadas, compreensões incorporadas, suposições subjacentes e visões de mundo compartilhadas. A maioria destes elementos nunca pode ser articulada, mas são sinais inconfundíveis de participação em comunidades de prática e são cruciais para o sucesso de seus empreendimentos (WENGER, 1998).

As comunidades de prática são o principal contexto em que podemos trabalhar o senso comum por meio do engajamento mútuo. Portanto, o conceito de prática destaca o caráter social e negociado do explícito e do tácito em nossas vidas. Não reflete uma dicotomia entre o prático e o teórico, ideais e realidade ou falar e fazer. As comunidades de prática incluem tudo isso, mesmo que às vezes haja discrepâncias entre o que dizemos e o que fazemos, o que aspiramos e o que nos contentamos, o que sabemos e o que podemos manifestar. Todos nós temos nossas próprias teorias e maneiras de entender o mundo, e nossas comunidades de prática são lugares onde os desenvolvemos, negociamos e compartilhamos (WENGER, 1998).

2.3.2.2 O Significado

A prática é, antes de tudo, um processo pelo qual podemos experimentar o mundo e o nosso envolvimento com ele como significativo. É claro que, para praticar, precisamos estar vivos em um mundo em que possamos agir e interagir. Precisamos ter um corpo com um cérebro que esteja funcionando bem o suficiente para participar de comunidades sociais. Precisamos ter maneiras de nos comunicar uns com os outros. Mas o foco na prática não é meramente uma perspectiva funcional das atividades humanas, mesmo atividades envolvendo múltiplos indivíduos. Não aborda simplesmente a mecânica de fazer algo, individualmente ou em grupos, não é uma perspectiva mecânica, vai além disso, inclui aquilo que dá sentido aos movimentos dos corpos e ao funcionamento dos cérebros (WENGER, 1998).

Wenger (1998) aborda a definição sobre significado da seguinte maneira:

- O significado está localizado em um processo que chamou de negociação do significado;
- A negociação do significado envolve a interação de dois processos constituintes, chamados de participação e reificação;
- A participação e a reificação formam uma dualidade que é fundamental para a experiência humana de significado e, portanto, para a natureza da prática

Quer estejamos falando, agindo, pensando, resolvendo problemas, ou sonhando acordado, estamos preocupados com significados. O termo negociação transmite um sabor de interação contínua, de conquista gradual e de dar e receber. Ao viver no mundo, não construímos apenas significados independentes do mundo, mas tampouco o mundo simplesmente nos impõe significados. A negociação de significados é um processo de produção, mas negociar o significado não é construí-lo do zero. O significado não é preexistente, mas também não é simplesmente inventado. O significado negociado é ao mesmo tempo histórico e dinâmico, contextual e único (WENGER, 1998).

A negociação de significado é um processo que é moldado por múltiplos elementos e que afeta esses elementos. Como resultado, essa negociação muda constantemente as situações às quais dá sentido e afeta todos os participantes. Nesse processo, negociar significado envolve interpretação e ação. De fato, essa perspectiva não implica uma distinção fundamental entre interpretar e agir, fazer e pensar ou compreender e responder. Todos fazem parte do processo contínuo de negociação de significado. Esse processo sempre gera novas circunstâncias para novas negociações e novos significados. Ele produz constantemente novas

relações com e no mundo. O significado de nosso envolvimento no mundo não é um estado de coisas, mas um processo contínuo de negociação renovada.

Wenger (1998) usa o termo participação para descrever a experiência social de viver no mundo em termos de participação em comunidades sociais. A participação nesse sentido é pessoal e social. É um processo complexo que combina fazer, falar, pensar, sentir e pertencer. Envolve toda a nossa pessoa, incluindo nossos corpos, mentes, emoções e relações sociais. Não é equivalente a colaboração. Pode envolver todos os tipos de relações, tanto conflituosas como harmoniosas, íntimas e políticas, competitivas e cooperativas.

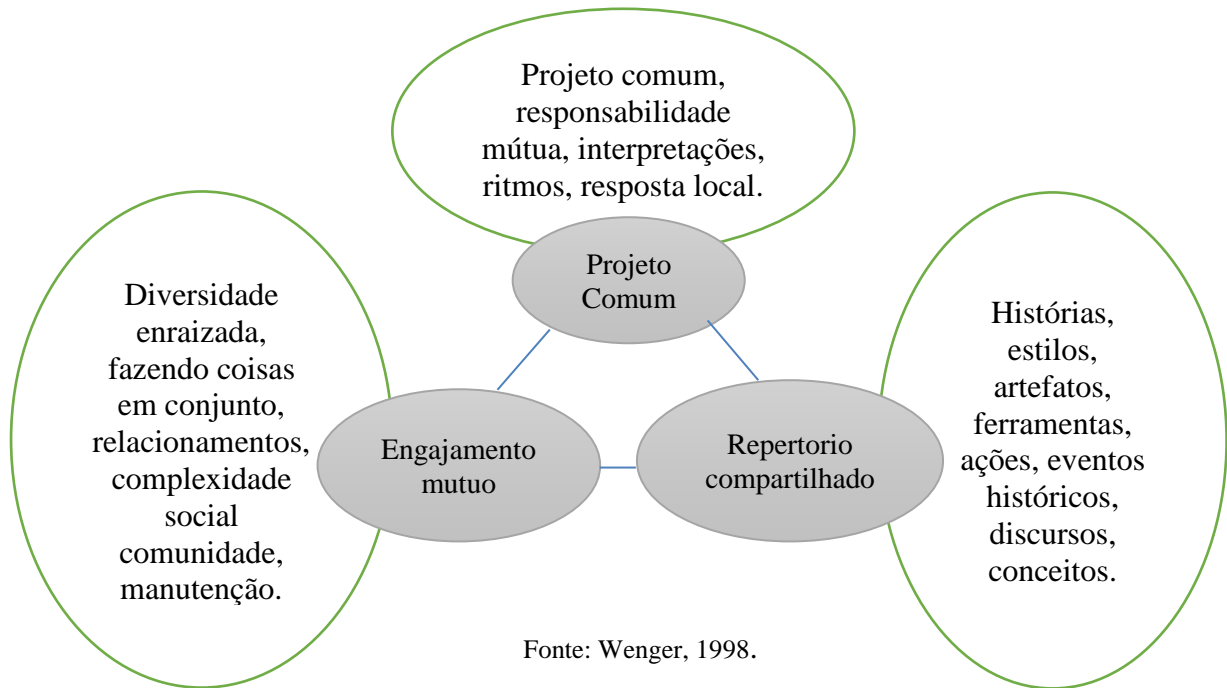
Em conjunto com a participação, a reificação é muito útil para descrever o envolvimento com o mundo como produtivo de significado. Etimologicamente, o termo reificação significa "transformar em coisa". Wenger (1998), usa o conceito de reificação de modo geral para se referir ao processo de dar forma à nossa experiência produzindo objetos que congele essa experiência em "coisidade". Ele utiliza o próprio exemplo de aplicar o termo reificação para introduzir uma nova distinção para servir como um ponto de foco de discussão. Qualquer comunidade de prática produz abstrações, ferramentas, símbolos, histórias, termos e conceitos que reificam algo dessa prática de forma congelada. Assim, cria-se pontos de foco em torno dos quais a negociação do significado se organiza.

O que é importante sobre todos esses objetos é que eles são apenas a ponta de um iceberg, que indica contextos maiores de significado percebidos nas práticas humanas. Seu caráter como reificação não é apenas em sua forma, mas também nos processos pelos quais eles são integrados a essas práticas. Corretamente falando, os produtos de reificação não são simplesmente objetos materiais concretos. Pelo contrário, são reflexos dessas práticas, símbolos de vastas extensões de significados humanos (WENGER, 1998).

2.3.2.3 A comunidade

Ao associar a prática à comunidade, Wenger (1998) argumenta que nem tudo que alguém chama de comunidade é definido pela prática ou tem uma prática que é propriedade específica de uma comunidade claramente delimitada. Um bairro residencial, por exemplo, é frequentemente chamado de "comunidade", mas geralmente não é uma comunidade de prática.

Figura 2 – Dimensões da prática como propriedade de uma comunidade.



Para associar prática e comunidade, Wenger (1998) descreve três dimensões da relação pela qual a prática é a fonte de coerência de uma comunidade, conforme resumido na figura 2:

- Engajamento mútuo
- Um projeto comum
- Um repertório compartilhado

A primeira característica da prática como fonte de coerência de uma comunidade é o engajamento mútuo de participantes. A prática não existe no abstrato. Ela existe porque as pessoas estão envolvidas em ações cujos significados elas negociam com outras. Nesse sentido, a prática não reside em livros ou em ferramentas, embora possa envolver todos os tipos de artefatos. Não reside em uma estrutura que a precede, embora não comece em um vácuo histórico. A prática reside em uma comunidade de pessoas e nas relações de engajamento mútuo pelas quais elas podem fazer o que fizerem (WENGER, 1998).

Ser membro de uma comunidade de prática é, portanto, uma questão de envolvimento mútuo. É isso que define a comunidade. Uma comunidade de prática não é apenas um agregado de pessoas definido por alguma característica. O termo não é um sinônimo para grupo, equipe ou rede (WENGER, 1998).

Uma prática compartilhada, portanto, conecta os participantes uns aos outros de maneiras diversas e complexas. As relações resultantes refletem a total complexidade de fazer as coisas coletivamente. Elas não são facilmente redutíveis a um único princípio, como poder,

prazer, competição, colaboração, desejo, relações econômicas, arranjos utilitários ou processamento de informações. Na vida real, as relações mútuas entre os participantes são misturas complexas de poder e dependência, prazer e dor, perícia e desamparo, sucesso e fracasso, acumulação e privação, aliança e competição, facilidade e flexibilidade, autoridade e coleguismo, resistência e conformidade, raiva e ternura, atração e repugnância, diversão e aborrecimento, confiança e suspeita, amizade e ódio. As comunidades da prática têm tudo isso (WENGER,1998).

A segunda característica da prática como fonte de coerência da comunidade é a negociação de um projeto comum. São os resultados de um processo coletivo de negociação que reflete a total complexidade do engajamento mútuo. É definido pelos participantes no próprio processo de persegui-lo. É a sua resposta negativa à sua situação e, portanto, pertence a eles em um sentido profundo, apesar de todas as forças e influências que estão além de seu controle. Não é apenas um objetivo declarado, mas cria entre os participantes, relações de responsabilidade mútua que se tornam parte integrante da prática (WENGER, 1998).

A terceira característica da prática como fonte de coerência da comunidade é o desenvolvimento de um repertório compartilhado. Com o tempo, a busca conjunta de um projeto comum cria recursos para o significado da negociação. Os elementos do repertório podem ser muito heterogêneos. Eles ganham sua coerência não em si mesmos como atividades específicas, símbolos ou artefatos, mas do fato de pertencerem à prática da comunidade em busca de um empreendimento (WENGER, 1998).

O repertório de uma comunidade de prática inclui rotinas, palavras, ferramentas, maneiras de fazer as coisas, histórias, gestos, símbolos, gêneros, ações ou conceitos que a comunidade produziu ou adotou no curso de sua existência, e que se tornaram parte desta prática. O repertório combina aspectos interativos e participativos. Inclui o discurso pelo qual os membros criam declarações significativas sobre o mundo, bem como os estilos pelos quais expressam suas formas de associação e suas identidades como membros (WENGER,1998; WENGER; McDERMOTT; SNYDER, 2002).

2.3.2.4 A Identidade

As questões de identidade são um aspecto integrante da teoria social da aprendizagem e, portanto, são inseparáveis das questões de prática, comunidade e significado. Focalizar a identidade nesse contexto amplia a estrutura em duas direções (WENGER, 1998):

- Restringe o foco para a pessoa, mas a partir de uma perspectiva social;
- Expande o foco para além das comunidades de prática, chamando a atenção para processos mais amplos de identificação e estruturas sociais.

Wenger (1998) utiliza o conceito de identidade para se concentrar na pessoa sem assumir o eu individual como ponto de partida. Para o autor, construir uma identidade consiste em negociar os significados de nossa experiência de pertencer a comunidades sociais. O conceito de identidade serve como um pivô entre o social e o individual, de modo que cada um pode ser falado em termos do outro.

Falar sobre identidade em termos sociais não é julgar a individualidade, mas ver a própria definição de individualidade como algo que faz parte das práticas de comunidades específicas. Portanto, é uma dicotomia equivocada se perguntar se a unidade de análise de identidade deveria ser a comunidade ou a pessoa. O foco deve estar no processo de sua constituição mútua.

Cada ato de participação ou reificação, do mais público ao mais privado, reflete a mútua constituição entre indivíduos e coletividades. Nossas práticas, nossas linguagens, nossos artefatos e nossas visões de mundo refletem nossas relações sociais. Mesmo nossos pensamentos mais privados fazem uso de conceitos, imagens e perspectivas que entendemos através da nossa participação em comunidades sociais.

Existe uma conexão profunda entre identidade e prática. Desenvolver uma prática requer as formações de comunidade cujos membros podem se envolver uns com os outros e assim reconhecer um ao outro como participantes. Como consequência, a prática implica a negociação de formas de ser uma pessoa nesse contexto. Essa negociação pode ser silenciosa: os participantes não necessariamente falam diretamente sobre esse assunto. Mas se eles se envolvem em ação uns com os outros, inevitavelmente, suas práticas lidam com a questão profunda de como ser um ser humano. Nesse sentido, a formação de uma comunidade de prática é também a negociação de identidades (WENGER, 1998).

À medida que passamos por uma sucessão de formas de participação, nossas identidades formam trajetórias, tanto dentro quanto fora das comunidades de prática. Como já dito, a identidade na prática surge de uma interação de participação e de reificação. Como tal, não é um objeto, mas um constante devir. O trabalho da identidade está sempre acontecendo.

A identidade não é um núcleo primordial da personalidade que já existe. Nem é algo que adquirimos em algum momento da mesma maneira como, em certa idade, crescemos um conjunto de dentes permanentes. Mesmo que questões de identidade como foco de preocupação explícita possam se tornar mais salientes em certos momentos do que em outros, nossa identidade é algo que constantemente negociamos durante o curso de nossas vidas (WENGER, 1998).

A “profissão” ACS é nova no Brasil e no mundo, sendo que a experiência de institucionalização dos agentes de saúde no nosso país é a mais antiga. Este fato traz para os estudos sobre agentes comunitários de saúde no Brasil grande importância, pois seus resultados podem beneficiar não só à população brasileira, mas a milhões de pessoas vulneráveis na África e em outros continentes (UNICEF, 2014).

No presente estudo questionamos se o trabalho dos ACS de quatro municípios do Ceará pode se configurar como o de comunidades de prática. Existe uma contradição entre o processo de formação que os ACS recebem para atuar e o que executam, sendo o primeiro claramente insuficiente. Mesmo assim os ACS coletivamente conseguem ter bons resultados no trabalho, deixando-nos a pergunta sobre como aprendem a realizar suas atribuições profissionais. A teoria CdP busca compreender justamente o aprendizado que se dá no cotidiano dos grupos sociais, como as pessoas se engajam umas com as outras e ao compromisso entre estas por meio de algo que as interessam, como resolvem seus problemas e como isso vai se tornando um aprendizado. Assim faremos ao nosso corpus de dados as seguintes perguntas: Como ocorre a participação dos ACS na ESF? Que processos de negociação de significados e reificação foram criados por suas práticas?

3 OBJETIVOS

3.1 Geral:

- Analisar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família à luz da teoria das Comunidades de Prática, com enfoque na negociação de significados.

3.2 Específicos:

- Discutir a experiência social dos ACS de viverem como integrantes da ESF;
- Analisar o(s) significado(s) que os ACS extraem de sua participação na prática da ESF;
- Analisar os processos de reificação criados por meio de suas práticas.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

Partindo do pressuposto que a constituição do coletivo agente comunitário de saúde como uma comunidade de prática possibilita uma nova forma de trabalho e interação, operacionalizando o serviço em saúde onde estão inseridos, encontrou-se na abordagem da investigação qualitativa o caminho do pensamento para tentar responder as inquietações.

O objeto de análise se engendra no campo das relações sociais, sendo por isso influenciado por determinantes históricos, ideológicos, culturais, econômicos, políticos e sociais. Por conseguinte, foram guiados pela reflexão e crítica articulando sujeito e objeto do conhecimento. Deste modo, torna-se possível entender “o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam” (MINAYO, 2007; DESLAURIERS; KERISIT, 2014).

De acordo com Minayo (2010), a pesquisa qualitativa é a que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Ainda segundo a autora, este tipo de método tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia à construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação e caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo.

O foco da pesquisa qualitativa demanda compreender e aprofundar o conhecimento sobre os fenômenos desde a percepção dos participantes ante um contexto natural e relacional da realidade que os rodeia, com base em suas experiências, opiniões e significados, de modo a exprimir suas subjetividades (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013; MINAYO, 2014).

A modalidade de investigação qualitativa estaria alicerçada em uma postura de busca do sentido dos fenômenos no espaço da intersubjetividade, ou melhor, no espaço do encontro entre a subjetividade que se inscreve na vivência dos informantes e na vivência do próprio pesquisador, através das compreensões e interpretações compartilhadas (UCHIMURA; BOSI, 2007).

Para Nogueira-Martins e Bogus (2004), a abordagem qualitativa procura compreender, particularmente, aquilo que se estuda, e não se preocupa com generalizações populacionais, princípios e leis; a atenção centraliza-se no específico, com ênfase no significado do fenômeno, buscando a sua compreensão. O critério de cientificidade nesse caso é a

intersubjetividade, já que o conhecimento é constituído pelo sujeito e pelo objeto numa relação dialética.

Neste estudo, no entanto, critérios gerais que se encontram em autores como Demo (1995) e Minayo (2012, 2014) vinculando aos princípios da cientificidade estarão presentes. O objeto das Ciências Sociais é histórico, isto significa que cada sociedade humana existe e se constrói num determinado espaço e se organiza de forma particular e diferente das outras. Possui consciência histórica, não será apenas o investigador que terá a capacidade de dar sentido ao seu trabalho intelectual, o grupo específico dará significado a suas ações e a suas construções, capazes de explicitar as intenções de seus atos, projetando e planejando seu futuro. Como também a pesquisa tem um substrato comum de identidade com o investigador, tornando-os solidariamente imbricados e comprometidos (MINAYO, 2014).

Segundo Creswell (2014), a pesquisa qualitativa começa com pressupostos e o uso de estruturas interpretativas/teóricas que informam o estudo dos problemas da pesquisa, abordando os significados que os indivíduos ou grupos atribuem a um problema social ou humano. Para estudar esse problema, os pesquisadores qualitativos usam uma abordagem qualitativa da investigação, a coletas de dados em um contexto natural sensível às pessoas e aos lugares em estudo e a análise dos dados que é tanto indutiva quanto dedutiva e estabelece padrões ou temas. O relatório final ou a apresentação incluem nas vozes dos participantes, a reflexão do pesquisador, uma descrição complexo e interpretação do problema e a sua contribuição para literatura ou um chamado à mudança.

Para compreender o uso de estruturas interpretativas/teóricas da pesquisa, busquei me basear na epistemologia, isto é, o que conta como conhecimento e como as afirmações do conhecimento foram justificadas (CRESWELL, 2014). Tentei chegar o mais próximo possível dos participantes que foram sendo estudados. Assim sendo, evidências subjetivas foram acumuladas com bases nas visões dos indivíduos. É assim que o saber foi conhecido por meio de experiências subjetivas das pessoas. Tornou-se importante, então, conduzir estudos no “campo”, onde os participantes vivem e trabalham- estes foram contextos importantes para compreensão do que os participantes estão dizendo.

Para tanto, segundo Minayo (2011) deve-se considerar a singularidade da pessoa, porque sua subjetividade é uma manifestação de plenitude de sua vida. A experiência e a vivência ocorrem no terreno da coletividade e se contextualizam pela cultura do grupo social em que ela se insere.

Parti do entendimento de que a elaboração do conhecimento é um fenômeno constituído por conexões do pesquisador com os sujeitos e o campo, que versa, assim, em

ativação e expressão de subjetividades demarcadoras de um modo de pesquisar (e de produzir dados), bem como de uma edificação de entendimentos e análises (ABRAHÃO *et al.*, 2016). Vale destacar a ideia de que, neste caminhar, não houve neutralidade do pesquisador, portanto existiu um conjunto de vínculos e relações estabelecidas, dados em diversos modos de se estabelecer ideias, encontros, diálogos e conexões entre pessoas, ambientes, instituições e sociedade (LOURAU, 2014; SANTOS, 2003).

4.1 Tipo de estudo

Componente de uma pesquisa intitulada “Campo de Práticas Profissionais e Acesso ao Cuidado na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Ceará” realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)/Ceará, que investigou a ESF a partir do campo de práticas da equipe de referência e de cada categoria profissional que a compõe, balizando este conjunto de práticas com a situação social e de saúde da população, (CEARÁ, 2018), Este estudo foi um recorte de um ator específico da equipe, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e inseriu-se no campo da investigação qualitativa.

Visou complementar a abordagem quantitativa desta pesquisa mais ampla. Segundo Creswell (2014), conduzimos pesquisas qualitativas porque um problema ou questão precisa ser explorado. Por sua vez, essa exploração é necessária devido à necessidade de estudar um grupo ou população, identificar variáveis que não podem ser medidas facilmente ou escutar vozes silenciadas. Precisamos de uma compreensão complexa e detalhada da questão, que só pode ser estabelecida falando diretamente com as pessoas, indo até suas casas ou locais de trabalho e lhe possibilitando que contem histórias livres do que esperamos encontrar ou do que lemos na literatura.

Este estudo analisou o trabalho dos ACS à luz da Teoria Comunidades de Prática (CdP). Dada a natureza deste objeto, tratou-se de um estudo de caso com abordagem exploratória, pois o objeto aqui adotado estava inscrito em um campo ainda pouco investigado.

A pesquisa de estudo de caso envolve o estudo dentro de um sistema ou contexto contemporâneo da vida real (YIN, 2009). É uma abordagem qualitativa na qual o investigador explora um sistema delimitado contemporâneo da vida real (um caso) ou múltiplos sistemas delimitados (casos) ao longo do tempo, por meio da coleta de dados detalhada em profundidade envolvendo múltiplas fontes de informação (p. ex. observações, entrevistas, material audiovisual, documentos e relatórios) e relata uma descrição do caso e temas do caso (CRESWELL, 2014).

O caso pode ser uma entidade concreta, como um indivíduo, um pequeno grupo, uma organização ou uma parceria. Em nível menos concreto, ela pode ser uma comunidade, um relacionamento, um processo de decisão ou um projeto específico (YIN, 2009). A intenção do estudo de caso pode ser entender uma questão, um problema ou uma preocupação específica e é selecionado um caso ou casos para melhor compreender o problema (STAKE, 1995). Deve apresentar uma compreensão em profundidade, para isso o pesquisador coleta muitas formas de dados qualitativos, variando desde entrevistas, observações e documentos até materiais audiovisuais (YIN, 2009).

A escolha de como abordar a análise dos dados poderá diferir. Alguns estudos de casos envolvem a análise de múltiplas unidades dentro do caso enquanto outros se referem à totalidade do caso. Uma boa pesquisa de estudo de caso envolve uma descrição do caso. O pesquisador pode identificar temas ou questões específicas para estudar em cada caso; os temas e questões podem ser organizados em uma cronologia pelo pesquisador, analisados entre os casos por semelhanças e diferenças entre eles ou apresentados como um modelo teórico; e geralmente terminam com conclusões formadas pelo pesquisador a respeito do significado global derivado(s) casos(s) (CRESWELL, 2014).

Os tipos de estudo de casos qualitativo são distinguidos pelo tamanho do caso delimitado ou pela intenção da análise do caso. Em um estudo de caso coletivo (ou estudo de caso múltiplo), a questão ou preocupação é mais uma vez selecionada, mas o investigador escolhe múltiplos estudos de caso para ilustrar a questão (CRESWELL, 2014). Esta pesquisa foi desenvolvida em quatro municípios do Ceará. Dessa maneira, trata-se de um estudo de caso coletivo, onde realidades múltiplas foram analisadas em suas peculiaridades.

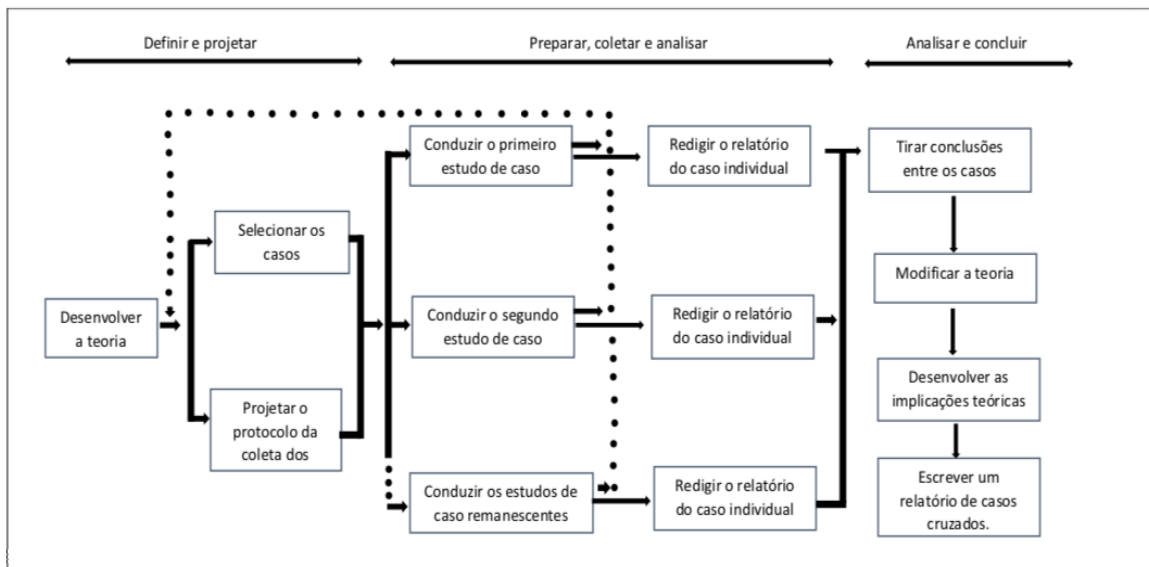
Yin (2015) considera os projetos de casos únicos ou de casos múltiplos como variantes da mesma estrutura metodológica e não existe uma distinção ampla entre o assim chamado estudo de caso clássico (ou seja, único) e os estudos de casos múltiplos. Ambos são considerados estudo de caso.

A seleção de casos múltiplos também propicia um novo conjunto de questões. Aqui, um *insight* importante é considerar os casos múltiplos como se consideram os experimentos múltiplos, ou seja, seguindo a lógica da replicação. Após a descoberta de um resultado significativo de um único experimento, a prioridade subsequente seria replicar esse achado, conduzindo o segundo, terceiro e até mais experimentos. Algumas das replicações poderiam tentar duplicar as condições exatas do experimento original. Outras replicações alterariam uma ou mais condições experimentais consideradas sem importância para o achado original, para

verificar se a descoberta ainda poderia ser duplicada. Apenas com essas replicações a descoberta original seria considerada robusta (YIN, 2015).

A abordagem da replicação aos estudos de casos múltiplos é ilustrada na Figura 3. A figura indica que o passo inicial do estudo consistiu no desenvolvimento da teoria. Cada estudo de caso individual dos municípios (Fortaleza, Tauá, Eusébio e Cruz) consistiu em um estudo “completo”, no qual a evidência foi procurada em relação aos fatos e às conclusões do caso; as conclusões de cada caso foram, então, consideradas a informação que precisa ser replicada por outros casos individuais. Os resultados dos casos múltiplos puderam e foram o foco do relatório resumido (YIN, 2015).

Figura 3 – Estudo de Múltiplos casos.



Fonte: COSMOS Corporation ano *apud* Yin, 2015.

Uma parte importante da Figura 3 é a curva de retorno pontilhada. A curva representa a situação na qual ocorre um importante descoberta durante a condução de um dos estudos de caso individual (por exemplo, um dos casos não se adequou, de fato, ao projeto original). Tal descoberta pode exigir que reconsidere uma ou mais das proposições teóricas originais do estudo. Neste ponto, deve ocorrer um “novo projeto” antes de se dar prosseguimento, o que não ocorreu neste estudo.

Em relação aos procedimentos para condução de um estudo de caso: uma boa abordagem ocorre quando o investigador possui casos claramente identificáveis e delimitados e busca uma compreensão em profundidade dos casos; realizar amostragem intencional, escolher casos que apresentem diferentes perspectivas sobre o problema; a coleta deve ser extensa, o tipo de análise de dados pode ser holística de todo caso ou incorporada de um

aspecto específico do caso (YIN, 2009); por meio dessa coleta de dados, surge uma descrição detalhada do caso (STAKE, 1995) na qual o pesquisador detalha aspectos tais como a história, a cronologia dos eventos ou a realização rotineira das atividades; depois dessa descrição, o pesquisador pode focar em algumas questões-chave, não para fazer generalizações além do caso, mas para compreender a sua complexidade; na fase final, o pesquisador relata o significado do caso (CRESWELL, 2014).

4.2 Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido no Ceará, que tem 184 municípios dos quais foram selecionados quatro para o estudo: a capital, um município de grande porte, um de médio e um de pequeno porte, em virtude de esperada variabilidade do campo de práticas profissionais da ESF encontrado em contextos urbanos de tamanhos, níveis de desenvolvimento e acesso à serviços secundários e terciários diferentes. No caso da capital, em virtude da extensão e da grande quantidade de profissionais de saúde na ESF, o que elevaria muito os custos e o tempo para realização do estudo, foi definida a inclusão da regional II, que é bem delimitada geograficamente, possui doze centros de saúde da família. Todos os municípios incluídos deverão possuir serviços de atenção primária à saúde avaliados pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (CEARÁ, 2015).

Entre os critérios de seleção dos municípios do estudo, além da inclusão da capital Fortaleza, considerou-se, ter elevadas taxas de cobertura da ESF e ser de diferentes regiões do Ceará, para garantir uma representatividade mínima da realidade estadual da ESF. Foram selecionados os municípios de Eusébio (médio porte, região metropolitana), Tauá (médio porte, sertão dos Inhamuns) e Cruz (pequeno porte), litoral oeste (CEARÁ, 2015).

4.2.1 A Rede de Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família em Fortaleza

A capital Fortaleza está localizada no litoral norte do estado do Ceará, com área territorial de 314,9 km². A população total está estimada em 2.627.482 habitantes, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2017 e tem uma densidade populacional de 8.373 habitantes por km² (FORTALEZA, 2018). Apresenta 100% de população urbana. O rendimento médio mensal per capita dos domicílios particulares, segundo Censo 2010, foi de R\$ 994, 24 (IBGE, 2010).

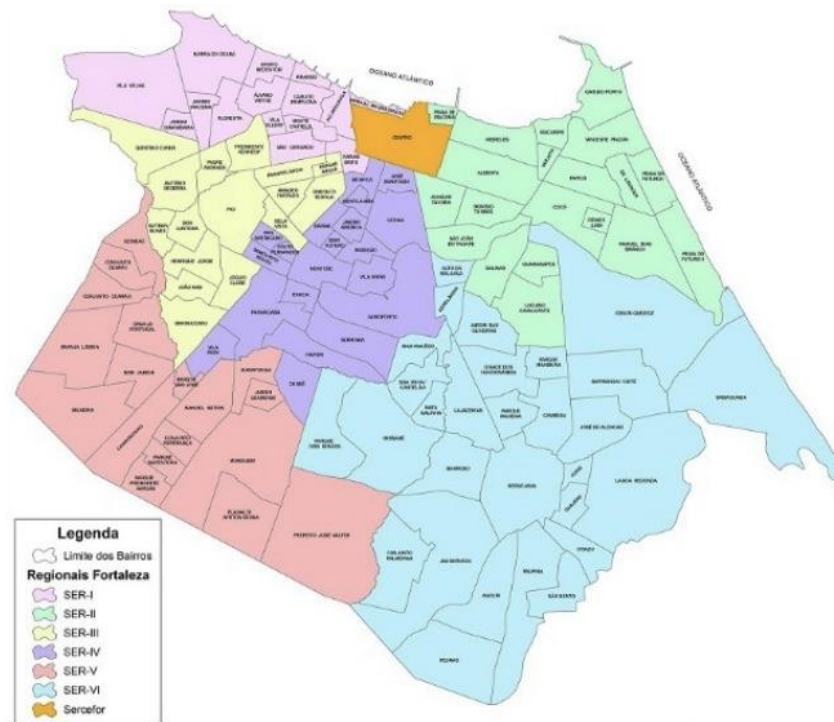
Figura 4 – Mapa do Ceará com destaque para município Fortaleza.



Fonte: Imagem Google, 2018.

A Prefeitura Municipal de Fortaleza é dividida em seis regionais. Cada regional possui uma rede de equipamentos de saúde para atendimento da população mais próximo da sua residência (Figura 4). A Rede é composta de Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), hospitais de atenção secundária e terciária, Unidades de pronto Atendimento (UPA), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral, Infantil, e Álcool e Drogas (AD), Centro de Especialidades odontológicas (CEO), Central de Distribuição de medicamentos no terminal (CDMT), equipes de Consultórios na Rua, Espaço Ekobé, além de espaços para desenvolvimento de práticas integrativas e complementares à saúde (FORTALEZA, 2018).

Figura 5 – Mapa de Fortaleza, com a divisão das seis regionais.



Fonte: Imagem Google, 2018.

A APS municipal apresenta 460 equipes da ESF e Equipes de agentes comunitários de saúde (EACS) (composta por enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e ACS), 235 equipes de Saúde Bucal e 10 equipes Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Possui 63,5% de cobertura pela ESF e EACS, com número de pessoas por equipe 3.450 (em média). Em 2017, 62 % das micro áreas adscritas da equipe ESF e EACS eram cobertas por ACS, correspondendo a 2.173 trabalhadores (FORTALEZA, 2017).

Em 2014, 38% de um total de 161.780 famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) do Governo Federal foram acompanhadas pela atenção básica (FIOCRUZ, 2016). Este programa brasileiro é maior programa de transferência de renda do mundo, que contempla uma grande parcela das famílias pobres do país oferecendo uma renda condicionada ao respeito de condicionalidades na educação e na saúde das crianças (RASELLA, 2013).

O território da Secretaria Regional II, espaço social da pesquisa, conta com a população de 378.171 habitantes, representando 14,6% da população total do município. Caracteriza-se como uma regional heterogênea devido às diferenças sociais econômicas e demográficas. Representa o território “nobre” da cidade, uma vez que nela está inserida a rede turística com grandes hotéis de luxo, grandes supermercados, centros comerciais, praias e

shoppings mais frequentados da cidade. No entanto, apresenta grandes bolsões de pobreza (NEPOMUCENO *et al.*, 2016).

Nesta regional, existem 18 equipamentos de saúde, divididos entre 12 UAPS, 1 CAPS Geral, 1 CAPS AD, Unidade de Acolhimento (UA) e Serviço de Residência Terapêutica (SRT), 1 UPA (Praia do Futuro) e um CEO (CEOP) (FORTALEZA, 2018). Possui 47 Equipes Saúde da Família e 215 ACS, correspondendo a 36,7% de cobertura populacional nesta regional (CORES II, 2018).

Em 2013, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza implantou um novo Sistema de Saúde, na perspectiva de integrar os vários pontos de atenção à saúde de forma a responder às necessidades de saúde da população através das Redes de Atenção à Saúde (RAS). O plano visava enfatizar a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual realizar a coordenação do cuidado em todos os pontos de atenção (FORTALEZA, 2014)

Para atenção às condições agudas, o modelo adotado foi o Modelo de Atenção às Condições Agudas que identifica, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência e emergência, e, com este objetivo, foi adotado o protocolo de Manchester (FORTALEZA, 2014). As UAPS tiveram o horário de funcionamento alterado para 7 às 19 horas, onde equipes formadas por médico e enfermeiro da ESF alternam-se durante esse período numa escala para o atendimento à demanda aguda (FORTALEZA, 2013).

Nesse período, adotou-se o prontuário eletrônico Fastmedic como ferramenta para o sistema de informação de saúde nas UAPS integrado ao e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) (FORTALEZA, 2014). O e-SUS AB é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional em busca de um SUS eletrônico e permite aos municípios brasileiros que suas Unidades Básicas de Saúde (UBS) mantenham prontuários eletrônicos com os dados de seus usuários (BRASIL, 2019).

Foram ofertadas algumas capacitações para os ACSs, entre 2014 e 2017, dentre elas: Caminhos do Cuidado, uma capacitação em saúde Mental com enfoque na prevenção e redução do uso do crack, álcool e outras drogas, com 60 horas, e, Capacitação sobre o Câncer de Mama, 40 horas aula (CORES II, 2018). A Escola de Saúde Pública do Ceará ofereceu o Curso Técnico em ACS (CTACS) no município, sendo que apenas os ACS que atuam nas Unidades de APS inseridas no bairro Vicente Pinzon, localizado na regional II, concluíram as três etapas formativas. Um total de 96 ACS tornam-se técnicos, dentre eles, os participantes deste estudo. A primeira etapa do CTACS foi realizada no período entre 2005 e

2012, com carga horária de 520 horas (teórico/prático); a segunda e terceira etapas, com 960 horas e 320 horas, respectivamente, no período entre 2015 a 2017. Diferenciando-se da primeira etapa, a segunda e terceira etapas tiveram como facilitadores do curso os próprios profissionais da equipe: os enfermeiros, em sua maioria, bem como a participação de dentistas, profissionais do NASF e outros profissionais (CEARÁ, 2017).

4.2.2 A Rede de Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família em Tauá

Tauá é um município cravado no semiárido da região dos Inhamus, que para além do Distrito sede de maior concentração populacional, apresenta extensas áreas contendo apenas a vegetação da caatinga e animais domésticos e selvagens de pequeno porte. Tem a maior área em relação aos quatro municípios analisados, 4.018,162 km², e possui uma população total que girou em torno de 57.917 habitantes no ano de 2016, apresentando a menor densidade populacional do estudo com 14,30 hab./km². Localiza-se a 338,4 km da capital Fortaleza (CEARÁ, 2015; TAUÁ, 2017). Apresenta 57,90% de população urbana e 42,1% da população rural. O rendimento médio mensal per capita dos domicílios particulares, segundo Censo 2010, foi de R\$ 354,53 (IBGE, 2010).

Figura 6 – Mapa do Ceará com destaque município Tauá



Fonte: Imagem Google, 2018.

A APS municipal é bem estruturada. Possui 100% de cobertura pela ESF, sendo: 28 equipes da ESF, 28 equipes de Saúde Bucal e 6 equipes NASF. Em 2015, todas as micro áreas eram cobertas por ACS, totalizando 141 trabalhadores. A rede de atenção à saúde é composta pelas seguintes unidades: 2 CAPS, 1 (CEO), 1 Policlínica, 1 UPA e 2 Hospitais (CEARÁ, 2016).

Em 2014, 95,3% de um total de 6.839 famílias beneficiárias do PBF do Governo Federal foram acompanhadas pela atenção básica (FIOCRUZ, 2016). Este programa brasileiro é maior programa de transferência de renda do mundo, que contempla uma grande parcela das famílias pobres do país oferecendo uma renda condicionada ao respeito de condicionalidades na educação e na saúde das crianças (RASELLA, 2013).

Alguns cursos e capacitações foram propostas aos profissionais de saúde do município, dentre eles, o CTACS realizado pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Sua execução foi proposta em três etapas formativas: a primeira ocorreu no período entre 2005 e 2012 com carga horária (teórico/prático) de 520 horas; a segunda e a terceira etapa com 960 horas e 320 horas (teórico/prático), respectivamente, aconteceram entre os anos de 2015 a 2017. Diferenciando-se da primeira etapa, estas últimas etapas tiveram como facilitadores do curso os próprios profissionais da equipe, em sua maioria, os enfermeiros, bem como a participação de dentistas, profissionais do NASF e outros profissionais. Um total de 127 participantes concluíram todas as etapas, tornando-se técnicos em ACS (CEARÁ, 2017).

No período de 2014 a 2015, em uma parceria entre a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), a FIOCRUZ e a Escola de Saúde Pública do Ceará, o município de Tauá foi laboratório da APS por meio do desenvolvimento da Planificação da Atenção Primária à Saúde, que tinha como objetivo reorganizar o modelo de atenção no estado (SESA, 2016).

Baseado nesta experiência, em 2016, a SESA lançou o projeto “Qualifica APSUS Ceará”, objetivando subsidiar a reorganização do modelo de atenção, a partir da reestruturação da Atenção Primária dos municípios e, conseqüentemente, da implantação e implementação das RAS. Teve integração e envolvimento dos trabalhadores com a proposta de reorientação da APS e o engajamento na cadeia de educação permanente do Projeto (SESA, 2016).

Em 2017, Tauá iniciou a participação também no Projeto Viva Bem no Sertão, junto a outros quatro municípios da região de saúde, que teve como objetivo a implantação da linha de cuidado para atenção integral ao Diabetes Mellitus e à hipertensão arterial, iniciativa da parceria entre a SESA, Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), CONASS e Fundação Mundial de Diabetes (*World Diabetes Foundation –WDF*). Com previsão de término em 2019,

este projeto visa o alcance de 10 metas, desde a instituição linha de cuidado a implantação das diretrizes clínicas para diabetes mellitus e hipertensão, a realização da estratificação de risco, a capacitação dos profissionais da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada, a equipagem das UBS e Policlínicas até a definição da referência para avaliação de retina (CEARÁ, 2017).

Uma das oito oficinas previstas no projeto teve como objetivo de aprendizagem desenvolver a competência para realizar o rastreamento de Diabetes Mellitus e participação do rastreamento da Hipertensão Arterial na população. Neste módulo, foi apresentado aos ACS o questionário *Finnish Diabetes Risk Scoreum* (FINDRISK), instrumento de rastreio prático para avaliar o risco de diabetes e diagnosticar diabetes previamente (CEARÁ, 2017).

4.2.3 A Rede de Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família em Eusébio

Eusébio localiza-se na região metropolitana de Fortaleza, a 24 quilômetros da capital, possui 79 Km² de área territorial com uma população estimada em 52.667 habitantes, segundo estimativas do IBGE em 2017. Apresenta densidade demográfica de 582,66 hab/Km² (IBGE, 2017). Apresenta 100% de população urbana. O rendimento médio mensal per capita dos domicílios particulares, segundo Censo 2010, foi de R\$ 768,16 (IBGE, 2010).

Figura 7 – Mapa do Ceará com destaque para município Eusébio



Fonte: Imagem Google, 2018.

A APS Municipal é bem estruturada. Possui 100% de cobertura pela ESF, sendo: 18 equipes da ESF, 18 equipes de Saúde Bucal e 3 equipes NASF. Em 2017, totalizavam 52 ACS em serviço. A rede de atenção à saúde é composta pelas seguintes unidades: 2 CAPS, 01 CEO, 01 Policlínica de especialidades médicas, 01 UPA e um Hospital de média complexidade (CNES DATASUS, 2019).

Em 2014, 98,19% de um total de 5.655 famílias beneficiárias do PBF do Governo Federal foram acompanhadas pela atenção básica (FIOCRUZ, 2016). Este programa brasileiro é maior programa de transferência de renda do mundo, que contempla uma grande parcela das famílias pobres do país oferecendo uma renda condicionada ao respeito de condicionalidades na educação e na saúde das crianças (RASELLA, 2013).

Em 2018, foi finalizado a informatização nas UBS (EUSEBIO, 2018). O e-SUS AB é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico. A ferramenta, que é gratuita permite aos municípios brasileiros que suas UBS mantenham prontuários eletrônicos com os dados de seus usuários (BRASIL, 2019).

Para isto, foi necessário o cadastramento único de saúde (CADSUS), uma ferramenta online desenvolvida especialmente para que os profissionais do SUS tenham conhecimento e controle de tudo o que está acontecendo e que é relacionado ao SUS. Para fazer o cadastramento e adquirir o cartão do SUS o Ministério da Saúde orienta o cidadão procurar um dos postos e atendimento credenciados da sua cidade (CARTÃO SUS, 2019).

Em 2016, aderiu ao projeto “Qualifica APSUS Ceará”, objetivando subsidiar a reorganização do modelo de atenção, a partir da reestruturação da Atenção Primária do município e, conseqüentemente, da implantação e implementação das RAS. Teve integração e envolvimento dos trabalhadores com a proposta de reorientação da APS e o engajamento na cadeia de educação permanente do Projeto (SESA, 2016; EUSÉBIO, 2018).

Eusébio participa do programa Federal “Melhor em casa” desde 2014, com uma equipe que desenvolve Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), indicado para as pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais atenção domiciliar é a mais indicada para seu atendimento. O atendimento é realizado por equipes multidisciplinares. Cada equipe pode atender, em média, 60 pacientes, simultaneamente (BRASIL, 2018; EUSÉBIO, 2014).

Foram ofertadas algumas capacitações para o ACS, dentre elas: Caminhos do Cuidado, formação em saúde Mental (crack, álcool e outras drogas), 60 horas e Terapia Comunitária e o CTACS realizado pela Escola de Saúde Pública do Ceará que teve apenas a primeira fase formativa de três concluídas, perfazendo um total de 520 horas/aula (teórico/prático) entre o período de 2005 e 2012 (CEARÁ, 2017).

Em 2017, foi desenvolvido no Ceará pela Secretaria Especial de Políticas sobre Drogas (SPD) o Programa Famílias Fortes (PFF) do Governo Federal e contou com a participação dos ACS. É um programa nacional de prevenção ao uso de álcool e outras drogas para famílias e adolescentes de 10 a 14 anos, composto por sete encontros que aconteceram semanalmente (BRASIL, 2018).

4.2.4 A Rede de Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família em Cruz

O município de Cruz está localizado na região litorânea do Estado do Ceará a 209 quilômetros da capital Fortaleza. Possui 329,9 Km² de área territorial com população de 22.479 habitantes, apresentando 68,13 hab./ km² de densidade demográfica. A maior parte da população reside na zona rural, tendo apenas 42,83% de população urbana. O rendimento médio mensal per capita dos domicílios particulares, segundo Censo 2010, foi de R\$ 369, 18 (IBGE, 2010).

Figura 8 – Mapa do Ceará com destaque para município Cruz.



Fonte: imagem Google, 2018.

A APS Municipal possui 10 equipes da ESF correspondendo a 100% de cobertura de equipes da ESF e uma equipe NASF, composta por educador físico, nutricionista, fisioterapeuta, Assistente Social e Farmacêutico. Em 2017, totalizaram 57 ACS em serviço. A rede de atenção à saúde é composta pelas seguintes unidades: 1 CAPS, 1 CEO, 1 Clínica Municipal de Fisioterapia e 1 Hospital Municipal (CNES DATASUS, 2019).

Em 2014, 98,19% de um total de 5.655 famílias beneficiárias do PBF do Governo Federal foram acompanhadas pela atenção básica (FIOCRUZ, 2016). Este programa brasileiro é maior programa de transferência de renda do mundo, que contempla uma grande parcela das famílias pobres do país oferecendo uma renda condicionada ao respeito de condicionalidades na educação e na saúde das crianças (RASELLA, 2013).

O e-SUS AB é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico. A ferramenta, que é gratuita permite aos municípios brasileiros que suas UBS mantenham prontuários eletrônicos com os dados de seus usuários (BRASIL, 2019).

Para isto, foi necessário o CADSUS, uma ferramenta online desenvolvida especialmente para que os profissionais do SUS tenham conhecimento e controle de tudo o que

está acontecendo e que é relacionado ao SUS. Para fazer o cadastramento e adquirir o cartão do SUS o Ministério da Saúde orienta o cidadão procurar um dos postos e atendimento credenciados da sua cidade (CARTÃO SUS, 2019).

O município apresenta um Polo da Academia da Saúde (CNES DATASUS, 2019). O Programa Academia da Saúde é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado para os municípios brasileiros que tem como objetivo promover práticas corporais e atividade física, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, entre outros (BRASIL, 2019).

O município participa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). Tem como objetivo incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos nas UBS por meio das equipes de Atenção Básica à Saúde. O programa eleva os recursos do incentivo federal para os municípios participantes, que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento (BRASIL, 2019).

Foram ofertadas algumas capacitações para o ACS, dentre elas: Curso Introdutório para o ACS; Caminhos do Cuidado, formação em saúde Mental (crack, álcool e outras drogas), Terapia Comunitária e o CTACS realizado pela Escola de Saúde Pública do Ceará que teve apenas a primeira fase formativa de três concluída, perfazendo um total de 520 horas/aula (teórico/prático) entre o período de 2005 e 2012 (CEARÁ, 2017).

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é um instrumento das práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde que tem como objetivo ser espaço de acolhimento e partilha de vida para se falar das dores, dos problemas e das potencialidades das pessoas e das comunidades. As rodas TCI funcionam de forma circular e horizontal e tem como enfoque a solidariedade e o fortalecimento das relações humanas, possibilitando a construção de redes sociais solidárias (FÓRUM SOCIAL MUNDIAL, 2018).

4.3 Método e técnicas

A primeira etapa deste estudo foi a constituição do estado da arte da construção histórica sobre a Atenção Primária a Saúde (APS), trajetória dos ACS com revisão das bases bibliográficas e marcos regulatórios em vigor, bem como, realizado o aprofundamento sobre o conceito de (CdP) com referencial teórico de Etienne Wenger.

Como este estudo foi um recorte da pesquisa Campo e Escopo de Práticas Profissionais e Acesso ao Cuidado na Estratégia Saúde da Família (CAMPESF), as técnicas utilizadas para coleta do material empírico junto aos ACS foram grupo focal (GF), entrevistas em profundidade, guiadas por um roteiro de perguntas abertas.

Morgan (1997) define GF como uma técnica de pesquisa qualitativa, derivada das entrevistas grupais, que coleta informações por meio das interações grupais. Para Kitzinger (2000), o GF é uma forma de entrevistas com grupos, baseada na comunicação e na interação. Seu principal objetivo é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico (sugerido por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo) a partir de um grupo de participantes selecionados. Ele busca colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços.

Podem ser entendidos e utilizados como simulações de discursos e de conversas cotidianas, ou como um método quase naturalista para o estudo da geração das representações sociais ou do conhecimento social. O poder geral dos GF é duplo: geram discussões, e por tanto, revelam tanto os significados supostos pelas pessoas no tópico de discussão quanto a maneira pela qual elas negociam esses significados; e geram diversidade e diferenças, tanto dentro dos grupos como entre os grupos, e, assim revelam a natureza dilemática dos argumentos cotidianos (LUNT; LIVINSTONE, 1996).

O GF difere da entrevista individual por basear-se na interação entre as pessoas para obter os dados necessários à pesquisa. Sua formação obedece a critérios previamente determinados pelo pesquisador, de acordo com os objetivos da investigação, cabendo a este a criação de um ambiente favorável à discussão, que propicie aos participantes manifestar suas percepções e pontos de vista (PATTON, 1990; MINAYO, 2007).

O GF ocupa uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas em profundidade (GONDIM, 2002). De acordo com Flick (2002, p. 128), os GF podem ser vistos também como um “protótipo da entrevista semiestruturada” e os resultados obtidos por meio desse tipo de entrevista.

4.4 Participantes do estudo

Participaram os profissionais da ESF de duas equipes completas em cada município, que atuavam no território por no mínimo de seis meses, e tinham um número de famílias adscritas, infraestrutura e insumos adequados para funcionamento. Se várias equipes preencherem este critério foram selecionadas as que possuíam um maior número de ACS. Em Tauá e Cruz foram selecionadas uma equipe da zona rural e outra na zona urbana. Este estudo envolveu apenas os agentes comunitários de saúde.

Com relação ao número de participantes nos grupos focais, encontramos na literatura uma variação entre seis a 15. O tamanho ótimo para um grupo focal é aquele que permita a participação efetiva dos participantes e a discussão adequada dos temas (PIZZOL, 2004). De cada uma das equipes do município, foram ouvidos ACSs, por meio de grupo focal e, no caso do município de Eusébio, devido número de participantes menor inferior a seis, realizamos entrevista individual com os ACS presentes.

A coleta de informações dos GF e entrevistas foi realizada durante os meses de outubro, novembro, dezembro/2017, sendo concluído em janeiro de 2018. Totalizaram seis GF, com 39 participantes, e seis entrevistas, onde dois grupos focais foram realizados em cada um dos municípios: Fortaleza, Tauá e Cruz, sendo esses últimos, realizado um GF na zona rural e outro na zona urbana. Em Eusébio, foram realizadas seis entrevistas devido ao pequeno número destes por equipe, conforme quadro 1. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, como forma de ter um registro fidedigno das falas.

Quadro 1 – Dados da pesquisa.

DADOS DA PESQUISA		
Fortaleza	UBS Aida Santos	GF (6 ACS)
	UBS Célio Brasil	GF (6 ACS)
Tauá	UBS Inhamus	GF (8 ACS)
	UBS Tauazinho II	GF (6 ACS)
Cruz	UBS Cajueiro	GF (7ACS)
	UBS Sede	GF (6 ACS)
Eusébio	UBS Timbu	Entrevista (3 ACS)
	UBS Urucunema	Entrevista (3 ACS)

Fonte: Relatório CAMPESF, 2018.

Conforme aponta o quadro acima, em Fortaleza, foram realizados dois grupos focais, sendo um na UAPS Aida Santos e Silva (6 participantes) e outro na UAPS Célio Brasil Girão (6 participantes). As falas dos grupos focais foram representadas por F 1 e F 2, respectivamente. Apenas um participante foi do sexo masculino (UAPS Aida Santos) e as idades dos participantes dos grupos variaram entre 34 a 54 anos. Destes participantes, cinco ACS exerciam a profissão entre 9 e 12 anos; seis ACS entre 6 e 9 anos; uma ACS menos de 1 ano.

Em Tauá, foram realizados dois grupos focais, sendo um na zona rural (8 participantes) e outro na zona urbana (6 participantes). Apenas um participante da zona rural era do sexo masculino e as idades dos participantes dos grupos variaram entre 28 a 57 anos. Destes participantes, seis ACS exerciam a profissão por mais de 12 anos; quatro ACS entre 9 e 12 anos; uma ACS entre 6 e 9 anos; dois ACS entre 3 e 6 anos e um ACS com menos de 3 anos de trabalho como ACS. As falas dos grupos focais da zona rural e urbana foram representadas por T 1 e T 2, respectivamente.

Já em Cruz, foram realizados dois grupos focais, sendo um na zona rural (7 participantes) e outro na urbana (6 participantes). Três participantes da zona rural e dois da zona urbana eram do sexo masculino e as idades dos participantes dos dois grupos variaram entre 21 a 49 anos. Destes participantes, cinco ACS exerciam a profissão por mais de 12 anos; um ACS entre 9 e 12 anos; três ACS entre 3 e 6 anos; três ACS entre 1 e 3 anos e um com menos de 1 ano de trabalho como ACS. As falas dos grupos focais da zona rural e urbana foram representadas por C1 e C 2, respectivamente.

No município de Eusébio, por não ter comparecido todos os ACS das equipes da ESF participantes da pesquisa CAMPESF, foram realizadas seis entrevistas, sendo três ACS de cada equipe. Todas as participantes foram mulheres, com idade entre 36 e 50 anos e possuíam mais de seis anos de trabalho como ACS. As falas das entrevistas foram representadas por E1, E2, E3, E4, E5 e E6.

Por ser uma pesquisa qualitativa, o objetivo do pesquisador não foi o estudo do somatório das narrativas. Dessa maneira, a definição do quantitativo de entrevistados não foi baseada no critério numérico, portanto, o que define o total de sujeitos da pesquisa a saturação do conteúdo empírico, pautada nos objetivos elencados no momento de proposições da pesquisa, mas não sendo desconsideradas os dissensos, as diferenças e as especificidades representadas nas falas das variadas representações (MINAYO, 2007).

4.5 Análise e tratamento das evidências empíricas

Para o tratamento dos dados oriundos do GF e entrevistas foi utilizado método da análise de conteúdo, definido por Bardin (2012) como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, que são empregadas para obter, com procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores (quantitativo ou não) que permitam a interferência de conhecimento relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

A partir dessa perspectiva, a análise dos dados seguiu os passos operacionais propostos por Minayo (2006), descritos a seguir:

- 1. Ordenação das informações.** Tratou-se do primeiro contato com o material coletado. Primeiramente foi realizada a transcrição de todo o conteúdo das entrevistas. Em seguida, procedeu-se à primeira leitura do material das entrevistas e do grupo focal. As informações aí contidas e apreendidas por meio da leitura foram organizadas com o intuito de estruturar o mapeamento horizontal;
- 2. Classificação das informações.** Esta foi a fase de organização das informações relacionando dados empíricos, objetivos do estudo e pressupostos teóricos da pesquisa. Esta sistematização permitiu uma primeira aproximação com os significados explícitos e implícitos no material das entrevistas. Foram exatamente esses significados que nortearam a definição dos núcleos de sentido, que foram Participação do ACS na ESF e Processos de Reificações criados por suas práticas. Dessa maneira, despontaram, dessa fase, as categorias temáticas que foram aprofundadas na discussão. Após a identificação das categorias temáticas, foram realizadas a seleção de falas e de registros, presentes nas entrevistas, grupos focais e observações, de acordo com o eixo de sentido a que pertencem;
- 3. Análise final.** Consistiu na reflexão sobre os dados empíricos que se possuía para, a partir daí, estabelecer relações entre empírico e teórico, e entre informações de cunho generalista ou particular. Para esse movimento entre abstrato e concreto, foi imprescindível a articulação com o referencial teórico sobre o assunto.

Neste estudo, o corpus de dados foi interpretado tendo como referencial as dimensões que compõe uma comunidade de prática, modelo conceitual da teoria social da aprendizagem de Wenger (1998).

4.6 Aspectos éticos

A Pesquisa “Campo de Práticas Profissionais e Acesso ao Cuidado na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Ceará” foi submetida à Plataforma Brasil, tendo sido analisada e obtido autorização do comitê de ética em pesquisa (BRASIL, 2012) do Instituto Oswaldo Cruz – (FIOCRUZ), por meio do Parecer de número 1.159.936 de 14/07/2015, e respeita todos os procedimentos éticos, os quais estão em conformidade com a norma da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012): Autonomia- por meio do termo de consentimento livre e esclarecido que os participantes da pesquisa deverão assinar como garantia do cumprimento de todas as normas dessa resolução; Beneficência- uma vez que a pesquisa não oferecerá riscos aos voluntários; Não-maleficência- todos os danos que possam ser evitados serão prevenidos; Justiça e equidade- que se caracteriza por levar adiante uma investigação que tenha relevância para sociedade.

5 DESCRIÇÃO DO MATERIAL EMPIRICO

5.1 O Caso do Trabalho dos ACS em Fortaleza

5.1.1 O trabalho dos ACSs de Fortaleza: análise dos resultados

A dinâmica de trabalho dos ACS de Fortaleza incide práticas relevantes na atenção primária à saúde neste município. Busca ajustar-se ao cenário de uma grande capital, marcada por conflitos de violência urbana e agravos relacionados a drogadição, bem como, lida cotidianamente com problemas relacionados ao processo de trabalho da ESF nas UAPS.

A participação desses profissionais foi marcada pelas atribuições preconizadas pelo MS, principalmente, atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UAPS, no domicílio e outros espaços da comunidade. No entanto, as práticas moldam-se de acordo com o que dá sentido ao trabalho e à vida nos enfrentamentos do espaço comunitário ou domiciliar.

Para Wenger (1998), o foco na prática numa CdP não é meramente uma perspectiva funcional das atividades humanas, não aborda a mecânica de fazer algo, vai além disso, incluir aquilo que dá sentido. É constituída a partir do engajamento mútuo de pessoas interessadas em um projeto de interesse comum, que se desenvolve pela negociação de significados (tanto conhecimentos, histórias, informações, como modo de fazer) na interação entre a participação dos indivíduos e o que se produz com essa participação (reificação) (WENGER, 1998).

Nesta perspectiva, assim como foi feito na análise do caso de Fortaleza, abordou-se a análise do corpus de dados dos dois grupos focais dos ACS da Regional II de Fortaleza por meio das dimensões “participação dos ACS na ESF” e “reificações criadas por suas práticas”.

5.1.2 Participação dos ACS na ESF

Esta categoria foi composta pelas declarações concernentes à participação dos ACS na ESF. Wenger (1998) usa o termo participação para descrever a experiência social de viver no mundo. É um processo complexo que combina fazer, falar, pensar, sentir e pertencer. Envolve toda a nossa pessoa, incluindo nossos corpos, mentes, emoções e relações sociais. Pode envolver todos os tipos de relações, tanto conflituosas como harmoniosas, íntimas e políticas, competitivas e cooperativas.

5.1.2.1 Visita domiciliar: uma prática cotidiana

A participação dos ACS nesta experiência social de viver no mundo da APS ficou marcada pela sua participação no cotidiano de suas práticas, principalmente, através da visita domiciliar. Durante ela, ocorrem várias atividades, educativas e preventivas, orientações e identificação de novas demandas.

Nas visitas domiciliares, o foco principal de sua atuação foi o acompanhamento dos grupos prioritários preconizados MS, conforme narrativa:

A nossa atividade diária é fazer visita domiciliares de casa em casa. Nós fazemos dez visitas por dia e nós vamos nas casas das gestantes, dos idosos, crianças até cinco anos de idade né nós fazemos trabalho de peso, verificação de vacinas e informações e orientações, também vamos na casa dos hipertensos e diabéticos e pessoas com todos os tipos de doenças né que existir na nossa área nós trabalhamos dessa forma (F1).

No Quadro 2 sistematizamos as práticas citadas pelos ACS por grupo prioritário.

Quadro 2 – Práticas realizadas pelos ACS de Fortaleza por Grupo Prioritário.

Crianças menores de 2 anos	Verificam se as vacinas estão em dia e, através do cartão da criança, acompanha o peso e o seu desenvolvimento. Caso apareça alguma demanda, encaminham ao posto. A pesagem da criança não é realizada em domicílio, por não ser disponibilizada a balança infantil.
Gestantes	Os ACS verificam se as gestantes estão realizando as consultas de pré-natal no tempo e frequência adequados, orientam sobre alimentação saudável, cuidados ao bebê, a importância da amamentação exclusiva e da realização de atividade física. Buscam sinais de risco (pernas inchadas, pressão arterial aumentada, diabetes gestacional, sangramentos, dor de cabeça), também examinam o que está escrito pelo médico no cartão de gestante, quanto orientam sobre os mesmos.
Puérperas	São orientadas sobre os cuidados com o filho (banho de sol, higiene) e a amamentação (uso exclusivo e pega correta). Informam onde é ofertada a vacina BCG e a realização do teste do pezinho. Quanto aos cuidados da puérpera, orientam sobre a importância de uma alimentação saudável, procuram saber sobre a recuperação pós-parto e sobre interesse no planejamento familiar. A primeira visita da puérpera é acompanhada pelo profissional de enfermagem.
Diabéticos e hipertensos	Orientam em relação às consultas nas UAPS e sobre os cuidados necessários quanto a medicação, alimentação e prática de atividade física. Há relatos de controle da situação de cada paciente em um caderno de anotação e observado alguma alteração, informam à equipe.
Acamados/ Domiciliados	Os ACS são responsáveis pelo agendamento da visita da equipe.

Fonte: Autoria própria, 2019.

Neste momento de acompanhamento, através do diálogo, buscam alguma informação onde possam intervir, ampliando o olhar para prevenção e promoção da saúde da família também relacionados aos problemas decorrentes ao mosquito *Aedes aegypti*.

Parece que a gente fica assim procurando né, um radarzinho procurando né. A gente entra na casa e a gente fica buscando alguma informação que diga assim ei aqui eu tenho que intervir né. A gente tem aquele protocolo, a gente chega na casa e primeiro buscar cartão de vacina, receita de consulta, gestante tá no pré-natal? E ali na conversa a gente vai verificando se a gente encontra algum fator de risco né (F2).

Nós fazemos o acompanhamento levando as informações necessárias tanto a pessoa que precisa como também ao sadio, porque no sadio nós trabalhamos com ele na prevenção da doença e promoção da saúde (F1).

E na visita a gente olha no todo e ainda faz a vistoria na casa né, que no caso no combate à dengue a gente olha no todo. Olha quintal, olha pra ver se tem algum ...nos tambores né, como é que tá sendo cuidado os tambores e agora a gente olha no todo e não só a família, mas também a casa e como é que está sendo o armazenamento de água também a gente passa pra eles os cuidados (F2).

Os ACS relatam dificuldade no acompanhamento de famílias com pessoas que fazem uso de drogas. No caso de famílias com crianças menores de dois anos, quando as mães fazem o uso, os cuidados necessários na infância, como a alimentação, higiene e vacinação ficam comprometidos. Também há casos de adultos que fazem uso de drogas e encontram-se em situação de alta vulnerabilidade social e de saúde. Estas situações exigem um grande esforço do ACS para cumprir os objetivos de seu trabalho. Há relatos de visitas diárias no domicílio para conseguir atualizar a caderneta de vacinação de uma criança, por exemplo.

Peguei uma menina com dois anos e ela tinha tomada as vacinas só de dois meses, então todos os dias eu tava na casa dela, todos os dias eu tava passando lá e a mãe dela usava de drogas, então o horário que ela tava em casa ela tava dormindo e muitas vezes eu acordava aí aquela insistência toda, toda que eu tive com ela graças a Deus ela conseguiu colocar o cartão de vacinas em dias (F1).

E tem outro rapaz na minha área que ele tem Aids né..., é muito difícil porque eu trabalho com a família lá e ele não vive em casa vive no mundo, é usuário de droga. É muito difícil trabalhar com ele (F1).

Outra prática dos ACS foi a coleta domiciliar das informações de saúde, no entanto, nos grupos focais de Fortaleza este tema surgiu, mas não foi pouco abordado. Há relatos do uso das fichas do e-SUS para alimentar o Sistema Fastmedic (prontuário eletrônico), onde requer a presença do ACS um dia na semana para alimentar sua produção no sistema de informação.

Agora no momento surgiu o fastmedic, a ficha do E-sus, então algum material que a gente usava antes muitas pessoas já deixaram de usar, mas aqui eu acho que a grande maioria dos agentes de saúde usa que é aquelas fichas A ou ficha B que tem do hipertenso, do diabético, da gestante e onde a gente tem até o cartão de vacina atual que nós temos (F1).

Todas essas informações que nós colhemos na área eu insiro no sistema ... assim como as demais tem o dia de colocar a sua produção no sistema, então ali eu coloco fulano de tal hipertenso, passei a orientação tal pra aquela pessoa e ali fica registrado no sistema (F1).

Utilizam como instrumento de trabalho as fichas A e B do E- SUS. Há relatos que a ficha B auxilia na realização de suas atividades, dentre elas, no acompanhamento dos grupos

prioritários (crianças, gestantes, usuário com problema saúde mental ou com hanseníase) e orientações de saúde.

Tem a ficha B da gestante onde nós procuramos saber como é que tá o pré-natal, se tem as consultas, os exames ...o que a gente busca tá aqui (F1).

Tem a ficha de hanse, a gente usa sempre essas ferramentas que são as fichas B onde tem sempre informações que nós buscamos e colocamos nela, se tiver alguma coisa errada aqui vamos orientar (F1).

Isso aqui é um, essa (ficha B) aqui é da saúde mental e a gente tem que tá sempre com essas fichas quando a gente faz essa visita de prioridade pra saber as informações necessárias e assim levar as informações pra doutora que no caso é a enfermeira (F1).

Em relação ao desenvolvimento das suas atividades diárias, além das visitas domiciliares aos grupos prioritários, relatam que priorizam as demandas que surgem do comando da gestão.

Porque é de lá (gestão) que vem né. As prioridades. É de lá que vem e eles recebem e repassam pra nós e a gente tem que botar em prática. Com a prioridade (F2).

A gente vai no que o Ministério tá demandando né. Por exemplo, Novembro Azul vamos trabalhar a saúde do homem né, Outubro Rosa trabalha a saúde da mulher, dezembro mês da prevenção contra a Aids né a DSTS's né e aí vem chuva, dengue (F2).

Cada ACS tem um jeito de organizar suas visitas domiciliares diárias, no entanto, há relatos de não realizarem um planejamento prévio.

A gente não tem um cronograma né assim de chegar e se reunir com a equipe e você hoje vai fazer isso e aquilo outro, não (F1).

Nós fazemos dez visitas por dia e a gente sai aí aleatório né. Por exemplo, eu quero visitar as crianças menores de dois anos e ver os cartão de vacina, aí eu vou... No caso tem o hipertenso, o diabético, tem as outras pessoas aí a gente introduz a visita né a cada um conforme a gente vai encontrando, não é uma coisa assim que a gente se reúne e diz Ó você tem que fazer isso e aquilo outro não (F1).

O critério de iniciar as visitas por ruas parece ser bem utilizado pelos ACS. Mesmo naquele dia, destinando a atenção à algum público a visitação, relatam que alteram seu roteiro de acordo com a demandas que possam aparecer, sejam elas oriundas da comunidade ou dos gestores de saúde.

Mas, é porque assim você tá fazendo uma atividade e se chega outra demanda você tem que parar aquilo que você tava fazendo pra fazer essa. É assim que acontece (F2).

Eu também faço por rua porque eu já vou logo vendo a demanda...Aí quando eu vou passando aí tem aquela prioridade, aí eu mudo um pouquinho a rota, mas eu só gosto de fazer mesmo por rua e já vou lá criança, hipertenso, diabético aí vou fazendo o percurso (F2).

A gente tá aqui fazendo uma coisa e vem uma demanda (gestão) e você tem que parar o que você tava fazendo e fazer aquilo que mandaram. Essa é a verdade (F2).

A questão da priorização é você tá indo rua por rua e você conhecer o problema de cada um pra você tá mais, você persistir naquela que tá precisando de você naquele momento. A gente vê isso (F1).

Realizam o acompanhamento das condicionalidades PBF do Governo Federal, atribuição incorporada relacionada a um problema social (BRASIL, 2011), que tem o objetivo de contribuir para o combate à pobreza e à desigualdade social no Brasil, dentro da unidade de saúde.

Bolsa família ele é marcado a cada quinze dias. São dois no mês e é realizado com o enfermeiro e os agentes de saúde. Aí a população vem até a unidade com os documentos pra passar por aqueles critérios de acompanhamento do bolsa família né, que é vacinação, pré-natal em dia, crianças em escola e mulheres em idade fértil né (F2).

5.1.2.2 Articuladores da rede e sua contribuição no cuidado em saúde

Uma prática desenvolvida pelos ACS é o de articuladores dos serviços ofertados por diversas políticas públicas no território.

Nós nos reunimos com os adolescentes, às vezes procuramos os idosos, o CAPS e o CRAS ele procura muita gente, as escolas procuram muita gente, entendeu? (F2).

Nós fazemos o trabalho na escola... a gente sempre tá realizando algumas atividades na escola né (F1).

Teve um período que na minha área tava tendo muito óbito né, muito óbito teve um período coisas de brigas de gangue e por conta da violência, então muitas pessoas estavam indo doar sangue e não sabiam os requisitos né e voltava, aí eu trabalhei com eles doação de sangue né. Fui na Escola de Saúde Pública pegar os panfletos, informações e trabalhei (F1).

Procuram envolver a comunidade nas ações e informam sobre atividades na unidade de saúde, fortalecendo a parceria destes atores do território.

Também sempre quando tem algum projeto a gente envolve a comunidade, a gente envolve o pastor da igreja que pede pra informar se tem alguma palestra, se vai ter vacina (F1).

Pedem pra gente pedir a coordenação pra fazer antitetânica, pra fazer a hepatite ...convida a gente pra ir fazer esses eventos lá e quando a gente precisa delas também a gente liga e tem essa comunicação hoje (F2) (Refere-se a um equipamento social no território).

Para os ACS, quando há uma solicitação de apoio do posto vinda de algum equipamento da comunidade e não conseguem dar retorno a essas demandas devido problemas no funcionamento da unidade de saúde, sentem-se envergonhados.

Uma coisa gente que eu fiquei com vergonha que aconteceu, por exemplo, nessas redes que eles sempre dão retorno pra gente, mas aconteceu na minha igreja mesmo. Eu pedi um apoio aqui pra ir uma pessoa pra verificar a pressão porque ia ter lá um dia do idoso e sabe o que aconteceu? Os aparelhos tão tudo quebrado e só tinha um funcionário (F2).

Outro papel relatado pelos ACS é o de educador. Neste caso, mencionam atividades educativas realizadas nas residências, na unidade de saúde e em equipamentos sociais. Apontam que as atividades coletivas, como os grupos de educação em saúde, são cada vez menos organizadas ou mantidas na ESF. No entanto, há relatos de participação em grupos, como de hipertensos, diabéticos e gestantes.

Também damos palestras na unidade e no momento agora o que tá em pauta é o câncer de mama, mas falamos muito aqui nas escolas sobre a dengue e Chikungunya é o que tava no auge e também agora recentemente vai ter uma passeata né sobre dengue e Chikungunya aqui no bairro (F1).

A gente faz na escola né a questão de passar as informações sobre saúde do ambiente, a questão também que tá tendo essas coisas de Chikungunya e Zika e essas coisas a gente fala muito sobre isso, questão do lixo né como o pessoal colocar o lixo na rua (F1).

A gente faz também grupos né. Grupos de diabéticos, grupo com hipertensos, grupo com gestantes, idosos, adolescente pra poder fazer palestras e essas coisas (F1).

Alguns fatores parecem desmotivar na realização dos grupos, como a pouca valorização da gestão nesta atividade, ou mesmo, o pouco interesse da população em participar desses encontros.

Então, isso desmotiva a gente em fazer grupos. A gente vai fazer uma toda semana, ou seja, hipertenso e diabético, gestante, criança, adolescente era o quê? Uma vez na semana durante as quatro semanas né no mês ia ter, mas aí cadê a produção desses quatro dias do mês? A gente é muito cobrada pela produtividade, pela quantidade e não pela qualidade (F2).

Aí nós faz a programação toda, aí a Regional (gestão) manda tudo em cima da hora – para tudo, é dengue, para tudo é Chikungunya, para tudo. Então, aquelas pessoas que a gente tinha marcado o compromisso a gente fica com a cara no chão, então não dá (F2).

Muitas vezes nós criamos um grupo e muitas vezes a população não tem interesse. O grupo de gestante e a doutora Fátima que a que faz, leva lanche, leva convidados e convidados que eu digo é os profissionais e pouquíssimas vão (F1).

Há falas que remetem a participação dos profissionais do NASF como fator importante de motivação para participação dos ACS nos grupos.

Quando tinha o NASF aí a gente tinha esses grupos, da caminhada, tinha o hipertenso e diabético, mas aí quando o NASF acabou, acabou (F2),

O educador físico, então ele contava muito por ele ser educador físico e já verificava a pressão da gente, verificava se nós tava bem, alimentação e ele dava palestra, era aquela coisa tão gostosa que era a comunidade, nós e todo mundo junto, então aquilo ali motivava a gente pelo fato dele ser profissional em saúde (F2).

Os assuntos abordados nas atividades educativas parecem estar relacionados a orientação a grupos prioritários, as campanhas nacionais de prevenção de câncer como Outubro Rosa, bem como, as necessidades de informar sobre os problemas de saúde encontrados no território.

Aqui na unidade nós trabalhamos também no período agora que a gente tá no Outubro Rosa a gente faz como se fosse palestras no posto com orientação também e tanto a gente faz com o hipertenso, com o diabético, com a criança e com a gestante e a puérpera nós também trabalhamos essa parte da prevenção de câncer do colo do útero, a mamografia sempre a gente tá informando e tudo isso a gente faz também na área (F2).

O meu objetivo é priorizar os assuntos que são as coisas mais importantes que nós acompanhamos né, com o objetivo mais de desmistificar né, aí TB, hanseníase. Agora quando há necessidade na área de acordo com a realidade que nós estamos vivendo na comunidade aí trabalho aquele tema, sempre respeitando claro a cultura das pessoas e procurando sempre falar numa linguagem que ela compreenda, isso é o principal (F2).

Dentre os assuntos abordados por estes profissionais na realização de atividades educativas, destaca-se o empenho nas ações voltadas a vigilância ambiental. As atividades parecem estar associadas a uma época do ano, provavelmente associada ao período em que ocorre o aumento dos casos das arboviroses. Visitam casa a casa, orientando sobre os riscos e o manejo da eliminação do foco do mosquito *Aedes aegypti*.

Entramos na casa das pessoas visitamos os quintais, banheiro e fizemos o trabalho rasteiro. O que é o trabalho rasteiro? É aquele copinho que tá ali com água a gente derramar, aquele balde com água a gente derramar e foi tanto que foram encontrados muitos focos, muitos focos foram encontrados (F2).

Fizemos o trabalho focal que foi no período que tava o surto de Chikungunya e continuou ficou no automático porque a gente faz, sempre a gente ficar numa casa a gente encontrava água acumulada e a gente tá explicando pras pessoas como faz com o cuidado com a água e tudo isso a gente faz (F2).

Realizam estas atividades em parceria com os Agentes de Combate às Endemias (ACE). Algumas áreas são descobertas por ACE e contam com a participação dos ACS para sensibilizar a comunidade quanto à eliminação dos focos do mosquito.

Nós não temos ACE disponível pra nossa área, então os ACE (de outras áreas) eles vem aqui nesse período mesmo que tá um índice né, tá um surto grande como teve de Chikungunya eles vêm e faz o trabalho e tudo... mas nessa questão mesmo do trabalho

de diminuição de foco fomos nós agente de saúde que trabalhamos mesmo duro pra poder fazer com que a população se conscientizasse do que elas mesmas tava causando pra elas (F1).

5.1.2.3 Cotidiano com os demais integrantes da equipe ESF

As reuniões de equipe parecem não serem sistemáticas devido problemas na organização do processo de trabalho. Ocorrem esporadicamente e, quando possível, comumente com a presença do enfermeiro (a) da equipe. Esses encontros parecem ser para os ACS como espaço importante para colocar suas necessidades. Algumas falas trazem a relação problemática entre os integrantes da equipe.

Antigamente existia uma reunião que era por equipe né. Era o consolidado que a gente chamava e a gente se reunia com o enfermeiro e aí passava toda a demanda dos acontecimentos pro enfermeiro, nunca participou médico (F2).

Nós temos reuniões com a enfermeira era pra ser toda segunda, só que como elas fazem o acolhimento na unidade fica difícil pra ter essas reuniões, mas sempre é a enfermeira e os agentes de saúde, às vezes participa a médica, participa a dentista (F1).

Antes nós tínhamos aqui no posto uma roda né. A roda era todo o posto, todas as equipes juntas com a coordenação e nós colocávamos em pauta aquilo que tava precisando (F1).

Então, reuniões quando se faz é só enfermeiro e ACS, porque como você sabe aqui foi dito que tem a equipe que é o dentista, o médico e ninguém ver dentista na nossa equipe, médico se eles reuniu uma vez com a gente foi muito e nem me lembro (F2).

O que tá faltando mesmo é só a reunião entre a equipe e por causa da demanda fica difícil, porque não tem como a gente se reunir (F1).

Para os ACS, as reuniões de equipes são importantes para ter melhor conhecimento sobre o funcionamento de cada setores da unidade de saúde, como também, para melhorar a comunicação entre os profissionais. Houve relatos de que vivenciam situações constrangedoras junto à comunidade em consequência a falhas no processo de atenção que ocorrem dentro da UAPS.

Sempre que acontece reuniões é um ponto que se bate né, porque o agente de saúde ele não sabe o que acontece dentro da sala do dentista a não que a comunidade passe pra gente... Não acontece interação do dentista com o ACS (F2).

É como ela disse aí você passa vergonha seja no dentista, no curativo nem se fala e o povo no curativo chega e diz assim não pode tirar ponto, não tá fazendo e quando é depois não, venha dez hora e aí dez hora tira e a gente passa vergonha porque uns pode e outros não pode e aquela coisa dá um jeitinho ali, dá um jeitinho aqui, mas esse jeitinho como as meninas dizer é às vezes e aí por causa disso quem sai prejudicado é os agentes de saúde, como sempre né (F2).

A dificuldade de interação com equipe pode ser devido à pouca oportunidade de encontros com integrantes da equipe ESF para realização de reuniões de equipe e ações educativas conjuntas devido a mudança no processo de trabalho das equipes ESF adotada pelo município.

O nosso enfermeiro ele tem três dias no acolhimento e se ele faz uma reunião é as carreiras com a gente porque ele tem que voltar pro acolhimento, então isso tem estressado muito tanto o nosso enfermeiro como até nós mesma, que a gente às vezes tem uma dúvida e não tem como tirar (F2).

Porque a agenda deles (enfermeiros) não permite que ele tenha esse tempo de sentar e organizar com a gente p.13 (sobre as atividades de educação em saúde) (F2).

Apesar desta dificuldade em reunir a equipe para programar as atividades, alguns ACS referem-se apoiar no enfermeiro da equipe, mesmo que de forma individual, para conversar sobre os problemas encontrados na área. Fica evidente que a maior interação do ACS é com o enfermeiro da equipe.

Quando nós estamos na área atuando e que nós vimos X problemas, a gente traz até ela, a gente senta com a enfermeira às vezes também com a médica e a gente passa esse problema e esse problema é estudado, assim é conversado e a gente tenta resolver (F1).

Na verdade, as maiores interações é os ACS com seu enfermeiro e nem com o médico de equipe da família também não tem não (F2).

O nosso vínculo maior é o enfermeiro e assim uma das pessoas que a gente pode contar (F2).

Algumas falas relatam momentos de encontros entre eles para planejamento de ações na comunidade.

A gente faz sem poder e sem contar que tudo aqui sai do nosso bolso,regional e ninguém e quem dá somos nós se reúne e fizemos a nossa cotinha pra ver se dar o melhor. Como agora a gente vai fazer esse evento da gestante e nós que se reunimos e vamos tirar do nosso bolso (F2).

A gente que bota o projeto – ó nós estamos pensando em fazer isso aqui e a gente tá precisando da ajuda e a gente leva a frente e dá certo, mas tudo começa por nós (F2).

Percebem que os setores da unidade de saúde estão funcionando isoladamente. Entre as fragilidades no cotidiano do ACS, está a hierarquia presente nas categorias profissionais. A pouca interação com a equipe da ESF desmotiva na realização de suas ações.

Hoje ficou mais isolado é como se a sala de vacina tá tipo igual à do dentista tudo muito isolado (F2).

Porque pra ele a gente é só um mero agente de saúde, ele é o nível superior, então não pode (F2).

Desmotiva bastante e eu já deixei bem claro até na coordenação já deixei de colocar muita demanda minha que precisa de médico porque quando chega lá o médico solta piada. Eu também não boto mais (F2).

Relacionamentos interpessoais conflitantes com integrantes da equipe parecem desconstruir o seu trabalho junto às famílias sob sua responsabilidade. Algumas falas remetem situações vividas de ruídos no acompanhamento de algumas famílias que trazem uma sensação de descrença no serviço tanto por parte das famílias quanto dos próprios ACS.

As famílias da nossa comunidade elas tão desacreditadas, elas estão totalmente desacreditadas assim como nós (F2).

A gente faz com que esse serviço seja acreditado dentro da casa e aí quando você chega dentro de uma residência dessa com um médico que chega ali e destrói tudo que você construiu (F2).

A narrativa abaixo expressa dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho com a equipe ESF que levam sentimentos desgastantes. Esses entraves ensejam incômodos por vezes silenciados. A desarticulação do trabalho entre os membros da equipe compromete a proposta da ESF, tanto no que se refere ao atendimento das necessidades do usuário quanto às necessidades do trabalhador.

Então, são coisas que a gente vai levando, vai levando, mas que uma hora vai explodir, uma hora eu acho que vai explodir não sei como, alguém vai abrir a boca na comunidade porque nós já abrimos, mas nós não temos vez. É isso é desconstrução do nosso trabalho, é a desconstrução (CB).

Em contraponto, algumas falas trazem as ações desenvolvidas juntos aos profissionais do NASF e equipe de matriciamento em Saúde Mental do CAPS de forma colaborativa que ajudam a resolver os problemas.

No caso do paciente que tá impossibilitado de vim ao posto... eles (NASF) fazem o acompanhamento ou com o agente de saúde né, se for no caso somente de uma fisioterapeuta... a gente vai com a fisioterapeuta. Eles estão sempre bem-dispostos a ajudar também e a nos acompanhar em visitas domiciliares (F1).

Também tem o dia do matriciamento com o pessoal do CAPS. Esse matriciamento com o pessoal do NASF ele é muito bom porque a gente consegue passar. Muitos problemas que a gente tinha antes que a gente não conseguia resolver hoje tá sendo resolvido (F1).

5.1.2.4 Cotidiano e os desafios de suas práticas

Alguns ACS fizeram uma análise crítica sobre o modelo de atenção à saúde implantado no município de Fortaleza. A mudança no modelo parece ter alterado a dinâmica

do trabalho da equipe. O médico e enfermeiro da equipe permanecem mais tempo na unidade de saúde, em especial, em atendimento à demanda espontânea, não realizando a contento as ações de promoção e prevenção de saúde na comunidade, chegando a desmotivá-los.

...porque os médicos não sai mais da unidade e só sai pra fazer visita domiciliar ...então assim, muitas coisas ficam pra nós fazermos e pro enfermeiro. Chega a desmotivar. É desmotivador (F2).

Nós não temos essa participação com o enfermeiro e o médico porque tem a desculpa que não pode tirar deles porque só tem eles no acolhimento ou só eles pra atende (F2).

A ênfase ao atendimento às demandas agudas/espontâneas parece ter fragilizado o trabalho da ESF que, para os ACS, antes tinham mais ações voltadas à prevenção e promoção da saúde, pois estavam mais próximos do enfermeiro. Na percepção dos ACS a forma de organização vigente parece não responder às necessidades de saúde da comunidade, e causam constrangimento no ACS quando o usuário não consegue ser atendido no posto por não se enquadrar em uma condição aguda, prejudicando no vínculo com a comunidade. Sentem-se desvalorizados.

PSF é feito de enfermeiro e agente de saúde todo mundo sabe disso, aí quando você retira o enfermeiro daquela atribuição gente isso só tá aumentando os problemas das doenças crônica porque não existe prevenção só existe pronto atendimento (F2)

Antes acontecia aquele atendimento tão lindo e hoje é delimitado, não só se tiver morrendo eu chego aqui que é atendido, isso também como ela disse quebra todo o vínculo que a gente tem na área. Porque pelo menos na minha área que tem mais é pele, é doença de pele e verme. Doença de pele e verme, então fica chato (F2).

Acabou de destruir o restinho que a gente ainda tinha de programa (PSF) né. Aí que o ACS é desvalorizado mesmo nessa temática. Aconteceu a desvalorização Total. Esse programa do jeito que eles colocaram aí isso vai ser assim, pode ser que funcione em alguns estados que são mais desenvolvidos, mas em municípios extremamente pobres não vai funcionar, certo? (F2).

As frequentes queixas dos ACS indicam uma necessidade de buscar entender melhor o modelo de atenção adotado. A permanência dos profissionais da ESF no interior da unidade de saúde tira o foco das atividades de acompanhamento dos grupos prioritários e famílias, voltadas para ações de prevenção e promoção da saúde, havendo também o afastamento dos problemas comunitários, o que resulta na descaracterização não só do trabalho do ACS como também da própria ESF.

Um dos maiores problemas que vivenciam no território é a violência decorrente dos conflitos das facções e drogadição. Enfrentam dificuldades no acompanhamento às famílias e alteram sua rotina de trabalho.

Três famílias foram despejadas pela facção e agora mesmo recente eu só consegui fazer seis visita sexta-feira. Eu entro no beco dá uma sensação de morte todo mundo usando crack e o medo...(F2).

Por incrível que pareça as casas que são mais perigosas é onde eu tenho mais trabalho porque é onde tem criança doente, idoso doente e pessoas doente (F2).

Muitas (crianças) não tem as vacinas em dias por conta disso, então a gente olha até assim com um olhar mais de misericórdia e dá um jeitinho ali e vamos nesses casos pra ajudar até a mãe, porque muitas vezes a mãe nem aí com a vida, mas por conta do esposo né ela é um alvo do que quer pegar o esposo, então elas se guardam e guardam as crianças também (F2).

Alguns relatos demonstram utilizarem estratégias para ajustar-se essa realidade do contexto em que vivem, no entanto, sentem medo de atuarem em áreas mais críticas.

Tem dia que a gente tá aqui aí os meninos ó não vão pra área que tá tendo bala lá, ai a gente não sai. Aí a gente faz qualquer coisa dentro do posto (F2).

Se a gente for fazer uma ação lá a gente tem que comunicar primeiro entendeu naquele dia, naquele horário ó vão estar os agentes de saúde aqui fazendo esse trabalho nesses pontos tal, tal e tal, aí tipo assim a gente tem a liberação deles e a gente faz o trabalho direito (F2).

É tanto que quando a gente tá num local assim passa o carro da polícia e nem que seja conhecido a gente nem cumprimenta, a gente finge que não tá vendo pra não vincular a gente a força policial (F2).

Todo mundo tem medo de ir pra lá, até quando teve essa mudança de territorialização foi a maior confusão porque a maioria dos agentes de saúde não quer ir trabalhar lá (F2).

Falam das dificuldades das condições de trabalho impostas pela gestão municipal. Não há material para realização das atividades rotineiras, falta equipamento de proteção individual (EPI) e protetor solar.

As crianças têm que ser pesadas e a gente não tem uma balança pra poder pesar, não tem de medir né as crianças pra gente poder ver o IMC (F1).

Protetor solar que é pra gente receber, material de trabalho caneta, lápis antes vinha e nunca mais, fardamento é de dois ou de três em três anos, entendeu? Então, a gente não tem condições de trabalho (F2).

Há um tempo a gente tá sem fardamento, sem os nossos EPI, porque como a gente trabalha com a promoção de saúde a gente também tem que cuidar da nossa, então no momento a gente não tá. A gente não tem uma bota, a gente não tem uma calça, a gente não tem uma blusa né e não temos o material necessário que a gente possa tá caracterizado mesmo como agente de saúde (F1).

Um dos itens considerados importantes para uso no dia a dia é o crachá de identificação. Há anos não recebem da gestão. Diante do contexto de violência que vivenciam, mesmo sendo conhecidos na comunidade, o crachá é percebido como um instrumento de

segurança ao abordar as novas famílias ou serem abordados pelos policiais que chegam no território.

A nossa identificação é o vínculo que a gente faz com aquelas pessoas que a gente já conhece, mas se chegar alguém novo como tá vindo muita gente nova de fora, de outros bairros se refugiando aqui, essas pessoas não aceitam a gente porque não sabe se a gente é o matador que tá procurando ela ou se a gente é simplesmente um porta voz porque a gente não tem identificação da prefeitura e de nada (F2).

Nós não temos isso e isso é muito importante eu acho a identificação, apesar, de nós morarmos na área, mas a gente precisa desse material pra gente se proteger tanto dos acidentes conosco, mas como alguma coisa que venha acontecer de informações na área e a gente já tá respaldado com alguma coisa na questão da identificação com o agente de saúde (F1).

Um crachá pode não significar pra outras pessoas, mas pra nós que tá dentro de uma comunidade dessa aí significa muito e até pro policial chegar e pegar nós também. Tão dando revista nas mulheres da minha área por causa do tráfico e facção e eu posso pegar qualquer hora. Porque não tem nenhuma identificação que você tá trabalhando (F2).

Percebem a cobrança por parte da gestão pela produção das visitas domiciliares.

Ressentem pelo não reconhecimento de outras ações que realizam.

Tem que ter a produção (visitas), o interesse é a produção né no papel anotado lá. Aí quer dizer as atividades que a gente faz, as programações e a gente até tem boa vontade de querer fazer coisas com a população, mas é muito cobrado produção, então se não tiver produção aquilo que a gente fez não valeu. Aí como é que a gente faz as coisas (outras atividades, como, participação em grupos) desse jeito? (F2).

Apesar da dedicação ao trabalho, sentem-se poucos valorizados e desmotivados.

Mencionam a dificuldade na luta por melhor remuneração.

Eu acho que a gente precisa ser mais valorizado, eu acho que a gente precisa ter condições de trabalho (F2).

Condição de trabalho que nem ela falou aí né, dar mais incentivo né, incentivar porque às vezes a gente fica sem incentivo de trabalhar né, porque a gente tanto que luta, tanto que trabalha pela comunidade e às vezes a gente recebe um elogio né, mas de elogio a gente já tá cheio né e o que a gente queria mesmo era incentivo pra trabalho (F1).

Quando a gente vai pras reuniões ah gente o trabalho de vocês é muito importante e não sei o que, mas na prática a gente não vê como é essa valorização que é tão falada. Então, é como foi falado no início a gente se sente desmotivado muitas vezes mesmo por causa dessas coisas (F2).

A valorização pra ter um pouquinho de aumento do nosso salário é uma luta meu Deus! (F2).

5.1.2.5 Aprendizagem no cotidiano

Participaram de algumas capacitações, entretanto, quando ofertadas, parecem não contemplar a participação de todos os ACS, conforme narrativa:

Às vezes que vem não vem pra todos, aí tem que sortear dois e esses dois são contemplados ou então já vem o nome, mas nunca vem pra todos. É raridade quando vem pra todos (F2).

O Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde (CTACS) teve um papel fundamental na prática desses ACS. Associou o conhecimento teórico com a prática, fortalecendo as ações realizadas por eles. A metodologia utilizada pareceu ter trabalhado com os sentimentos desses profissionais. Nas falas que emergiram nos grupos focais, o curso parece ter um significado muito importante para estes profissionais.

Nós terminamos ontem o CTACS e esse curso abriu muito os nossos horizontes. Porque antigamente a gente ia visitar o hipertenso, mas esquecíamos que aquela família poderia ter uma criança, um idoso, um adolescente envolvido com droga, uma pessoa com transtorno mental...aprendemos a olhar a família como um todo né (F1).

O curso ele utilizou de uma estratégia que ... tem muito choro, tem muito sofrimento entre a gente, mas quando aquilo ali passou e que a gente viu que a gente tinha sido curada daqueles nossos problemas que tavam enraizados na gente, a gente se tornou muito mais humanas do que nós já éramos (F2).

Há relatos de que o CTACS aproximou os ACS da comunidade. Ajudou a fortalecer laços com as redes de apoio da comunidade, resgatando vínculos.

Hoje a gente vê que a gente pode ser mais forte se todos se juntarem... daí desse momento foi que realmente abriu as portas, escancarou, então ficou mais fácil nós realizar nossas ações. Então, através mesmo desse evento do CTACS foi que encurtou esses laços (F2) (sobre uma atividade sobre redes de apoio proposta pelo curso).

Veio esse despertar das redes né, a gente tinha, mas era muito isolado, mas hoje não, hoje já é mais abrangente. Hoje a gente já tem com igrejas, com escolas, tem um vínculo com todos. Se a unidade hoje quiser fazer um evento e convidar as redes, elas estão sempre abertas. Elas convidam também a unidade pra ir até elas, então criou-se uma parceria (F2).

Momentos como matriciamento em saúde mental proporcionam espaços de educação permanente. Através de estudo de caso real, não só possibilita ajudar a resolver o problema como constituir um espaço de aprendizado. No entanto, esses encontros estão fragilizados devido não haver mais as rodas de conversas entre os profissionais da equipe.

A gente passa o caso pra eles e eles estuda o caso e depois eles vêm e trazem o encaminhamento pra nós pra que nós vamos com eles na visita, na casa da pessoa. (F1) (sobre o matriciamento).

Ele (enfermeiro) sempre fazia reuniões com todas as agentes de saúde e passava os tipos de vacina, quais eram as que tinha, quais eram as que não tinha, as técnicas também sempre passava pra gente...mas hoje a gente não sabe mais nada (F2).

De acordo com as demandas da comunidade, podem buscar o conhecimento em outros dispositivos no território. Quando informados, também realizam curso à distância.

Teve outro período que na área aí acalmou e voltou novamente óbitos né violência, aí foi necessário trabalhar com eles sobre doação de órgãos né. Fui no Hospital Geral peguei informações né do que era necessário e trabalhei na área sobre doação de órgãos, claro que é um tema um pouco delicado, mas trabalhei (F1).

Volta e meia eles colocam assim no nosso grupo né cursos que tá disponível online de graça né, principalmente no Unasus ... muita gente se inscreve e realiza o curso, mas bem online mesmo (F2).

5.1.9 Processo de reificação criados por suas práticas

Em conjunto com a participação, para Wenger (1998) a reificação é muito útil para descrever o envolvimento com o mundo como produtivo de significado, refere-se ao processo de dar forma à nossa experiência produzindo objetos que congelem essa experiência em "coisidade", produzindo abstrações, ferramentas, símbolos, histórias, termos e conceitos que reificam algo dessa prática de forma congelada.

Explicitam-se nesta categoria, alguns pontos de foco em torno dos quais a negociação do significado se organiza.

- **Multiplicidade de atividades**

Relatam possuir multiplicidade de atividades. Os desafios para o trabalho em saúde extrapolam as ações específicas da categoria profissional pela complexidade e diversidade dos problemas no contexto comunitário.

E às vezes os próprios agentes de saúde são usados pra cobrir quando não tem o funcionário, pra ajudar. Então, por exemplo, se eu tenho o auxiliar técnico aí eu sou chamada pra cumprir aquele (F2).

A gente também ainda tem o trabalho de ser psicóloga do povo, advogada, a gente tem que defender as pessoas, as pessoas colocam a confiança delas na gente porque a gente criou um vínculo com as famílias (F2).

O agente de saúde é cheio de trabalho pra fazer que chega e a gente, além, de ter que tá digitando e agora aumentou mais o nosso trabalho, além, de nós ter que digitar a visita né, ter que cadastrar as pessoas e ter que se virar nos trinta né (F1).

Realizam também outras atividades decorrente da dinâmica do serviço. Em relação às consultas e exames especializados, quando sai o encaminhamento e não consegue fazer contato por telefone com o usuário, o ACS realiza a entrega do encaminhamento na residência e, muitas vezes, em micro áreas descobertas por ACS. Nestas micro áreas também realizam intervenções quando necessário.

Especialidades que nós não temos no posto né que a gente não tem condições de ter aqui aí é marcado pra outros lugares, aí as meninas entregam e quando a gente não consegue encontrar a pessoa por telefone nós agente de saúde vamos deixar até a residência pra que a pessoa não perca (F1).

Aqui a área descoberta, nós temos uma área descoberta na nossa equipe e a gente como ela disse sempre a gente se reúne pra fazer o mutirão, vai lá e tá precisando disso, ...a gente tem que fazer o mutirão e vamos sempre cobrir aquela área descoberta. Se tem os exames pra entregar aí quem tiver mais perto vai e entrega (F2).

As micro áreas descobertas por ACS na equipe da ESF alteram a dinâmica de rotina desses profissionais. Percebe-se um sentimento de colaboração dos mesmos em apoiar às famílias destes territórios. No entanto, há relatos que remetem pouco reconhecimento da gestão de suas ações.

Porque a gente trabalha pra população né, a gente trabalhar pra ajudar eles, então não adianta a gente deixar aquele pessoal desassistido pra poder dizer assim não, vou fazer só na minha área, não, a gente vai e ajuda todo mundo (F1).

Muitas vezes eles (gestão) também não vê o que nós fazemos por detrás dos bastidores (F2).

Ultimamente nós estamos sendo muito cobrados de produção, mas eles também não visam que nós também estamos cobrindo uma área descoberta (F2).

tenho dez coisas pra fazer hoje ...apesar da nossa demanda às vezes as pessoas o agente de saúde não faz nada (F1).

Outra atividade que sobrecarrega o ACS, além do trabalho em áreas descobertas foi o trabalho fora do horário, aumentando sua lista de tarefas.

Agente de saúde de manhã, de tarde e de noite, você tando em casa o pessoal vai te procurar, aí então sempre quando alguém precisa a gente faz isso, ajuda independente de área (F1).

O fato de articular ações mediando as relações de serviços públicos com a comunidade, traz aos ACS uma sensação de empoderamento:

Começa por nós e tudo termina em nós. E passa por nós também (F2).

- **Vínculo**

Morar na comunidade pareceu favorecer o ACS a desenvolver mais empatia com as situações que ocorrem no território. Desenvolver suas atividades com amorosidade e respeito, parecem sentimentos significativos para prática desses profissionais.

Eu sempre acredito que nós temos que olhar pro outro como um ente querido nosso independente que a gente vá fazer, vá falar, vá pensar né e exercer o trabalho ...pelo fato de nós a maioria morarmos na comunidade (F1).

O importante é que façamos o nosso trabalho com amor e se não existe faça por respeito. Eu acredito nisso né fazer independente de receber, eu tô fazendo a minha parte eu não tô negociando, eu tô fazendo a minha parte, a minha obrigação (F1).

Demonstram respeito aos hábitos, as crenças e a cultura das famílias quando na realização de suas práticas.

É importante porque a gente respeita também toda a crença dessa pessoa e aí quando ela nota que ela tá sendo respeitada e não afrontada ela respeita também o que a gente tá passando ali naquele momento (F2).

Mesmo morando na comunidade desde os meus sete anos de idade, nove anos de trabalho também na comunidade, então assim, sempre eu pergunto as pessoas quando chego na residência delas se elas estão com tempo..... vocês estão com tempo para me atender? (F1).

- ***“Elo” entre comunidade e unidade de saúde***

Na compreensão do ACS, eles constituem-se como um "elo" entre a comunidade e a unidade básica de saúde.

O agente de saúde ele é o elo que liga a comunidade à unidade de saúde, porque é o agente de saúde que leva a informação, o agente de saúde é a pessoa que entre aspas leva a saúde em si a pessoa, porém, ele tem que tá capacitado (F1).

Conhecer as famílias e estar em contato com elas, colaboram com a equipe a compreender situações de difícil controle de agravos, exercendo um papel importante no cuidado à saúde.

Um hipertenso da minha área que ele parecia uma bomba relógio né, a qualquer momento ele podia enfartar e aqui no posto a gente já não sabia mais o que fazer, aí a doutora Fátima (enfermeira) você vai ter que ir lá na casa dele e ver o que é acontece no dia a dia. Eu fui ver. A esposa dele enchia a colher com sal e essas coisas... (F1)

Porque às vezes eles tenta passar pra gente uma realidade que não existe e aí a gente vai pegando ali aqueles ponto que a gente tem e que a gente sabe que vai ter que trabalhar e casos mais graves a gente passa pro enfermeiro, aí tuberculoso que tem uns muito resistente a gente só falta botar (a medicação) na boca (F2).

5.2 O Caso do Trabalho dos ACS em Tauá

5.2.1 O trabalho do ACS de Tauá: análise dos resultados

A dinâmica de trabalho dos ACS de Tauá incide expressões e práticas relevantes na atenção primária à saúde neste município. As atitudes e os diálogos para o cuidado e a promoção da saúde no território da ESF demonstraram a importância do protagonismo deste profissional vivenciada cotidianamente nesse processo.

A participação desses profissionais foi marcada pelas atribuições preconizadas pelo MS, no entanto, as práticas moldam-se também de acordo com o que dá sentido ao trabalho e à vida, evidenciados por afetos e solidariedade nos enfrentamentos do espaço comunitário ou domiciliar. Na percepção dos ACS o conhecimento sobre sua prática foi sendo adquirido, principalmente, pela experiência compartilhada com seus pares e demais integrantes da equipe de saúde da família a partir dos problemas vividos no processo de trabalho.

Para Wenger (1998), o foco na prática numa CdP não é meramente uma perspectiva funcional das atividades humanas, não aborda a mecânica de fazer algo, vai além disso, incluir aquilo que dá sentido. É constituída a partir do engajamento mútuo de pessoas interessadas em um projeto de interesse comum, que se desenvolve pela negociação de significados (tanto conhecimentos, histórias, informações, como modo de fazer) na interação entre a participação dos indivíduos e o que se produz com essa participação (reificação) (WENGER, 1998).

Nesta perspectiva, abordou-se a análise do corpus de dados das entrevistas dos ACS, por meio das dimensões “participação dos ACS na ESF” e “reificações criadas por suas práticas”.

5.2.2 Participação dos ACS na ESF

Esta categoria foi composta pelas declarações concernentes à participação dos ACS na ESF. Wenger (1998) usa o termo participação para descrever a experiência social de viver no mundo. É um processo complexo que combina fazer, falar, pensar, sentir e pertencer. Envolve toda a nossa pessoa, incluindo nossos corpos, mentes, emoções e relações sociais. Pode envolver todos os tipos de relações, tanto conflituosas como harmoniosas, íntimas e políticas, competitivas e cooperativas.

5.2.2.1 Visita domiciliar: uma prática cotidiana

A participação dos ACS nesta experiência social de viver no mundo da APS ficou marcada pela vivência com/na comunidade e sua participação no cotidiano de suas práticas, principalmente, através da visita domiciliar. Durante ela, ocorrem várias atividades, educativas e preventivas, orientações e identificações de novas demandas.

Nas visitas domiciliares, o foco principal de sua atuação foi o acompanhamento dos grupos prioritários preconizados MS, conforme narrativa:

A gente acompanha todas as gestantes, todas as crianças menores de dois, todos os hipertensos, todos os diabéticos só que no caso de alto risco a gente vai dar uma atenção maior, aí a questão das visitas a gente vai intensificar, mas a gente acompanha todos (T2).

No Quadro 3 sistematizamos as práticas citadas pelos ACS por grupo prioritário.

Quadro 3 – Práticas realizadas pelos ACS de Tauá por Grupo Prioritário.

Crianças menores de 2 anos	Realizam a pesagem, preenchem a informação no cartão da criança, verificam se as vacinas estão em dia, caso não, encaminham ao posto.
Gestantes	Verificam se estão realizando o pré-natal, exames, se as vacinas estão em dia, se estão fazendo uso do ácido fólico e sulfato ferroso e orientam quanto a entrega de exames, consultas na unidade de saúde, bem como sobre alimentação saudável, cuidado ao bebê e a importância da amamentação exclusiva.
Puérperas	São orientadas sobre os cuidados com o filho e a amamentação. Verificam se está sendo realizado o aleitamento materno exclusivo. Orientam os familiares sobre o cuidado amoroso a parturiente nesse momento inicial e o risco da depressão pós-parto.
Diabéticos e hipertensos	Orientam em relação as consultas, o uso correto da medicação, sendo esta uma grande preocupação devido à dificuldade de alguns que são analfabetos, e as embalagem dos medicamentos serem muito parecidas, sendo necessário o retorno sistemático para acompanhamento.
Idosos	Utilizam o cartão do idoso para acompanhamento, onde verificam a pressão arterial mensalmente, se os idosos dispõem dos medicamentos e se as consultas estão em dia. Verificam também se estão fazendo o uso correto da medicação.

Acamados/domiciliados	Os ACS são responsáveis pelo agendamento da visita da equipe com o médico ou demais integrantes da equipe de saúde da família, como o fisioterapeuta da equipe NASF.
------------------------------	--

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Apesar de acompanharem outras condições de saúde, o cuidado a atenção materno infantil ainda é uma atividade fortemente desenvolvida pelos ACS. Durante a visita à criança, utilizam como instrumento de trabalho a balança infantil, a caderneta da criança e as fichas de cadastros e-SUS. Para cada grupo, há relatos de que o cartão de acompanhamento (criança/gestante/idoso) auxilia na realização de suas atividades, dentre elas, nas orientações de saúde.

Dentre as suas múltiplas atividades durante a visita domiciliar, realizam o acompanhamento das condicionalidades PBF, uma das atribuições inseridas durante a revisão da PNAB em 2011 (BRASIL, 2011).

Nós acompanhamos as crianças menores de dois anos, nós acompanhamos as gestantes, as puérperas, as pessoas com hipertensão e diabetes, nós convidamos pra orientar o sistema de bolsa família, nós ajudamos também no peso e nas medidas (T2).

Acompanhar também a gestante, a gente acompanhar as crianças com o peso, a gente acompanha também bolsa família com o peso, cadastramento das famílias como o colega já falou (T1).

O conhecimento sobre as famílias ajuda a planejar a maneira de trabalhar. No caso dos hipertensos, procuram visitar no horário matinal. Em relação ao agendamento das visitas às crianças menores de dois anos costumam utilizar a data do dia do aniversário da criança para acompanhamento mensal do peso, altura e cobertura vacinal. A sistematização por rua também foi um método utilizado para programação das visitas.

Dependendo do seu conhecimento com as famílias aí você passa a desenvolver seu trabalho de maneira pra cada um né (T2).

Tem criança que completa a data de mês dia dez e outra dia quinze, então a gente vai acompanhando pra não sair fora e pro peso (T1).

Planejar com relação as minhas crianças eu trabalho muito pela data né que eles completam mês (T1).

Eu tenho vários hipertensos lá, eu sei como é que eu vou abordar eles devido o horário, então sempre eu costumo ir pela manhã (T2).

Eu já faço essa programação sempre no começo do mês nessa rua, sempre nessa rua (T2).

Outra prática dos ACS foi a coleta domiciliar das informações de saúde no território através do cadastramento individual e domiciliar; preenchimento do consolidado das crianças

menores de dois anos ou outros dados por ciclo de vida ou agravo. Além disso, realizam notificação dos casos de diarreias, nascidos vivos ou óbitos semanalmente.

Nós preenchemos também tudo que o município precisa de dados por faixa etária (T2).

Nós notificamos as diarreias semanais e a notificações de nascido vivo e as de óbito também (T2).

Após a capacitação do projeto Viver bem no sertão, iniciaram o preenchimento do questionário de Frindisk. Anotam a idade, peso, altura e calculam o Índice de Massa Corporal (IMC), informando se a pessoa está abaixo ou não do peso, e orientam sobre a importância de atividade física.

Agora nós estamos fazendo um trabalho chamada a escala do Findrisk, onde nós realizamos um cadastro e um questionário na verdade, e nesse questionário nós pesamos, nós medimos, nós vimos o diâmetro da cintura e nós chegamos a um consenso de pessoas que poderão ter diabetes mellitus tipo II daqui a dez anos (T2).

Quando eu pego uma pessoa que tem um grau bem elevado a desenvolver diabetes eu já vou dizendo ó você tem essa possibilidade de desenvolver, mas pra que isso não aconteça vai depender de você, partir de uma caminhada, também procurar o PSF pra fazer um agendamento pra pedir os exames. Que tem gente que diz que tá com mais de dez anos que não fez um exame né e eu já faço tipo uma investigação né (T1).

No caso em que foram identificadas pessoas com risco elevado de diabetes, orientam sobre o risco e encaminham à unidade de saúde para avaliação da equipe, conforme relato a seguir:

Caso a gente detecte alguma alteração nós encaminhamos à unidade, ao médico, ao enfermeiro pra maiores procedimentos né no caso se der muito alterado o questionário (T2).

A participação dos ACS nessa prática aguçou sentimentos conflituosos, como: sensação de não dar conta dos afazeres e a fragilidade no apoio da gestão ao trabalho desenvolvido por eles. Sentem que as capacitações são oferecidas como objeto de troca, neste caso, em especial, introduziu uma nova atividade: o preenchimento do questionário de Frindisk. Não houve diálogo anterior e pactuação entre os ACS e a gestão, apesar dessa atividade requerer mudança na rotina, como por exemplo, o uso de balança de adulto durante as visitas domiciliares a maiores de 20 anos.

Agora também com essa questão desse frindisk a gente vai na casa aí você nunca encontra todo mundo e você faz de uma, duas pessoas aí depois você tem que voltar pra fazer aquela pendência e no caso a gente anda com a balança de pesar os bebês que é a balancinha né e a digital, aí você vai troca de balança, vem e não sei o que, é assim bem complicado pra poder dar conta (T2).

Esse viver bem no sertão ele veio pra contribuir né o meu trabalho, só que aí eles me pede algo em troca que é exatamente o findrisk, mas que pra mim fazer o findrisk a única coisa que eles me deram foi a folha pra fazer a pesquisa. Sendo que eu preciso de uma balança, de uma fita métrica e de um disco que faz o IMC (T1).

Nós somos muito pressionados a trabalhar. Olha, quando veio o findrisk pra nós fazermos ninguém perguntou se nós podíamos ou se nós tínhamos tempo. Eles mandaram o findrisk e disseram assim vocês têm até quatro de dezembro pra entregar toda a população maior de vinte pesada e medida (T2).

Ainda durante as visitas, os ACS de Tauá orientam sobre os exames preventivos, planejamento familiar, estimulam a utilização da USF pelos homens, informam sobre o funcionamento do atendimento odontológico e de atividades de grupos. Frequentemente surgem outras demandas para atenção à saúde nesta atividade, como, por exemplo, a necessidade de atendimento em saúde mental, entre outras. Nestas situações os ACS procuram descrever o fluxo de funcionamento dos serviços de saúde do município.

Nas visitas domiciliares né, nas conversas com a família a gente tá sempre falando né dos exames preventivos, tá falando dos planejamentos familiares, a questão de também do homem né ir ao médico pra fazer seus exames, questão de dentistas e sempre surge alguma conversa, alguma demanda né com relação aos profissionais da unidade e também sem falar nas demandas do CAPS também e em relação ao tabagismo (T2).

Quando necessário realizam também o preenchimento dos dados para confecção do cartão SUS.

Aí às vezes você vai na intenção de pesar as crianças, mas chegou uma família você já desiste e já não vai mais pesar e já vai fazer o cadastro da família, sem falar que a gente se desloca muito pra Secretaria pra trocar cartão do SUS que no momento já venceu e tem que ser trocado e nós que fazemos isso (T2).

Relatam muitas vezes que durante as visitas de rotina surgem outras demandas que mudam a programação e o foco da atenção.

Quando a gente chega nas visitas às vezes, por exemplo, a gente vai pesar uma criança né, às vezes tem um familiar que se encontra enfermo e a gente sempre orienta né e até chega a marcar a consulta né pra pessoa já ter aquela comodidade e vim até a unidade. A minha área é aqui na sede, mas é longe, é distante um pouco da unidade, então eu faço muito isso (T2).

Eu me programo pra mim pesar as crianças, mas eu vou passando e de repente tem que passar ali e surge uma necessidade de outro atendimento pra mim acompanhar ali outro caso específico, então eu vou ter que dar atenção ali (T2).

Realizam também outras atividades decorrente da dinâmica do serviço. Em relação as consultas e exames especializados, o fluxo normal prevê que o próprio usuário ou alguém da família entregue a solicitação para o pessoal administrativo da unidade de saúde da família. Não há rotina da equipe da unidade de saúde utilizar o telefone para avisar os usuários destas

agendas. Por este motivo, os usuários precisam retornar à unidade novamente para se informar sobre o agendamento. Entretanto, em casos nos quais os usuários não se informaram em tempo hábil, os ACS se prontificam em avisá-los para que não percam a consulta ou exame.

Tem família que acha que a gente tem obrigação de levar a medicação em casa. Marcar consultas ou levar exames (T2).

Se for o caso de urgência, por exemplo, marcou um exame pra amanhã de manhã ou pra hoje à tarde, manda chamar com urgência e deixar rapidinho na casa da família pra que a família não perca aquela consulta, aquele exame (T2).

5.2.2.2 Articuladores da rede e sua contribuição no cuidado em saúde

Um papel que marca a prática desses ACS é o de articuladores dos serviços ofertados por diversas políticas públicas no território. Eles acionam tanto a unidade de saúde, a sua equipe de referência e NASF, quanto outros pontos da rede de serviços públicos, como, Conselho Tutelar, Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), quando necessário. Realizam atividades de educação em saúde nas escolas.

Casos de a gente ter que procurar o CRES ou o CRAS pra orientações, a gente vai com a família, a gente acompanha né a família até o CRAS, até o CRES, até o Conselho Tutelar (T2)

Nosso vínculo maior acaba sendo com as escolas porque é aonde realiza as palestras sobre as doenças, sobre a vacinação, sobre digamos as metas que a nossa unidade vai desenvolver e a gente acaba sendo mais parceiro das escolas (T2).

Integram-se a vida na comunidade, informam as associações comunitárias sobre atividades na unidade de saúde e quando necessitam mobilizar a comunidade, contam com a parceria destes atores do território.

Na igreja a gente participa, tem o grupo na igreja e que a gente fica ali também ajudando, aí a gente faz rifas, bingos pra poder conseguir alguma coisa pra igreja né. Tudo que for de acontecer dentro da comunidade o agente de saúde tá no meio (T1).

Se eu tiver aqui e entrar em contato com presidente de associação em qualquer uma das comunidades o recado chega e a mobilização é feita e assim eu acho que a confiança que eles têm com a gente é o que faz acontecer (T1).

Outro papel relatado pelos ACS, porém com muito menos ênfase, é o de educador. Neste caso eles mencionam a participação em grupos, como de hipertensos, diabéticos e gestantes. Nesta atividade sua atuação mais forte é como mobilizador da participação comunitária, e, menos frequentemente, orientando e falando da sua vivência.

A gente também tá sempre participando, tá contribuindo e através da nossa vivência diária a gente também participa dos grupos com alguma orientação, com alguma fala da vivência da gente (T2).

Tem grupo de idosos, grupo de hipertensos e diabético, o grupo de gestantes e as atividades físicas nas quartas-feiras às cinco da tarde....a gente fica com incumbência de chamar a população, de mover (T2).

Quanto as atividades relacionadas ao controle do *Aedes aegypti*, mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya, chama a atenção a pouca precaução aos cuidados para as condições ambientais no território. Mesmo estabelecidas atribuições para prevenção e o controle das doenças endêmicas, malária e dengue, desde de 2002, dentre elas: realizar ações de educação em saúde e de mobilização social; vistoriar os cômodos da casa , acompanhado pelo morador , para identificar locais de existências de larvas ou mosquito transmissor e comunicar a existência de criadouros (BRASIL, 2012, 2017), não há uma prática sistemática na rotina.

As atividades parecem estar associadas a demanda da gestão em uma época do ano, provavelmente associada ao período em que ocorre o aumento dos casos. Participam de mutirões de limpeza e suas ações são voltadas para atividades de educação em saúde, principalmente, no cuidado ao acondicionamento e destinação do lixo. Outra prática mencionada foi que identificam casos suspeitos, encaminham ao posto, acompanhando-os no território.

A gente também faz os mutirões né. Em determinada época do ano a gente faz os mutirões pra poder e sempre tá passando nas famílias pra poder eles tirarem os lixos e ter mais cuidado com a água, com os lixos e com os quintais (T1)

Já teve tempo de nós limpar muro, juntar lixo, apanhar garrafa nos quintais, mutirões, Mas, hoje em dia a gente sempre orienta sobre a higiene e não deixar garrafas, os cuidados com depósito, a gente orienta e no caso a gente encontra pessoas com sintomas né a gente notifica e encaminha pra unidade e acompanha também se no caso for né a gente fica acompanhando (T2).

5.2.2.3 Cotidiano com os demais integrantes da equipe ESF

Um momento importante na dinâmica de trabalho dos ACS foi a participação nas reuniões de equipe (ESF/NASF), espaço potencializador para o trabalho em equipe. Esses encontros ocorrem semanalmente, quando os ACS levam os principais problemas da área na tentativa de resolver com a equipe, traçam metas, planos e ações conjuntas.

Gente participa das reuniões dentro da unidade, onde a gente traz os nossos problemas, os principais problemas da área e aqui junto com a equipe a gente desenvolve as ações né e as medidas pra que a gente consiga resolver ou pelo menos amenizar o problema (T2).

As nossas reuniões acontecem todas as terças-feiras a tarde com toda a equipe, às vezes com exceção do médico que ele fica em atendimento, mas toda a equipe participa, e aí são traçadas as metas, os planos, as ações... (T2).

Para melhorar a comunicação com a equipe e otimizar o processo de trabalho da equipe, utilizam também o aplicativo *WhatsApp*. Essa programação conjunta e a livre comunicação entre os integrantes, pode indicar o fortalecimento da principal atividade que compõem a prática dos ACS, a visita domiciliar.

Criou um grupo no *WhatsApp* e assim dependendo da nossa necessidade só é a gente dizer que tá precisando da visita que ele já marca (T2).

E em relação aos acamados e aqueles domiciliados a gente marca o dia que o profissional como o médico que vai fazer a visita e o que vai fazer a consulta em casa e os profissionais de fisioterapia que vão fazer a fisioterapia em casa. É marcado, a gente senta e marca os dias que eles vão (T1).

O trabalho em equipe ajuda os ACS a terem credibilidade da comunidade.

A gente trabalha também muito com parceria com o médico, com o dentista na questão de agendamento e a gente principalmente nós do interior (T2).

Juntamente com o dentista, eu tenho o meu dia, o meu dia semanal eu tenho. Ele me deu um dia, nós do interior ele deu um dia, o dia de terça-feira a Iara manda os pacientes dela e pra mim foi maravilhoso porque eu tenho credibilidade com minhas famílias nesse dia né, aí eu mando meus pacientes (T2).

Porque isso conta muito porque a gente ter essa liberdade, eu não digo nem liberdade, mas um vínculo né com a equipe, a confiança de você chegar e saber que você pode contar com a pessoa (T1).

Entretanto, os ACS sentem que a equipe poderia dar maior suporte às demandas. Eles têm potencial na identificação, na intervenção e no encaminhamento oportuno de situações que exigem cuidados preventivos, contudo, esbarram no modelo de atenção centrado na doença dos demais profissionais da equipe. O olhar ampliado do ACS sobre indivíduo e/ou família, confronta-se com condutas clínicas dos demais integrantes da equipe ESF/NASF, que parece pouco dialogar entre si.

Porque a gente vê que tem profissionais de nível superior aqui muito importante pra população nossa, ave maria a gente vê médico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo tudo tem aqui dentro da nossa unidade muitos profissionais bons que a gente poderia dar aquele suporte bom pra nossa comunidade (T2)

A gente tem o olhar pra quem direcionar né, até mesmo porque na unidade nós temos o psicólogo, a nutricionista, o fisioterapeuta e isso aí a gente tem sempre um olhar ó procura que é lá (T1).

Passa pelo médico e vai pra casa, poderia ficar amarrado aqui dentro esse paciente, poderia passar pela nutricionista conforme fosse a necessidade de cada um, poderia passar pela psicóloga e aí vai, mas às vezes não, a gente se dispersa dessa paciente

principalmente aqui dentro... não olhou com um olhar mais especial né, porque poderia olhar com um olhar especial poderia amarrar o diabético aqui dentro com uma nutricionista né poderia, poderia passar, mas aí às vezes ele só passa pelo médico (T2).

Outro fator que também dificulta ações interprofissionais é o município não dispor de transporte para deslocamento dos profissionais da equipe NASF para a zona rural.

O município ele não dispõe de transporte pros profissionais se deslocarem até a zona rural. Então, nós temos paciente que precisa de fono, mas infelizmente eles não são acompanhados, a gente precisa de uma fisioterapeuta, mas nós não temos condições do município mandar o fisioterapeuta pra fazer as sessões do paciente na casa né porque não tem transporte (T2).

5.2.2.4 Cotidiano e os desafios de suas práticas

Em relação ao desenvolvimento das suas atividades diárias, relatam que cada ACS tem um jeito de realizar suas práticas, desde do uso ou não de tecnologia móvel para registros das ações, já que alguns identificam mais com os papeis, forma tradicional de registro, ao planejamento das ações do dia. É senso comum entre eles que há dificuldade em planejar as visitas domiciliares, pois sempre se deparam com outras necessidades de saúde nas visitas de rotina e procuram atender a demanda da família.

No caso ela se adapta muito bem com o tablet, já eu fiquei arrancando os cabelos porque eu gosto dos papeis, de colorir, de pintar os dias e essas coisas que remete a cada uma de nós (T2).

Cada uma aqui tem uma metodologia de trabalhar e como a gente tem muitas atividades ao mesmo tempo eu creio que cada ACS ela tem um plano de trabalho dentro do seu jeito de ser (T2).

Eu sou bastante arcaica, eu sou a mulher dos papeis, mas cada uma aqui tem. Pra tudo eu tenho dados porque pra mim poder conseguir me organizar, porque esse é o meu jeito de ser (T2).

A gente não pode planejar muito a questão das visitas domiciliares, você não pode planejar muito vou falar determinado assunto na casa de fulana não posso porque quando chego lá é outro problema (T2).

Relatam que a distância entre os domicílios e solicitações sem aviso prévio para comparecer às reuniões na secretaria de saúde ou participação em curso são fatores dificultadores nessa organização.

Além da distância, assim a gente sente dificuldade de traçar um plano tipo hoje eu vou visitar só hipertenso (T2).

Difícilmente você consegue hoje eu vou só pesar criança e você conseguir, porque a gente pode até se programar, mas não dá. O agente tá na área aí liga oh tal hora tem que tá aqui que tem uma reunião, tem que ir na Secretaria (T2)

Tomam como ponto de partida para organizar a agenda o acompanhamento dos grupos prioritários associada a avaliação do risco e vulnerabilidade das famílias. O ACS reconhece situações de risco à saúde das pessoas. Procuram priorizar famílias mais vulneráveis, com baixa escolaridade, problemas de saúde mental e idosos que requerem mais cuidados.

Às vezes a gente sai muito durante o mês, tem muita reunião, tem cursos e a gente tá sempre saindo. Então assim, no meu caso eu tenho setenta e oito hipertenso, eu tenho vinte diabético, tenho seis gestante, eu tenho dezessete criança, então assim, eu tenho que priorizar esse público porque eu tenho que acompanhar ele (T1).

Eu tenho uma família onde tem uma criança de cinco anos que ela é cardíaca e uma de nove anos que tem paralisia cerebral, a mãe tem distúrbios mentais e o pai tem depressão, então essa é uma família que dia sim e outro não eu vou lá sempre olhar como que tá (T2).

Eu sei que ali é bem mais vulnerável do que uma pessoa que tem uma escolaridade (T1).

A gente realmente identifica até o grau de risco né a situação, a vulnerabilidade da família e a gente acaba tomando esse ponto como um fator necessário pra visitar (T2).

Relatam que, muitas vezes, levam mais tempo para atuar, não cumprindo a meta por visita/dia estabelecida pela gestão. Os instrumentos de informação preenchidos pelos ACS e fazem parte do SIAB, enfatizam as fichas, que permitem a verificação da produção baseada em ações individuais. Alguns relatam não render com a cobrança.

Oh não adianta eu me programar em casa pra fazer oito, dez visitas se quando eu chegar na casa de um idoso que nem eu já cheguei em casa de idoso e cheguei lá a mulher se queimando de febre, não tinha um filho perto e o marido cego, eu fiz só essa visita nessa tarde, a única visita que eu fiz foi a dela, mas eu me sinto gratificada porque eu fiz uma visita de qualidade, eu ajudei a ela (T1).

Eu tenho consciência do meu trabalho, então assim, eu não tenho medo que venha fiscalização, interrogação, papel pra mim assinar e pode vim o que quiser, eu só quero ver aquela pessoa feliz (T1).

Essa cobrança que a gente recebe de certa forma ela faz com que a gente até nem renda porque a gente trabalha muito com a questão assim de pressão, eu me sinto trabalhando dessa maneira pelo número de famílias né que tem porque é muito cobrado essa questão de quantas visitas a gente faz no mês né (T1).

Algumas vezes, utilizam o horário noturno, final de semana ou feriado, quando ocorre uma intercorrência de saúde na comunidade e são chamados para atuar.

A gente entra no horário da noite porque às vezes tem uma pessoa que adoecer e é nos comunicado e pede a nossa presença e a gente vai (T1).

A gente às vezes não tem nem a noite, nem feriado porque às se acontece de alguém adoecer ou se tem alguém precisando a gente também vai nos finais de semana né porque a gente é um ser humano e quando tem alguém com problema a gente também se emociona e vai (T1).

No cotidiano do trabalho, o ACS se depara com inúmeras situações que os desmotivam em desenvolver suas atividades. Sentem que muitas vezes os gestores públicos, profissionais de saúde e a própria comunidade não reconhecem o trabalho que exercem.

As pessoas elas não sabem do nosso trabalho, elas não conhecem o nosso trabalho e elas falam do nosso trabalho sem conhecer a nossa realidade (T2).

Muitas vezes as pessoas julgam sem saber, o profissional maltrata sem saber, impõe sem saber que ali é uma atribuição e simplesmente por achar que a gente tá ali a dispor, exagera (T2).

O clima escaldante do sertão semiárido cearense maltrata a pele, a visão e o cabelo. Nós estamos expostas ao sol, ao vento seco, a nossa visão, a nossa pele, o nosso cabelo, os nossos pés, às vezes eu tô de pés rachados de caminhar, de trabalhar na terra quente sabe (T2).

Sem falar que a gente tem uma carga horária que muitas vezes ela entra na noite né e aí quando a gente tem assim uma necessidade que nem agora nesse tempo tão quente que tá e que tá até torrando né e que a gente não pode sair uma hora de casa (T1).

Falam das dificuldades das condições de trabalho impostas pela gestão municipal. Não há material para realização das atividades rotineiras, falta EPI, protetor solar e não existe colaboração financeira para o deslocamento dos ACS.

Eles exigem, mas eles não dão condição, e quando a gente fez a cobrança da coordenadora dos ACS numa reunião que teve né ela se virou pra gente e disse vocês comprem a bateria porque é muito barato (T1).

O nosso material nós não temos pra trabalhar, se for preciso a ficha B e qualquer coisa que eles me pedirem eles mandam uma pra mim xerox e não é obrigação minha não, entendeu? (T1).

Eu também eu tenho que manter o meu transporte pra mim trabalhar (T1).

Eles me cobram que eu use, eu sei que os equipamentos individuais é de obrigatório me darem, mas nenhuma camisa, nenhuma farda (T1).

Protetor a gente não recebe, sapato a gente não recebe (T1).

Mencionam a má remuneração como fator desestimulante para realização de suas práticas. Além de baixo salário, relatam pagar despesas do próprio trabalho, como transporte, com seus rendimentos. Por falta de oportunidades em exercer outra profissão, continuam atuando como ACS.

Um salário mínimo pra um agente de saúde é uma tristeza... É uma tristeza a gente ganhar, porque a gente anda muito e a responsabilidade é muito grande (T2).

Há quatro anos que não tem um aumento e nós tamo pagando pra trabalhar, e você sabe que quando o trabalhador ele passa a pagar pra trabalhar ele se desestimula muito por mais vontade que você tenha (T1).

Eu sou psicopedagoga e trabalho como agente comunitária de saúde, digo uma grande verdade por falta de oportunidade de trabalhar na minha área como psicopedagoga (T1).

O papel que exercem na ESF, sentido também como “resolvidor de problemas” na comunidade, leva a desenvolverem problemas de saúde mental. Consideram ter pouco tempo de dedicação aos cuidados pessoais e de seus familiares. Para eles, não há uma preocupação da gestão local com a saúde destes trabalhadores.

Muitas de nós não consegue emagrecer por problema psicológico, por distúrbios alimentares porque nós somos umas resolvidoras de problemas (T2).

Não temos tempo de vim num dentista, de vim fazer um exame de prevenção nós não temos tempo porque é coisa demais, sem falar que nós temos famílias, nós temos nossa casa que nós precisamos viver (T2).

O agente de saúde quem cuida do cuidador né e não tem aquela atenção maior destinado pra gente (T2).

A sobrecarga de trabalho dos ACS pareceu também ser em função do grande vínculo com a comunidade e de residir no seu local de trabalho. Essa premissa ficou evidente em algumas falas a seguir:

Às vezes a gente tá na rua e o agente de saúde ele tá na rua é assim: diz que agente de saúde e igual a político na época de eleição, saiu na rua é todo mundo atrás. E é assim mesmo, eu pelo menos, eu particularmente eu saio de caso e vou pra igreja aí isso é a noite, aí quando eu vou passando aí o pessoal ei Diana, mulher meu exame não veio não? (T1).

A gente entra no horário da noite porque às vezes tem uma pessoa que adocece e é nos comunicado e pede a nossa presença e a gente vai. Então, a gente às vezes não tem nem a noite, nem feriado porque às se acontece de alguém adoecer ou se tem alguém precisando a gente também vai nos finais de semana né porque a gente é um ser humano e quando tem alguém com problema a gente também se emociona e vai (T1).

As situações de violências foram vivenciadas. Muitas delas ocorrem durante realização de suas práticas no território.

Arriscando a vida hoje, porque hoje ninguém, as pessoas não se respeitam mais, hoje ninguém se respeita mais. Antigamente as pessoas ainda se respeitavam, mas hoje ninguém se respeita (T2).

Eu bati na porta pra fazer a visita e a família tinha chegado né, a família muito estranha e que nunca abria a porta pra mim, aí nesse dia que eu bati na porta e perguntei pela esposa dele e ele só levantou a camisa e já me mostrou o cabo do revólver né (T2).

Fui ameaçado com um tiro na boca dentro da casa de família né assim. O cara tava deitado e a esposa disse pra mim que ele usava crack e eles não gostam que elas falem né e aí ele falou que se eu contasse de repente eu levaria um tiro na boca que era pra não falar nada (T2).

Por outro lado, colocam-se como um coletivo que se apoia mutuamente na superação dos desafios.

Nós somos guerreiras, mulheres fortes e homens fortes né nós não vamos nos desestimular. Nós temos fé em Deus que tudo vai melhorar, tudo vem para o bem (T2).

É um trabalho muito bom esse nosso e que vale gente sentar mais ainda com os nossos colegas e conversar e conversar e vai dando certo né, mas que existe barreiras existe ainda (T2).

O significado do trabalho ajuda a superar os desafios.

Trabalho como ACS, mas já trabalhei e trabalho hoje com amor ainda porque se eu não tivesse acho que eu não suportaria mais o sol, o vento, os pés rachados, a falta de saúde (T2).

É muito complexo, esse trabalho nosso é muito complexo, mas é muito gratificante, é muito bom porque trabalhar com gente é muito bom (T2).

Pra mim é a coisa mais gratificante que tem no mundo e na minha vida profissional, é você ter a confiança da família pra ti (refere-se a família comunidade que atua) (T1).

5.2.2.5 Aprendizagem no cotidiano

Os ACS participaram de diversas capacitações, entretanto, relataram que o conhecimento sobre sua prática foi sendo adquirido a medida em que foram atuando no território, e, principalmente, pela experiência compartilhada com seus pares e demais integrantes da equipe, em especial enfermeiro e médico, a partir dos problemas vividos no processo de trabalho.

Eu faço assim, às vezes pergunto as meninas (as colegas ACS) como é, o que tá acontecendo, como é de um jeito. Na minha área eu não tenho tuberculose e nem hanseníase, a gente vai nos livros ler alguma coisa e se tiver qualquer informação aquela que já tem algum problema daquele e como é? Como é que você trata? Como é assim? Então, a gente vai se ajudando né dessa forma (T1).

Como a gente sempre tem as reuniões sempre antes a gente dá uma entradinha na sala dela aí conversa e fala sobre a vulnerabilidade de cada um, a situação de cada paciente, a realidade de cada um e aí a gente vai tirando algumas dúvidas (refere-se enfermeira) (T2).

Eu vi o médico conversando com ela (usuária) coisas as quais eu nunca tinha ouvido, foi que eu fui me atentar que eu precisava estudar um pouquinho mais e saber. Mas, nunca ninguém me disse e porque eu não fui treinada pra trabalhar com aquilo ali (T2).

Os cursos oferecidos acrescentaram conhecimento, no entanto, muitas vezes, não responderam às necessidades de saúde surgidas na comunidade. Para os ACS, não dialogaram

com o contexto sócio-cultural a qual a comunidade está inserida. Eles gostariam que os cursos deixassem um legado, baseassem em valores com visões de mundo, crenças e costumes.

Às vezes a gente faz cursos tudo bem acrescenta pra gente, mas não tem muito a ver com a nossa vivência ali na área (T2).

Aí a gente já fica assim travada por que depende muito do poder aquisitivo da pessoa, depende muito da cultura e todos nós aqui fomos criado com comer muito e a gente sabe que é de forma errada, mas o comer muito e o grosseiro, e não adianta nada eu chegar na casa daquele que não tem e dizer você tem que comer frutas e verduras, acrescentar frutas e verduras e diminuir seu arroz, diminuir seu feijão ou diminuir seu cuscuz, a quantidade de carne (T1) (refere-se à capacitação Viver Bem no Sertão).

Eu queria que o curso fosse assim pra mim, que ele fosse claro. Pra mim um curso tem que ser dessa forma, tem que ser claro, tem que deixar um legado ali (T1).

Expressaram a necessidade de sempre se atualizarem, pois, “as coisas” mudam muito rapidamente. Existe sempre a necessidade de buscarem outras fontes de pesquisa como livros e internet para ajudar a atender melhor às necessidades das famílias.

As coisas elas mudam muito rápido, acontece muito rápido e não existe essa educação permanente (T2).

Quando a gente tem acesso à internet, tem acesso aos livros a gente vai aprender a estudar pra poder passar melhor para as famílias (T1).

5.2.3 Processo de reificação criados por suas práticas

Em conjunto com a participação, para Wenger (1998) a reificação é muito útil para descrever o envolvimento com o mundo como produtivo de significado, refere-se ao processo de dar forma à nossa experiência produzindo objetos que congelem essa experiência em "coisidade", produzindo abstrações, ferramentas, símbolos, histórias, termos e conceitos que reificam algo dessa prática de forma congelada.

Explicita-se nesta categoria, alguns pontos de foco em torno dos quais a negociação do significado se organiza.

- **“Olhos” e “escudo” do PSF**

Os ACS sentem que são os primeiros da equipe de saúde que entram em contato com os problemas da comunidade, e ao exercer este papel transformam-se em “**olhos**” e “**escudo**” do PSF, ou seja, são eles que recebem sempre o primeiro impacto das demandas que surgem na comunidade.

Nós somos os olhos do PSF, tudo que acontece na nossa área a gente vem até aqui pra dar o alerta em todos os casos (T2).

Nós somos escudo, nós somos escudo, nós somos porta de entrada, A gente mexe com todo tipo de gente, com todo tipo de problema (T2).

Nós somos o olhar da comunidade, o olhar da saúde, as portas de entradas é o agente comunitário (T1).

A população nos conhece, sabe onde a gente mora até porque é obrigação nossa morar dentro da nossa microárea, o programa ele exige isso da gente. E como nós somos escudo não tem essa atenção voltada pra nossa saúde, nossos benefícios e nem a questão de protetor solar, nem a questão de exames, nem a questão nada, nada (T2).

- **O profissional de saúde faz-tudo: múltiplas atividades**

Os ACS relatam possuir multiplicidade de atividades, causando-lhes sentimentos conflitantes. Os desafios para o trabalho em saúde extrapolam as ações específicas da categoria profissional pela complexidade e diversidade dos problemas, sobrecarregando-os.

A gente é muito acarretado de atribuições, aí o computador não dá conta (risos) (T2).

Na minha área eu sou tudo, eu tenho que saber orientar de tudo, eu sou enfermeira, eu sou psicóloga, eu sou médica, eu sou tudo. Aí a minha cabeça não aguenta (T2).

Às vezes pedem coisas que foge do nosso limite, do limite do nosso corpo (T2).

Entretanto, os ACS possuem as informações e os dados da comunidade, e ao conseguir dar respostas a perguntas sobre a comunidade, sentem-se privilegiados, envolvendo-se com vários aspectos da vida comunitária, incluindo a saúde, saneamento, educação e até segurança.

A saúde anda na minhas mãos, a educação anda na minhas mãos, a segurança anda na minhas mãos, então assim, tudo, tudo que vem e que pertence dentro da comunidade o agente comunitário ele é quem é o feedback (T1).

Pode me perguntar o nome de qualquer família eu lhe digo o nome e se tiver um apelido também. Então assim, todo os dados da comunidade tá na minhas mãos (T1).

No fundo eu me sinto privilegiada porque quem conhece a comunidade sou eu (T1).

O fato de dominar muitas informações e de articular ações mediando as relações de serviços públicos com a comunidade, traz aos ACS uma sensação de controle e possivelmente poder:

Na verdade, a gente tem todo o controle da população nas nossas mãos (T2).

- **Vínculo**

A visita domiciliar propicia a comunicação solidária entre o ACS e famílias, fortalece laços de vizinhanças e vínculos, que possibilita adentrar na intimidade das famílias, percebendo suas necessidades e as da comunidade.

Partir mesmo pra questão de diálogo mesmo mais com a família e ali a gente vai se abrindo, na verdade a família que se abre muito pra gente e ali dentro da possibilidade a gente vai colocando as nossas opiniões pra família (T2).

Não tem esse tempo né de parar pra ouvir e pra conversar e aí a gente e eles vão contar uma história lá do tempo que era criança sabe e aí você tem que ouvir, às vezes até com vontade de cortar ali a história, mas eles são tão empolgados em falar né um pouquinho deles que aí você tem que ouvir mesmo ne até o fim da história, e às vezes é uma necessidade que eles sentem e que a gente precisa realmente ouvir e não chegar e como a Aparecida falou preencher e ir embora né (T1).

Emerge uma potencialidade do vínculo com a comunidade, tornando-se atributo significativo para as relações vivenciadas. O vínculo como uma tecnologia relacional encontra no ACS um pilar para sua construção, uma vez que este está mais próximo da realidade vivenciada pelas pessoas, fortalecendo uma das premissas básica para a atuação na Saúde da Família.

Tem problemas que não conseguimos solucionar, nós temos que conviver com ele lá junto com a família e ter um cuidado todo especial pra que ele não se agrave (T2).

A gente se envolve, a gente cria um vínculo, uma amizade toda especial e a gente acaba que conhece toda a estrutura da família por completo (T2).

- **Necessidades das famílias invisíveis ao serviço**

Mesmo que seu trabalho seja avaliado pelos superiores por meio de metas, como o número de visitas realizada ao mês, importa ao ACS atender às necessidades singulares das famílias, exatamente como se propõem a ESF. Essas demandas chegam aos ACS que visitam diariamente os domicílios, várias são atendidas por estes, mas este processo frequentemente não é reconhecido, ou seja, fica invisível aos demais membros da equipe e à gestão dos serviços. Eles sentem-se mais gratificados em ajudar a responder as demandas das famílias, porque se colocam no lugar do outro, ou seja, desenvolvem empatia com seus semelhantes.

Eu faço por onde cobrir minhas prioridades, mas eu dou atenção a necessidade da família (T1).

A nossa vida focada praticamente na família, de ver as necessidades da família, pra ver como é que essas famílias estão sendo atendida (T1).

Eu me preocupo com o bem-estar das minhas famílias (T1).

Aquele problema acaba trazendo pra gente minha gente e nós somos sensíveis, nós temos sentimentos. Primeiro de tudo antes de ser agente de saúde quando eu chego ali eu gosto muito de me colocar no lugar do outro (T1).

Tem um olhar ampliado para sentir as necessidades das famílias. Ao prestar uma assistência no ambiente do próprio usuário ao fazer visitas domiciliares, depara-se com questões sociais, e é neste momento que o ele amplia a sua visão de saúde.

É muito bom eu chegar aqui na sua família e tá a mil maravilha, mas quando eu chego lá no outro que não tem nem sequer água no pote tem porque tão mandando botar e quando não tem o que comer e a casa tá cheia de menino ou quando você tem um adolescente que tá entrando num estado depressivo e que você sabe que aquilo ali ele tem algo a lhe dizer porque não confia na família, que a gente confia mais na mãe e no pai que diz na sua cara perante a mãe, ela não é minha amiga, e aí? Você se sensibiliza com um problema desse? Aí eu vou chegar lá e dar tchau e mandar assinar aqui pra provar que eu tive lá? (T1).

5.3 O Caso do Trabalho dos ACS em Eusébio: análise e discussão dos resultados

A dinâmica de trabalho dos ACS de Eusébio incide expressões e práticas relevantes na atenção primária à saúde neste município. As atitudes para o cuidado e a promoção da saúde no território da ESF demonstraram a importância do protagonismo deste profissional vivenciada cotidianamente nesse processo.

A participação desses profissionais foi marcada pelas atribuições preconizadas pelo MS, no entanto, as práticas moldam-se também de acordo com o que dá sentido ao trabalho e à vida, evidenciados por afetos e solidariedade nos enfrentamentos do espaço comunitário ou domiciliar.

Para Wenger (1998), o foco na prática numa CdP não é meramente uma perspectiva funcional das atividades humanas, não aborda a mecânica de fazer algo, vai além disso, incluir aquilo que dá sentido. É constituída a partir do engajamento mútuo de pessoas interessadas em um projeto de interesse comum, que se desenvolve pela negociação de significados (tanto conhecimentos, histórias, informações, como modo de fazer) na interação entre a participação dos indivíduos e o que se produz com essa participação (reificação) (WENGER, 1998).

Nesta perspectiva, abordou-se a análise do corpus de dados das entrevistas dos ACS, por meio das dimensões “participação dos ACS na ESF” e “reificações criadas por suas práticas”.

5.3.1 Participação dos ACS na ESF

Esta categoria foi composta pelas declarações concernentes à participação dos ACS na ESF. Wenger (1998) usa o termo participação para descrever a experiência social de viver no mundo. É um processo complexo que combina fazer, falar, pensar, sentir e pertencer. Envolve toda a nossa pessoa, incluindo nossos corpos, mentes, emoções e relações sociais. Pode envolver todos os tipos de relações, tanto conflituosas como harmoniosas, íntimas e políticas, competitivas e cooperativas.

5.3.1.1 Visita domiciliar: uma prática cotidiana

A participação dos ACS nesta experiência social de viver no mundo da APS ficou marcada pela vivência com/na comunidade e sua participação no cotidiano de suas práticas, principalmente, através da visita domiciliar. Durante ela, ocorrem várias atividades, educativas e preventivas, orientações e identificações de novas demandas.

Nas visitas domiciliares, o foco principal de sua atuação é o acompanhamento dos grupos prioritários preconizados MS, conforme narrativa:

A gente prioriza né que são os programas de puericultura, que a gente faz a orientação, os programas de pré-natais também a gente trabalha direto com a orientação com a gestante pra estar sempre presente, o de hipertensos e diabéticos também que são os nossos grupos alvos.

No Quadro 4 sistematizamos as práticas citadas pelos ACS por grupo prioritário.

Quadro 4 – Práticas realizadas pelos ACS de Eusébio por Grupo Prioritário

Crianças menores de 2 anos	Verificam o cartão de vacina e orientam quanto às próximas datas das vacinas e aos cuidados de higiene das crianças. Quando o cartão está desatualizado, comunicam aos pais procurar o posto para vacinação. Orientam os responsáveis quanto o acompanhamento da criança no posto pela equipe.
Gestantes	Verificam se estão realizando o pré-natal. Examinam o cartão de vacina ou se há alguma necessidade em tratar com a equipe. Orientam sobre a gestação. Busca ativa das gestantes para pré-natal, incentivando-as e mostrando a importância do acompanhamento para ter uma boa gestação.

	O acompanhamento mensal pode variar de acordo com a avaliação da equipe.
Puérperas	Visita realizada inicialmente com a enfermeira da equipe. Há relatos da realização do teste do pezinho do bebê no domicílio. Orientações sobre amamentação e alimentação da puérpera. O ACS passa a acompanhar e conferem se a mãe está amamentando leite materno exclusivo. Acompanham o peso da criança. Orientam os pais quanto as consultas de puericulturas e sobre higiene pessoal.
Diabéticos e hipertensos	Acompanham mês a mês. Orientam quanto a condição crônica que se encontram, ao uso adequado das medicações e se está sendo acompanhado pela equipe. Orientam sobre a importância de comparecer as consultas marcadas. No caso de falta, visitam a casa para saber o motivo. Observam sobre hábitos alimentares como uso de tabaco ou bebida alcoólica.
Acamados/do miciliados	Os ACS são responsáveis pelo agendamento da visita da equipe com o médico ou demais integrantes da equipe de saúde da família que ocorre regularmente. Há um cronograma para cada ACS da equipe. Avisam os usuários sobre o dia da visita da equipe.
Idosos	Orientam e acompanham o uso adequado de medicamento.

Fonte: Elaboração própria, 2019.

As visitas domiciliares junto aos demais integrantes da equipe ESF na sua maioria são voltadas às puérperas e aos acamados ou domiciliados. Há relatos de que a visita domiciliar realizada com a equipe ESF colabora na atuação do ACS e ao cuidado, pois tomam mais conhecimento sobre os casos, contribuindo para atenção à saúde daquele usuário.

Você tá ali presente junto ao médico e as orientações que ele dá tem como cobrar né, tem como você ficar de olho pra ver se realmente tão cuidando daquele idoso direitinho, se aquela puérpera realmente tá fazendo as orientações da médica. Você tem que dar continuidade porque quando o paciente vem ao posto você só fica sabendo por alto que o paciente te fala e nem todos os pacientes falam tudo que, ele só fala aquilo que ele quer que você saiba (E2).

Você demora de uma a duas horas tem acamado que a doutora demora bastante, que ela orienta muito bem, ela fala, explique várias vezes e o idoso tem dificuldade e às vezes a pessoa que acompanha o idoso não consegue assimilar o que tu relata aí depois tu tem que repetir de novo, tem explicar as receita, entendeu? (E3).

Há falas que sugerem terem prazer maior em visitar as pessoas com mais idade por darem mais retorno no resultado do acompanhamento.

A minha área o que eu gosto mais é de visitar os meus idosos, adoro visitar os meus idosos e eu acho que eles me dão um ótimo retorno e a gente se dá muito bem né e eu prefiro meus idosos do que as pessoas mais jovens (E2).

Durante as visitas, realizam também orientações sobre outros assuntos como relacionados a saúde da mulher e saúde ambiental.

E também outra coisa que a gente foca muito também é no exame ginecológico na mulher, que é o Papanicolau (E1).

A gente faz todo esse trabalho de orientação em todas as áreas, saúde, higiene pessoal, higiene da casa pra evitar o foco da dengue (E4).

Outra prática dos ACS é a coleta domiciliar das informações de saúde no território. Uma das atribuições é cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente (BRASIL, 2017). Para isso, utilizam as fichas do e-sus para o cadastramento, a fim de levantar e acompanhar os dados de saúde da população.

Dar as informações das famílias, dos hipertensos. Eu tenho sessenta e oito hipertensos, trinta e nove crianças, diabético eu tô com quarenta e dois, gestante eu tô com nove, mas assim, a gente fala eu tô com nove aí amanhã a gente chega lá na casa se mudou (sobre o preenchimento da ficha) (E5).

Nos relatos, foi observado um foco na realização do preenchimento do CADSUS. A aquisição de mais essa atividade na rotina desses profissionais, em conjunto a realização do preenchimento e-SUS e demais fichas relacionadas as suas atribuições legais provocam sentimentos conflituosos. Parecem considerar as informações repetitivas e causam sensação de tempo perdido, deixando de estarem envolvidos em ações preventivas ou mesmo em outras ações como tempo disponível para estudo.

E durante o mês nós estamos cadastrando de novo o CADSUS por causa que tem que fazer os novos cartões e eu geralmente vou pra comunidade com um caderno porque é muita folha pra preencher e eu não posso carregar muito peso porque as minhas ruas são muito extensa (E6).

Eu tenho ficha de E-sus, eu tenho ficha Cadsus, eu tenho cartão de vacina, eu tenho a ficha B do hipertenso, eu tenho a ficha B de hanseníase se eu tiver hanseníase na minha área, eu tenho ficha B de tuberculose, então assim, eu tenho N fichas de uma pessoa só (E1).

As nossas fichas que nós temos que elas são muito repetitivas, que elas fossem unificadas pra que a gente pudesse ter mais tempo pra realizar as outras atividades que a gente precisa pra gente ter mais tempo de estudo (E1).

A gente fica com pouco tempo pra realizar o que a gente realmente quer realizar e é o foco né que é a parte preventiva. Que eu acho que o foco do PSF em si é a parte preventiva e a gente às vezes toma muito tempo, muito papel e a prática fica menos tempo pra se fazer a prática (E1).

No entanto, algumas falas trazem uma satisfação em ter o controle dos dados da população. Para isto, alguns ACSs utilizam-se de papéis e cadernos para organizar os dados da sua população, inclusive, com relatos na realização dessa tarefa em seu domicílio e fora do expediente do trabalho.

Muitas vezes eu vou te dizer eu fico trabalhando até onze horas da noite preenchendo papel porque eu tenho um defeito eu gosto muito de organização e eu, além dos meus cadastros eu tenho todo mundo cadastrado em um caderno pra que vamos supor, sexta-feira passada me ligaram que o prefeito queria que eu tivesse a quantidade de jovens de quatorze a vinte anos. Se eu não tenho isso organizado com mais de duzentas famílias como era que eu ia encontrar (E 6).

Eu vou no meu caderno e fico olhando, olhando, folheando, folheando e em quarenta minutos eu já tenho tudinho, aí eu passo pra enfermeira (E 6).

Quanto ao planejamento das atividades, as reuniões parecem desencadear a rotina do mês. A partir desse encontro, e com o apoio da enfermeira da equipe, organizam a agenda de atividades do mês.

A minha agenda, a minha diária é de acordo com o que a enfermeira passa no dia da avaliação... aí você tem que sentar e ver os dias que ela vai precisar de você e ali dividir quais são as suas prioridades, porque você não tem como ajeitar a sua agenda sem no dia da avaliação com a enfermeira ver qual é a necessidade que ela vai ter de você na unidade ou fora da unidade né (E 1).

A enfermeira ela já dá o cronograma todinho do mês os dias que vai ter palestras pra que a gente possa se organizar e ir pra área e naquele dia que a gente esteja disponível a participar das atividades que serão realizadas no posto, então já é feito um cronograma no final do mês quando a gente faz a avaliação ela já dá tudo aquilo (E 3).

O critério mais utilizado para iniciar as visitas domiciliares aos grupos prioritários é visitação por ruas. No entanto, alguns ACS têm dificuldade de descrever uma rotina pela imprevisibilidade das demandas que surgem no seu cotidiano.

Eu saio pra visitar rua a rua ou no caso o quarteirão, se encontrar fecha o quarteirão e se não encontrar pula. Hoje eu vou trabalhar nessa rua, vou fazer essa rua, amanhã eu vou pra àquela e vem de lá pra cá, entendeu como é? (E 3).

Eu faço um roteiro de visita. Eu começo a visitar naquela rua e eu vou, por exemplo, eu começo hoje aqui eu fico até o final, chega uma parte do mês eu vejo que eu não tenho tempo de visitar toda a área por algum motivo de trabalho interno ou de feriado ou de alguma coisa, o que eu faço: eu paro e foco na minha parte prioritária. Aí quando começa de novo o outro ciclo eu continuo de onde eu parei visitando as famílias (E 1).

A nossa rotina não tem como descrever, tem dias que você pode fazer vinte visitas, mas tem dia que só dá pra fazer três. E assim não posso dizer nós temos uma rotina, não temos porque não tem como, eu não sei o que vai acontecer amanhã na minha área (E 6).

O conhecimento sobre as famílias ajuda a planejar a maneira de trabalhar. Priorizam as mais vulneráveis. No entanto, realizam também visitas domiciliares em famílias que não estão inseridas no grupo prioritário de acompanhamento.

As pessoas que moram em locais mais de risco, pessoas que necessitam mais da minha presença que são muitas vezes hipertensos que não tem estudo, que não sabem ler, muitas vezes não sabem nem como tomar o remédio direito, não consegue distinguir uma receita do médico (E 6).

As famílias que não tem nenhum tipo de problema aparente, aí eu continuo porque mesmo não tendo a gente trabalha também na busca ativa, então a gente tem que procurar realizar todas as visitas possíveis pra poder tá sempre orientando e informando também a nossa equipe do que a gente tem ou não na nossa área (E 1).

5.3.1.2 Articuladores da rede e sua contribuição no cuidado em saúde

Um papel que marca a prática desses ACS é o de articuladores dos serviços ofertados por diversas políticas públicas no território. Eles acionam tanto a unidade de saúde, a sua equipe de referência, quanto outros pontos da rede de serviços públicos, como, SAD, CRAS, quando necessário.

Esta premissa pode ser percebida quando na assistência de alguns acamados também acompanhados pela equipe do SAD. Há relatos da participação dos ACS como articuladores no cuidado a saúde desses pacientes, informando as equipes da ESF e SAD sobre a situação de saúde, buscando garantir a integralidade da atenção.

É repassando né o dia a dia deles lá do paciente pro posto. Vamos supor, por exemplo, a dona Ana ela se sentiu mal. Eu fui na casa dela hoje e ela tá se sentindo mal, pressão baixa e tudo e que já aconteceu uma vez de tá passando mal e a gente vim falar com ela, com a Daiane (ESF) e a gente ir lá fazer a visita com eles (SAD) (E 5).

Eu antes de ir pro CRAS eu ainda vou passar na Secretaria e falar com a doutora lá pra ver a situação da equipe do SAD pra visitar ela e ver a necessidade da bolsa (E 5).

A articulação ocorre também com o setor educação. Há relatos da intercepção do ACS junto aos problemas de saúde identificados na escola.

Se o professor, coordenador desconfia, percebendo que está com algum problema ela me chama, tenta, pede pra mim dar uma , uma questão bem especial pra mim dar olhada nessa família e aí dependendo se eu perceber algo a mais diferente eu comunico pra enfermeira e ela repassa as vezes pra diretora pra poder a psicóloga da escola tratar essa criança (E 2).

As ações de prevenção da saúde pela equipe ESF na escola tem a participação dos ACS como mobilizadores e sensibilizadores, principalmente, nas ações de imunizações as crianças e adolescentes.

A escola também junta as crianças, às vezes tem mãezinhas, então a gente avisa se um dia for vacinar, então a gente entra em acordo com a escola e a escola manda o anúncio na agenda da criança, avisa e a gente acaba indo pra escola pra vacinar as crianças que já estão lá e que passam o tempo todo lá, o dia todo. Então, pra facilitar a vida da mãe também e pra ter uma abordagem mais direta. Porque tem mãe que diz assim ah não, mas meu filho passa o dia na escola; ah mas, eu não tenho tempo. Então, a escola avisa e vai os cartões de vacina pra escola e nós vamos e passamos o dia na escola (E 4).

A gente trabalha junto com a escola. No momento assim o que a gente tem de mais específico é a parte de vacinação que a gente faz dentro da escola, inclusive que veio pra dentro da escola nos últimos anos foi a inserção da vacina do HPV que começou né pras meninas e agora tá junto com os meninos também, e a gente faz direto na escola (E 1).

Geralmente a diretora convida o agente comunitário de saúde pra algumas reuniões quando ela quer debater alguma coisa com relação a saúde ou incentivar as mães a participarem mais em relação a saúde das crianças (E 2).

Informam a comunidade sobre ações que ocorrem no município, dentre elas, na área de ação social. Mobilizam a participação das famílias em programas como o Programa Famílias Fortes (PFF). No entanto, não houve relatos de participação junto a associações ou outros equipamentos sociais.

Nós informamos a comunidade do que está acontecendo no município principalmente na área da ação social. Muitas vezes a gente dá informações atrasada ou informações que não conduz, mas por culpa da gente, a gente só pode informar aquilo que nos informa (E 6).

Às vezes quanto tem alguns programas como tem o Programa do PFF agora e como a gente era duas agentes de saúde do mesmo bairro, essa parte de convidar o povo daqui ficou pra Silvania, então tem algumas famílias que tão participando do Programa PFF – Programa Famílias Fortes...Então assim, a comunidade em si não temos tanto esse negócio de, como eu posso te falar, de associações e dessas coisas não (E 6).

O município apresenta muitos condomínios de casas e com piscina, muitas encontram-se fechadas, dificultando o trabalho de controle do mosquito, quando detectado possível foco. Há relato de que o ACS é procurado pela comunidade para atuar nesta situação.

Essas casas novas têm muita piscina e são casas fechadas e abandonada. A comunidade liga pra gente Silvia tem uma casa aqui no condomínio fechado com piscina e não tem, aí eu dou o número do telefone da ouvidoria e a gente tenta fazer esse elo de se comunicar com alguém pra poder limpar essa piscina pra ver como é que tá pros meninos (endemias) visitar (E 6).

Há relatos da utilização do aplicativo *WhatsApp* do ACS com a comunidade como uma estratégia de comunicação com as famílias, principalmente, aqueles que não se encontram em casa no período do expediente.

Elas (famílias) têm grupos né, tem condomínios que tem grupos, ruas que elas têm grupos assim das casas até pra questão de segurança né, chega uma pessoa e bate na

casa olha, tem gente aí na sua casa né, então como eles tem um grupo eles sempre me colocam dentro do grupo. Então, vamos supor que tem um programa que é sobre a mamografia, além, d'eu visitar as casas eu também aproveito a oportunidade dessas que não estão em casa, que trabalham fora e eu falo olha, não esquece vê se você tira um tempo (E 5).

Outro papel relatado pelos ACS é o de educador. Neste caso, mencionam atividades educativas realizadas nas residências, na unidade de saúde e nas escolas. Os assuntos abordados parecem estar relacionados a orientação a grupos prioritários e as campanhas nacionais de prevenção de câncer como Outubro Rosa. Os ACS não protagonizam essas ações na Unidade de Saúde, geralmente são realizadas pelos profissionais do NASF e enfermeiro. Participam mais na mobilização dos participantes que comumente são pacientes aguardando serem atendidos.

Facilitamos no sentido de convidar a comunidade, de incentivar eles virem até a unidade né. Porque como foi dito ontem pra você a comunidade é um pouco resistente e cabe a nós convence-los (E 2).

Quando tem atividade e que pedem pra gente convidar a comunidade a gente faz a parte como vocês fizeram, mas vocês viram a dificuldade que é, é muito difícil (E 6).

Dentre os assuntos abordados nos domicílios e comunidade, destaca-se o empenho nas ações voltadas a vigilância ambiental na comunidade. As atividades parecem estar associadas a uma época do ano, provavelmente associada ao período em que ocorre o aumento dos casos das arboviroses. No entanto, parece não ter havido uma capacitação específica para esta situação.

Aí tem épocas das viroses que tem Zika, Chikungunya a gente trabalha, além, da gente trabalhar na parte de orientação a gente também foca no controle mesmo dos vetores, da gente mesmo tá orientando junto com o agente como fazer a prevenção dentro das casas das pessoas e também a gente orienta como fazer na rua, porque só cuidando da casa as pessoas não vão estar livres, e também cuidando do ambiente que fica ao redor. A gente sempre tá focando nisso (E1).

A minha orientação é eu chegar na casa e se eu ver aquele quintal sujo eu oriento pra que a pessoa não deixe aquilo ali porque vai causar, trazer danos pra ela e pro vizinho, entendeu? Que se tem uma gestante eu oriento pra que ela use sempre o repelente por conta desse negócio que tão falando da Chikungunya ou da Zika, entendeu? ... A gente orienta da forma que a gente vê as propagandas da televisão a gente orienta (E 3).

A gente teve uma reunião e a gente foi orientado que a gente devia focar nesse assunto porque era prioritário naquele momento e que toda a saúde estava focando e a gente não podia também estar de fora e estar colaborando com isso, e foi passado né as consequências, o que pode ter de danos à saúde quanto a isso tipo assim só algumas informações, alguns informes e não chegou a ser um curso, uma palestra de muitas horas e reunir todo mundo (E 3).

Realizam estas atividades em parceria com os Agentes de Combate às Endemias (ACE). Algumas áreas são descobertas por ACE e contam com a participação dos ACS para sensibilizar a comunidade quanto a eliminação dos focos do mosquito.

É uma ação em conjunto entre agente de saúde, agente de endemias e sempre a gente trabalha muito junto, e quando eles encontram foco eles avisam, se eu tenho paciente com dengue ou com Zika ou alguma coisa eu aviso pra eles, pra eles darem uma visita pra ver como é que tá (E 6).

Começamos a trabalhar bem pesado na área e fomos pra escola e pedi a diretora, a gente incentivou as crianças, mostramos para as crianças como o trabalho deve ser muito importante junto a gente pra não adoecer, mostramos que estava faltando muito os coleguinhas e que alguns chegaram até ser internado e tivemos um retorno legal, bem legal (E 2).

Suas ações têm como foco a informação sobre a eliminação de possíveis focos do mosquito. Apesar da necessidade de sensibilizar a comunidade, principalmente, por considerarem a cultura da população no manejo adequado do lixo um desafio, alguns ACS relataram não sentir as ações de controle vetorial como obrigação por já terem diversas outras atividades no seu cotidiano.

A nossa parte é informação né. Informar a comunidade como elas podem evitar acumular água, sempre limpando, é um trabalho de formiguinha porque você sabe que a cultura das pessoas eles acham que colocar lixo na frente de casa não vai lhe atingir, pelo contrário, atinge (E 2).

Pra começo de conversa eu pergunto sempre aos meninos da Sucam, porque a gente nem conhece o mosquito na verdade a larva do mosquito né e eles conhece, porque tem os cabeça de prego e tem não sei o que e eles conhece que eu acho que eles receberam essa preparação, mas nós mesmo a gente sabe porque a gente lê e ver na televisão, mas nós não temos essa, entendeu? E outra, isso daí a gente faz porque a gente tá na casa, mas eu acho que não é orientação da gente não porque nós já temos coisa demais pra fazer (E 3).

Além dessas atividades desenvolvidas em conjunto, participam nas campanhas de vacinação antirrábica colaborando com a divulgação:

As campanhas de vacina antirrábica também que a gente se envolve de uma certa forma, a divulgação a gente ajuda a fazer a divulgação, a gente participa ativamente na divulgação (E 1).

Apontam que as atividades coletivas, como os grupos de educação em saúde, são cada vez menos organizadas ou mantidas na ESF. No entanto, há relatos de participação em grupos, como de tabagismo e gestantes.

O tabagismo, por exemplo, nós estamos com o grupo de tabagismo aqui no posto, quando eu tenho um paciente que fuma muito eu já chego vixe você fumou, o cigarro tá cheio aqui. Vamos ficar cheiroso! Vamos ficar bonito! Vamos limpar esse dente! Vamos participar do grupo de fumantes (E 2).

Agora o da gestante é mensal e inclusive o carro vem leva elas no hospital, mostra o local que ela vai ter o bebê, explica tudo, sobre amamentação, sobre ter normal...desses a gente é chamada para as palestras aqui e quem quer vai, até o hospital vou com as gestantes no dia. A Daiane avisa ó amanhã vai ter a visita ao hospital, avisa pra gestante de vocês. Aí normalmente vem e quem quer vai (E 4).

Há relatos da participação dos ACS em grupos terapêuticos. Uma ACS disse realizar quinzenalmente. Consideram um momento de escuta e desabafo e se sentiam bem participando.

A gente aproveita o horário que tá as pessoas sentadas esperando pra ser atendidas pra que elas não possam ficar ansiosas a gente leva pra roda terapeuta (E 5).

Nós tinha um grupo aqui que não foi muito pra frente não, que era psicóloga, um curso terapêutico só que até nós fizemos esse curso, mas ele não foi muito pra frente não, que a gente fazia rodas de conversa pra escutar a comunidade e cada qual desabafava, era muito legal. Então, essa roda aí era nós que realizamos, entendeu, nós que fazia...era muito bom, mas não foi muito pra frente não, até a gente se sentia bem em fazer (E 3).

Este grupo terapêutico corresponde a “rodas de Terapia Comunitária”. Os ACS de Eusébio iniciaram um Curso de Terapia Comunitária, mas não concluíram a formação.

Alguns desafios na realização dos grupos, como a pouca valorização da gestão nesta atividade, sobrecarga de atividades, ou mesmo, rotatividade de profissionais, dificultam a participar desses encontros.

Porque agora tá muito difícil, as cobranças, os projetos e a gente tá um pouco corrido pra fazer esse tipo de trabalho né, mas que se a gente começar nos deixem dar continuidade. Porque como é que você vai ganhar aquele paciente, a credibilidade com ele se você começa e alguém ah não, tem isso não (E 2).

Nós estamos fazendo uma sexta-feira sim e outra não, mas como ficou um cronograma sobrecarregadoe também temos que fechar nossa área né, temos dar conta na avaliação de todas as famílias cadastradas, então nós não podemos fazer assim, então a gente faz de quinze em quinze dias, uma vez por mês (E 5).

Pelo mesmo motivo do grupo de terapia, vinha poucas mulheres e também acho que foi por causa da psicóloga que saiu e quem na verdade criou esse grupo foi a psicóloga, aí como terminou o contrato dela aí ficou só a gente aí acabou que ele também foi desmotivado (E 3).

5.3.1.3 Cotidiano com os demais integrantes da equipe ESF

Um momento importante na dinâmica de trabalho dos ACS foi a participação nas reuniões sistemáticas com integrantes da equipe (ESF), espaço potencializador para o trabalho em equipe. Nesses encontros, ocorrem momentos de confraternização como de planejamento, avaliação e monitoramento das ações, principalmente, com a presença do profissional enfermeiro.

Nós fazemos as nossas reuniões às vezes tem aniversário a gente se reúne, nós temos a nossa reunião que é pra agendarmos os pacientes acamado, pra gente fazer a nossa avaliação mensal pra enfermeira saber como é que tá, saber se a gente tá visitando as gestantes, saber como é que tá as vacinas das crianças, se tem alguma criança com vacina atrasada o que podemos fazer, se tem alguma visita de puérpera com a enfermeira, então tudo isso é feito na nossa reunião mensal (E 6).

A enfermeira e no dia da avaliação ela já dividi as visitas por agentes de saúde e as reuniões e tudo que vai ter no mês e no dia da avaliação a enfermeira já tá com a agenda montada (E 2).

Houve relato da utilização do aplicativo *WhatsApp* como ferramenta de comunicação com a equipe.

Temos o grupo também do posto viu gente do zap, porque quando a Daiana quer fazer alguma busca ativa e alguma coisa na comunidade né ou então, visita da gestante pro hospital, hospital dia não esqueça de avisar, então ela fica sempre nos lembrando né do trabalho e aí a gente passa para as pessoas que nós não conseguimos localizar em casa porque tão trabalhando né e que só chega à noite ou final de semana, então a gente passa pra eles né (E 5).

Os ACSs sentem-se satisfeitos quanto há poucas reclamações sobre o trabalho da equipe. A relação estabelecida entre os integrantes da equipe ESF apresenta convivência direta e horizontal.

Pra nós também porque quanto menos a comunidade reclama mais a gente fica satisfeita, porque muitas vezes as pessoas acham que agente de saúde adora ouvir reclamação e não, a gente fica triste quando ouve reclamação (E 6).

Com essa médica agora a gente já consegue conciliar, a gente liga – Daiane to passando aqui numa visita, tem uma criança doente aqui na casa. O que eu faço? Então assim, a gente já tem a liberdade de dizer pra ela e ela diz encaminha aqui que eu vou olhar, que eu vou encaminhar pra médica... facilita mais tanto a vida da pessoa como a da gente né também (E 4).

Hoje em dia tem um bom retorno, um feedback muito bom entre nós e o nosso posto, tanto as meninas como a enfermeira, a médica também nós fazemos visita domiciliar juntos, que é acompanhamento de pacientes que não podem vir ao posto, então nós interagimos né (E 6).

5.3.1.4 Cotidiano e os desafios de suas práticas

Uma das principais queixas em relação aos desafios de suas práticas foi a condição de trabalho impostas pela gestão municipal. Não há material para realização das atividades rotineiras, falta EPI, protetor solar.

Nós recebemos muita pouca farda, nosso material a gente recebe uma vez por ano material de trabalho, caneta, lápis, borracha e essas coisas e já passamos quatro anos sem receber uma caneta, ou você compra a caneta ou você não trabalha. Então assim, poderia melhorar mais o que, os nossos fardamentos (E 6).

Mochila somos nós que compramos, fardamento nós não temos, então assim, já vem e até a presença da gente já dificulta porque a gente que compra a própria farda e há muito tempo que nós não recebemos farda, já recebemos, mas isso acho que tá com três ou quatro anos que ninguém não recebe farda (E 3).

A falta de identificação do ACS dificulta as ações no território. Há relato de estratégias de ACS para ganhar a confiança da família durante a primeira visita domiciliar.

Quando eu visito uma família pela primeira vez eu sempre faço assim eu me identifico né e falo olha, eu já trabalho nessa área há quatorze anos... dou o número do meu celular, dou o número do telefone do posto e dou o número da Secretaria de Saúde pra que ele possa se informar realmente se eu sou agente de saúde deles (E 6).

Para eles, o uso do fardamento é muito importante na realização das suas atividades. Além da identificação, o uso da farda causa bem-estar e boa aparência perante as famílias a qual trabalham.

Isso faz falta, um fardamento. Essa blusa aqui tá com quatro ou é cinco anos que eu tenho ela ó como é que ela tá. E a gente tem que visitar casa e eu vou ter que ir assim eu me sinto suja, eu me sinto, tá entendendo? (E 6).

Pelo ao menos se não é a função deles (gestão) que eles fizesse reuniões e padronizasse e dissesse vai sair uma quantia do bolso de vocês e que as farda vão ser padronizada, mas não cada qual se veste do jeito que quer... eles (gestão) poderia pelo menos priorizar a presença da gente da gente ter uma boa presença pra chegar até as casa, até as família, entendeu? (E 3).

Uma boa aparência é muito importante e eu gosto de andar bem vestida, eu gosto de andar bem arrumada... acho isso indigno pra gente, porque quando você tá trabalhando você não pode botar roupa que mostre que você tá de sutiã, que mostre que você tá de calcinha não, você tem que andar coberta, vestida porque a gente visita casas que só tem homens, tá entendendo? (E 6).

As situações de violências foram mais vivenciadas. Muitas delas ocorrem durante realização de suas práticas no território.

Porque hoje infelizmente a violência tá grande, a nossa área tá complicada e você tem que ter jogo de cintura pra lidar até com essas crianças e tá bem difícil, bem difícil mesmo (E 2).

Já teve caso d'eu ir visitar lá embaixo eu, a médica, a enfermeira com o motorista e a menina que trabalha aqui e com vinte minuto que a gente saiu de lá teve tiroteio (E 6).

Tem lugares aqui que eu tenho que fazer visita rápida porque pode ter tiroteio a qualquer instante e não tem como eu passar muito tempo nessas casas. Eu digo gente eu tenho que fazer visita rápida porque, eu juro foi vinte minutos e a pessoa já me avisa Silvia tu saiu daqui e assim que tu saiu começou e a bala comeu de esmola aqui no meio da rua (E 6).

Relatam dificuldade de encontrar algumas famílias em domiciliar durante expediente de trabalho. Algumas casas de condomínios não aceitam a visita do ACS. Essas situações causam descontentamento.

Eu estou visitando cento e noventa e oito famílias, mas porque tem muitas famílias ainda que eu não consegui chegar até a casa delas porque elas saem muito cedo e só chegam a noite ou então final de semana, quer dizer, os horários que nós não estamos trabalhando, então fica um pouco difícil né isso (E 5).

Moram nessas casas de condomínio, muitas vezes a gente bate no portão e atende a gente pelo interfone, às vezes manda só a empregada dizer que não tá e a gente sabendo que a pessoa tá e muitas vezes não valorizam o nosso trabalho— ah eu tenho plano de saúde eu não preciso não. Eu digo não, não tem problema, isso é um cadastro do município (E 6).

O mundo agora tá, já foi fácil tu ser um ACS e agora tá difícil. Eu já gostei da minha profissão, logo quando eu comecei eu amava só que agora tá muito complicado assim a gente encontra uma grande dificuldade da população abrir as porta pra gente e infelizmente a gente tem que entrar na vida deles porque a gente precisa saber como eles tão, entendeu?E assim até tu adquirir a confiança daquela família, antes era mais fácil a gente conseguir e agora tá mais complicado (E 3).

Outra dificuldade que merece destaque foi o tempo e trabalho destinado a realização do preenchimento das fichas CADSUS e e-SUS. Relatam dor nas mãos e a visão.

Nós estávamos fazendo o cadastro do E-sus eu tava com meus cadastros cem por cento pronto e quando chegou agora eu vou ter que jogar tudo no lixo porque chegou um novo cadastro (CADSUS), o cadastro que tava cem por cento pronto não serve pra nada mais, então dificulta o meu trabalho porquê? (E 6).

Muito tempo preenchendo coisas ...é o dia todo porque a gente leva o boletim diário né pra fazer a visita...preenchendo e dói, as mãozinhas da gente não é brinquedo não (E 5).

É tudo no papel, tudo no escrito né e eu sou uma que eu só enxergo de um olho, o outro eu tive toxoplasmose e ficou só um milímetro assim eu perdi cem por cento da minha visão, então só enxergo desse olho e então, a gente força muito a visão ficar escrevendo os dados, atualização de carteira de SUS (E 5).

Duas ACS relataram a importância de fazer o uso de tecnologias como *tablet* para a coleta das informações.

(Com o tablet) eu acredito que vai ser bem melhor até pra gente repassar os dados e as famílias não ficarem tão cansativa de ficar dando informações demais, porque tem horas que elas não querem ficar todo tempo dando né (E 5).

É muito preenchimento de folha, muita coisa e eu tivesse um tablete eu continuaria usando as minhas folhas nas casas e o tablet eu usaria em casa, mas seria mais rápido (E 6).

5.3.1.5 Aprendizagem no cotidiano

Os ACS de Eusébio relatam que participaram de capacitações sobre hanseníase, tuberculose, amamentação materna, imunização, dentre outros. Houve relatos de participação em curso à distância como Equidade no SUS.

Aqui no posto não tem, mas às vezes a Secretaria faz alguma capacitação, mas as capacitação da Secretaria mais é TB, sobre hanseníase. Há algum tempo atrás teve uns movimentos sobre amamentação, mas agora no momento faz acho que bastante tempo que não tem, entendeu? (E 3).

Nós perdemos um online agora que foi sobre criança, mas tivemos de hanseníase ano passado, esse ano também tivemos de hanseníase. Às vezes acontece duas vezes por ano e às vezes passa um ano sem acontecer, mas é muito raro, geralmente todo ano tem alguma coisa chegando pra gente (E 2).

No entanto, ressaltam a necessidade de cursos voltados para as novas demandas que surgem da população. Não se sentem preparados para lidar com certas situações.

Só queria que nós agora tivéssemos um curso e eu preciso de verdade sobre gênero né, porque eu estou com situações novas e tá sendo um pouco complicado pra eu conversar com esses meninos sem magoa-los, sem ferir né. Então, quando eu começo a conversar eu peço desculpa, é porque eu sou leiga, mas eu gostaria muito, muito que tivéssemos um curso que eu entendesse um pouco mais e não só o que eu escuto né, não é assim, assado (E 2).

Quando começou a se espalhar na minha área com muita frequência eu tinha medo de quem era usuário (uso de crack), e a partir do curso (Caminhos do Cuidado), quando a gente fez o curso que a gente viu que não é um bicho de sete-cabeça e que a gente tem que lidar com as pessoas e elas merecem tratamento, serem bem tratadas tão bem quanto os outros que não são usuários (E 1).

Essas capacitações parecem que ocorreram de forma desintegrada dos participantes da equipe. Parece que a participação no Qualifica APSUS aproximou mais as ações entre os profissionais.

Quando é com a enfermeira é com as enfermeira e quando é com os médico é com os médico, também tem capacitação pro pessoal da recepção, tem com as técnica de enfermagem e aí junta, entendeu? Não junta todo mundo até porque eu acho que não pode, vai tirar todo mundo né, então tem que ser todo mundo separado (E 3).

No extrato de fala abaixo há menção da participação dos ACS no acompanhamento de profissionais residentes da Ênfase Saúde da Família da Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública do Ceará.

O nosso posto tipo assim ele participa do Qualifica SUS do APSus e são vários programas né que tem dentro e que a gente já recebeu residência de alguns profissionais e que a gente precisava tá mais junto deles pra poder eles fazer o trabalho na comunidade também (E1).

Há um relato da realização de curso técnico de enfermagem onde a ACS busca contribuir com a comunidade, ampliando as ações que podem ser desenvolvidas na

comunidade, principalmente, nos casos de usuários que não podem sair do micro áreas por questões de violência.

Tô fazendo técnico né e vou ser técnica de enfermagem porque vai ser uma contribuição maior pra minha comunidade. Porque hoje o agente de saúde você não pode fazer um curativo, você não pode fazer outras atividades, é proibido. Mas, infelizmente com a nossa realidade hoje não tem como você impedir, se eu tenho acesso a casa de certas pessoas e aquela pessoa não pode passar de um bairro pro outro, fica complicado pra você não ajudar aquela pessoa. Então, eu resolvi fazer o técnico porque eu vou poder ajudar um pouco mais principalmente os que não podem sair de uma área pra outra (E 2).

Realizaram apenas a primeira fase do curso técnico de ACS e algumas falas o avaliaram bem. Há um desejo em concluí-lo conforme a seguinte fala:

A gente tem muita vontade de terminar é o curso técnico que a gente terminou e a gente ficou só na primeira etapa. Então assim, pra melhorar o nosso trabalho também seria isso (E 1).

Para o ACS, há uma necessidade de atualização permanente que favorecem informações e orientações que os ajude na prática.

Olha a experiência é muito boa, mas eu vou lhe dizer com toda sinceridade nós que trabalhamos com educação de prevenção nós temos que sempre ficar reciclando sabe, sempre mais curso, mais oportunidade da gente reciclar porque é muita coisa na cabecinha, então a gente precisa sempre daquela orientação, daquela prática né e mesmo que a gente bote o nosso trabalho, o nosso curso em prática, mas você sabe que as informações elas vão vindo e vão (E 5).

Quanto mais informação a gente tem mais a gente sabe lidar com situações diferente que a gente tem dentro da área da gente (E 1).

5.3.2 Processo de reificação criados por suas práticas

Em conjunto com a participação, para Wenger (1998) a reificação é muito útil para descrever o envolvimento com o mundo como produtivo de significado, refere-se ao processo de dar forma à nossa experiência produzindo objetos que congelem essa experiência em "coisidade", produzindo abstrações, ferramentas, símbolos, histórias, termos e conceitos que reificam algo dessa prática de forma congelada.

Explicitou-se nesta categoria, alguns pontos de foco em torno dos quais a negociação do significado se organiza.

- **Multiplicidade de atividades (prática integral)**

Relatam possuir multiplicidade de atividades, causando-lhes sentimentos conflitantes. Os desafios para o trabalho em saúde extrapolam as ações específicas da categoria profissional pela complexidade e diversidade dos problemas, sobrecarregando-os.

A gente tem tanta função e ao mesmo tempo tem hora que a gente diz assim ah meu Deus será que eu vou dar conta de fazer tanta coisa, tanta coisa (E 1)

Agente de saúde às vezes ela é psicóloga, ela é professora e eu já cheguei até a lavar louça na casa de um idoso que morava sozinho porque me incomodou eu chegar e ver ele em pé tentando lavar aquela louça e não conseguindo porque os filhos só chegavam a noite (E 2).

Muitas vezes a gente faz trabalho de psicólogo, de terapeuta porque a gente chega em pessoas muito carente, muito às vezes revoltada com o mundo e a gente faz esse trabalho de eu procuro ver mais essas pessoas que eu vejo que precisa mais do nosso apoio (E 6).

O fato de articular ações coletivas mediando as relações de serviços públicos com a comunidade, traz aos ACS a seguinte sensação:

O ACS tem que ser pra tudo né (E 3).

- **Ser Elo entre a equipe de saúde e a comunidade**

A expressão “elo” entre a comunidade e a unidade de saúde ficou fortemente marcada nos relatos.

Então eu me considero como um elo entre a comunidade e a equipe com o qual eu trabalho, tanto trago a comunidade até a equipe como levo a equipe até a comunidade (E 2).

O agente de saúde tá no campo da frente né, tá na batalha, tá nas visita, tá dentro dos lares, então assim, a gente é um elo da enfermeira e da médica com o público, então assim, a gente tem que tá levando as informações (E 4).

Informar a comunidade de como é o sistema do posto..., É um elo entre a agente de saúde e o posto (E 6).

Dois tecnologias que os ACS utilizam, a escuta e o diálogo, constroem o elo da equipe com a comunidade. As práticas dos ACS são permeadas por ações, por exemplo, a escuta, a obtenção da informação e a conversa frequentemente vivenciada nos momentos da visita domiciliar.

Eu saí de casa hoje de manhã eu queria fazer oito visitas, eu passei duas horas e fiz uma visita e fiquei satisfeita com a minha visita e eu acho que ela também ficou satisfeita porque foi proveitoso, ela conversou o que ela queria e eu ouvi e eu acho que ela só queria ser escutada hoje (E 1).

Não me custou nada, lavei (a louça) e depois fui sentar com ele, perdi bom tempo da minha produtividade, mas pra mim foi recompensador porque o tempo que eu passei com esse idoso eu fiz ele rir, eu fiz ele brincar um pouco e ele se distraiu (E 2).

Tenho paciente diabética que eu fui na casa dela mês atrasado umas três ou quatro vezes pra poder encontrar ela e eu fui num horário e assim foi muito bom porque assim ela tava com muito problema, além dela ser hipertensa, diabética e fazer tratamento no CAPS ela tava com problema com o pai e quando eu fui pra conversar com ela, ela chorou ... passei quase uma hora conversando com ela e explicando e ela chorando porque ela tava indo pra delegacia por causa do pai dela por briga familiar (E 6).

Função da gente é tudo na verdade, escutar de tudo, entendeu? Então, não é só acompanhar um hipertenso ou um diabético ou uma gestante, a nossa função é tudo, ouvir de tudo, entendeu? Tudo (E 3).

A visita domiciliar propiciou a comunicação solidária entre o ACS e famílias, fortaleceu laços de vizinhanças e vínculos, que possibilitou adentrar na intimidade das famílias, percebendo suas necessidades e as da comunidade.

Pra mim eu acho que agente de saúde não é só orientação, porque você tá dentro das casas das pessoas e você quer ganhar confiança dessas pessoas e algumas pessoas tratam você como se você fizesse parte da família. Desabafam com você, contam os problemas, contam coisas, segredos daquela família, contam coisas que às vezes nem, o marido tá com problema e nem a esposa sabe. Então, pra mim agente de saúde é mais do que uma pessoa que leva e traz informação (E 2).

Porque quando a gente chega numa casa a gente escuta de tudo, escuta da mulher que tá passando por um problema com o marido e que quer desabafar, escuta da novela, escuta do filho que é drogado e que não sabe mais o que faça (E 3).

Eu visitei uma criança e essa criança ele foi diagnosticado como autista. Então, eu cheguei na casa a mãezinha tava muito aflita e eu tive que ligar até pra Daiane em relação a medicação deles, tive que ligar pra minha enfermeira aí falei com ela e depois fui conversar com a mãezinha e mãezinha foi me mostrar os desenhos, porque assim, a família ela cria um vínculo na gente, então ela busca um apoio e querendo ou não elas vê a gente, a visita ali e quando elas cria aquela confiança ela vê você como um apoio (E 4).

Emerge uma potencialidade do vínculo com a comunidade, tornando-se atributo significativo para as relações vivenciadas. O vínculo como uma tecnologia relacional encontra no ACS um pilar para sua construção, uma vez que este está mais próximo da realidade vivenciada pelas pessoas, fortalecendo uma das premissas básica para a atuação na Saúde da Família.

Morar na comunidade parece favorecer o ACS a desenvolver mais empatia com as situações que ocorrem no território. Desenvolver suas atividades com amorosidade e respeito, parecem sentimentos significativos para prática desses profissionais.

Eu faço mais o meu trabalho e agora assim como a gente trabalha muito dentro da comunidade a gente já se torna uma pessoa da família... então eu me sinto muito família deles né e sempre que precisam de mim eu não tenho isso, muitas vezes fora do meu horário de trabalho eu resolvo alguns problemas (E 6).

Demonstram respeito aos hábitos, as crenças e a cultura das famílias quando na realização de suas práticas.

É um cuidado muito grande que você tem com elas (famílias)... a pedagogia que você usa com uma você não vai usar com a outra, com uma funciona, mas com outra não funciona, então você tem que ser meio psicóloga, você tem que saber até que ponto você pode entrar dentro da casa daquela família (E 4).

Com religião já é um pouco mais diferente porque na minha área tem tipos de religiões e nessa hora tem que ter um jogo de cintura muito grande e por isso que eu te falei que quando eu chego na casa não tenho religião porque eu tenho que respeitar a religião do meu paciente, eu tenho que respeitar a crença dele. Na minha área tem umbanda, na minha área tem evangélicos, na minha área tem católicos e tem ateus, então tudo gira em torno daquele paciente (E 2).

5.4 O Caso do Trabalho dos ACS em Cruz: análise dos resultados

A dinâmica de trabalho dos ACS de Cruz incidiu expressões e práticas relevantes na atenção primária à saúde neste município. As atitudes para o cuidado e a promoção da saúde no território da ESF demonstraram a importância do protagonismo deste profissional vivenciada cotidianamente nesse processo.

A participação desses profissionais foi marcada pelas atribuições preconizadas pelo MS, no entanto, as práticas moldam-se também de acordo com o que dá sentido ao trabalho e à vida, evidenciados por afetos e solidariedade nos enfrentamentos do espaço comunitário ou domiciliar.

Para Wenger (1998), o foco na prática numa CdP não é meramente uma perspectiva funcional das atividades humanas, não aborda a mecânica de fazer algo, vai além disso, incluir aquilo que dá sentido. É constituída a partir do engajamento mútuo de pessoas interessadas em um projeto de interesse comum, que se desenvolve pela negociação de significados (tanto conhecimentos, histórias, informações, como modo de fazer) na interação entre a participação dos indivíduos e o que se produz com essa participação (reificação) (WENGER, 1998).

Nesta perspectiva, abordou-se a análise do corpus de dados dos grupos focais dos ACS, por meio das dimensões “participação dos ACS na ESF” e “reificações criadas por suas práticas”.

5.4.1 Participação dos ACS na ESF

Esta categoria foi composta pelas declarações concernentes à participação dos ACS na ESF. Wenger (1998) usa o termo participação para descrever a experiência social de viver

no mundo. É um processo complexo que combina fazer, falar, pensar, sentir e pertencer. Envolve toda a nossa pessoa, incluindo nossos corpos, mentes, emoções e relações sociais. Pode envolver todos os tipos de relações, tanto conflituosas como harmoniosas, íntimas e políticas, competitivas e cooperativas.

5.4.1.1 Visita domiciliar: uma prática cotidiana

A participação dos ACS nesta experiência social de viver no mundo da APS ficou marcada pela vivência com/na comunidade e sua participação no cotidiano de suas práticas, principalmente, através da visita domiciliar. Durante ela, ocorrem várias atividades, educativas e preventivas, orientações e identificações de novas demandas.

Nas visitas domiciliares, o foco principal de sua atuação foi o acompanhamento dos grupos prioritários preconizados M.S, conforme narrativa abaixo:

O agente de saúde tem a função de visitar todas as famílias, mas tem meses que a gente tem reunião e algumas coisas que toma mais tempo às vezes a gente não consegue, mas a gente faz logo primeiro o grupo prioritário né aqueles que mais necessita acamados, hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças (C2).

No Quadro 5 sistematizamos as práticas citadas pelos ACS por grupo prioritário.

Quadro 5 – Práticas realizadas pelos ACS de Cruz por Grupo Prioritário

Crianças menores de 2 anos	Verificam o cartão de vacina e orientam às mães quanto aos cuidados com as crianças. Utilizam o cartão espelho para o acompanhamento. Verificam o peso dos menores.
Gestantes	Relatam acompanhar as gestantes e abordarem dentre os assuntos, o aleitamento materno e importância do carinho com o bebê desde a gestação.
Puérperas	Poucos relatos sobre como é feito a visita. No entanto, há enfoque ao aleitamento materno.
Diabéticos e hipertensos	Orientam quanto a condição crônica que se encontram, ao uso adequado das medicações e se está sendo acompanhado pela equipe. Faz busca ativa dos faltosos as consultas. Há relato de caso de o ACS levar usuário ao posto para consulta.
Acamados/	Os ACS são responsáveis pelo agendamento da visita da equipe com o médico ou demais integrantes da equipe de saúde da família que ocorre

Domiciliados	regularmente. Há um cronograma para cada ACS da equipe. Avisam os usuários sobre o dia da visita da equipe. Observam as necessidades de saúde e informam a equipe.
---------------------	--

Fonte: Elaboração própria, 2019.

As visitas domiciliares junto aos demais integrantes da equipe ESF na sua maioria são aos acamados ou domiciliados. O ACS observa durante suas visitas rotineiras algum sinal que necessite da intervenção da equipe, conforme relato:

Às vezes a gente percebe um sinal do paciente, aí a gente vê que aquele sinal não tá aumentando, tá piorando, tá criando um ferimento e alguma coisa aí a gente fala pra enfermeira (C2).

Outra prática dos ACS foi a coleta domiciliar das informações de saúde no território, dentre elas, números de crianças nascidas, menores de dois anos, diabéticos, gestantes, internamentos e óbitos. Para registro dessas ações, houve falas da utilização de um aplicativo que envia os dados para o sistema informação nacional, facilitando o trabalho desses profissionais.

Desde o começo do ano que a gente trabalha com aplicativo no celular ...a gente faz todas as visitas e a gente não trabalha mais com papel, antigamente a gente fazia no papel e vinha pra cá pra unidade e a unidade lançava no sistema e hoje não (C 2).

Ele (aplicativo) é bem completo né você cadastra as família lá desde a primeira que é a família da gente até, aí vai cadastrando, entrando, saindo morrendo, aí todos os dados que eu quero lá, quantos hipertensos que eu tenho e se você perguntar agora é só clicar aqui eu já sei, aí já facilitou o nosso trabalho (C 2).

Para o uso do aplicativo, alguns ACS utilizam o aparelho smartphone de uso pessoal, por não ter sido disponibilizado pela gestão local nenhum equipamento para esse fim, dificultando o acesso dessa ferramenta a todos profissionais. Outros ACS apresentam resistência a mudança a essa nova tecnologia, registrando ainda em papéis suas informações.

Eu acho que mais ou menos uns noventa por cento dos agentes de saúde tão usando né, agora tem aqueles que, digamos, os veteranos que ainda tão usando o papel e ainda não tão usando o aplicativo (C 2).

a gente tem que trabalhar no nosso celular, dependendo da situação, a gente as vezes nem leva com medo, a gente leva porque é bom, quase todas as casas aqui tem wifi tudo que acontece nos posto a gente sabe na hora porque ta com wifi , eles prometeram dar um tablet, porque tablet porque sempre vai ter a memória, meu celular a memória não é boa, no aplicativo do e-sus, eu não posso me atualizar , celular é uma coisa particular da gente, essa questão deveriam olhar uma pouquinho mais pra gente (C1).

5.4.1.2 Articuladores da rede e sua contribuição no cuidado em saúde

Um papel que marca a prática desses ACS é o de articuladores dos serviços ofertados por diversas políticas públicas no território, envolvendo outros pontos de atenção bem como pontos de apoio existentes na comunidade.

Lá (Academia da Saúde) tem acompanhamento e eles pedem exames né pra saber, assim eles pegam todo o público, mas preferencialmente quem é hipertenso, quem é diabético, tem colesterol alto, quem tá acima do peso, então eles pedem o exame pra olhar. A cada três ou seis meses ele pede um novo exame, ele verifica lá a sua cintura bem direitinho e saber qual é o acompanhamento? Teve melhora? Então, tudo isso facilita e a gente tando lá vivendo isso e a gente trazendo pra área já é algo a mais (C2).

A Pastoral da Sobriedade ela vai trabalhar com os dependentes químicos né tanto do álcool como da droga e não só com os pacientes, mas com a família dos envolvidos né. Então, há essa parceria eles vão e vai paciente que desiste ou não foi, aí eles procuram o agente de saúde. Você sabe me dizer se aquele paciente ainda tá na área? Como é que tá? (C2).

A articulação ocorre também com o setor educação com foco nas ações do Programa Saúde na Escola (PSE), dentre elas, educação em saúde, verificação de peso e altura, imunização, bem como prevenção das verminoses dos escolares. Há relatos da participação do ACS no planejamento de ações em saúde junto ao núcleo gestor escolar.

Temos os programas do PSE né que a gente vai pras escolas, aí tem desde a verificação que é o trato com as verminoses e peso e altura, tem a vacinação da HPV agora da menina e tudo isso é essa parceria com a unidade de saúde com as escolas né (C2).

A gente se reúne junto com a diretora, né, e a diretora e os alunos, a gente vai que nem o ano passado agora nos caminhamos nas localidades mais próximas ao colégio e falamos para os alunos, explicamos como é, explicando o que significa aquilo, pode debater aquilo, tirar aquilo da rua, junto com os alunos, tudo registrado (C 1).

Quando tem e principalmente a dengue e nesse período a gente vai junto pra área, junto com outros profissionais, professores, alunos né com papéis né de divulgação, de prevenção, de panfletos. Na semana do bebê da mesma maneira a gente teve (C2).

Parecem perceber a necessidade de fortalecer essa parceria com rede de apoio de atenção a saúde. No entanto, há falas que destacam a participação em projetos da igreja como as atividades da Pastoral da criança, Pastoral da Sobriedade e Anjos do Bem como participação em grupos realizados em outros espaços de atenção.

Tem a parceria, mas ainda a gente vê que precisa ser fortalecida, que é no mês de maio sobre do trabalho infantil e também da saúde mental junto com o CAPS né e a gente vê que vem intensificando, mas ainda precisa ser melhor. Mas assim, tem essa parceria sim de trabalho entre a unidade com os outros núcleos de saúde (C2).

Acredito que dos órgãos que mais tem vai ser nesse caso extra, vai ser a igreja e a saúde né, porque aí vem a outra Pastoral e digamos que são assim três. A Pastoral da

Criança que também faz esse acompanhamento de peso, acompanhamento com as crianças desnutridas, tem essa Pastoral da Sobriedade que são com os dependentes químicos e esse Projeto Anjos do Bem que ele vai pegar esse pessoal toda né, que aí tem dependendo das épocas aí junta uma parceria com os comerciantes que eles também doam né pra que a gente possa fazer ação né (C 2).

Eu já participei uma vez desse grupo (Grupo Conviver organizado pela Assis. Social) que deu aquela animação, aquela diversão dançando como se fosse pessoas da nossa idade ou até mostrando que a idade não impede ele de se divertir porque tem mais disposição do que os jovens e dançando lá, conversando, trocando ideias. É uma forma de tirar da rotina aquelas pessoa que fica só em casa assistindo TV ou ouvindo rádio, quebrar a rotina mesmo do dia a dia (C2).

Outro papel relatado pelos ACS é o de educador. Neste caso, mencionam atividades educativas realizadas nas residências, na unidade de saúde e nas escolas. Os assuntos abordados parecem estar relacionados a orientação a grupos prioritários, as campanhas nacionais de prevenção de câncer como Outubro Rosa ou Novembro Azul, bem como temas relacionado a Saúde Ambiental.

Antes do enfermeiro chegar e o médico, nos faz nossas atividades coletivas, a gente se junta, olha um temazinho, trabalha, nos fala com o hipertenso e diabético ou mesmo a população que tiver ali esperando a consulta, tira ali um tempinho pra gente fazer nossas atividades coletivas (C 1).

A gente deu uma palestra para os hipertensos e esse ano sobre a dengue, a zika e a Chikungunya lá em casa sempre tem a novena no mês de maio aí eu aproveitei que era em casa e tinha muita gente, eu sempre tenho um grupo bom aí que eram pessoas que eu não tinha tanta vergonha de falar aí eu dei uma palestra sobre dengue, pesquisei lá algumas coisas pra poder orientar melhor os pacientes, e na área a gente sempre tá orientando também (C 2).

Há falas que retratam dificuldade na abordagem de temas ligados as questões de sexualidade.

Teve uma palestra que a enfermeira foi para falar sobre doenças sexualmente transmissível que agora é DST, IST, que infecção sexualmente transmissível, aí teve essa palestra, nesse caso eu fui porque era da minha área e no final eu só falei bem pouco, quem fala mais é a enfermeira, o conhecimento dela é maior, falei mais sobre o cuidado de se prevenir, ter só um parceiro, não que estávamos mandando as crianças fazer isso, que eram adolescente, mas ter cuidado (C 1).

A questão do LGBT não tem assim, hoje aqui pelo menos que eu conheço não tem nada que trabalhe com isso né, assim o que mais tem é só sobre mesmo a sexualidade, questão das escolas, de palestra que geralmente quem vai é o enfermeiro (C 2).

As famílias ainda é um tabu que ainda não conversa com seus adolescentes, com as suas crianças, então os pais ou arranca as páginas (caderneta adolescentes) às vezes ou grampeiam pra que os filhos não possam ver (C 2).

Dentre os assuntos abordados nos domicílios e comunidade, destacou-se o empenho nas ações de vigilância ambiental voltados as arboviroses. As atividades parecem estar associadas a uma época do ano, provavelmente associada ao período em que ocorre o aumento

dos casos das arboviroses. Suas ações têm como foco a informação sobre a eliminação de possíveis focos do mosquito. No entanto, parece não ter havido uma capacitação específica para esta situação.

No inverno, que o foco maior é a dengue, eles fazem sempre carreatas, o ACS sempre acompanha, a gente passa de casa em casa, entregando folheto, observando os quintais, tirando o que acumulo de agua, sempre, todos anos eles fazem isso... quando chove, não tem cuidado, ai, a gente acha pneu, é garrafa, saco de plástico, ai, muitas vezes a gente faz atividade, é bem importante (C 1).

Cuidado com os pneus, as coisas no quintal e dê sempre uma voltinha no quintal e tal, mas acredito que não seja, eu acho que não seja, é um problema de todo mundo. Mas, a capacitação não fizeram ainda e eu acho que é mais voltado pros endemia né, mas não custa nada eu como ACS tá orientando ... sempre faço isso e sempre a gente é orientado até pelos enfermeiro mesmo e não é que teve realmente um curso dizendo ou orientando ou capacitando o ACS pra isso, nós não tivemos ainda (C 2).

Realizam atividades em parceria com os ACE como de combate ao mosquito *Aedes aegypti* e vacinação antirrábica:

A gente trabalha sim em parceria também. A gente sempre quando inicia o inverno a gente já é, a enfermeira já passa pra gente os informes e a gente já sabe também né. Aí a gente chega em cada casa a gente entra e já temos aquele vínculo né, a gente entra e a se a gente ver alguma coisa lá que possa fazer a proliferação, então a gente já vai orientando, uma planta a gente observa muito isso nós agente de saúde sim e passamos a orientação em cada moradia que a gente passa né, em cada casa, em cada domicílio você orienta (C 2).

Na época da vacinação de cães e gatos que eles pedem o nosso auxílio pra ir na área perguntar quem tem animal que quer vacinar, aí a gente faz isso. Pelo menos na minha área funciona assim (C 2).

No entanto, há relatos de que consideram o trabalho sobre o controle das arboviroses relacionado ao manejo dos focos voltado mais para os agentes de endemias, devido treinamento apropriado, conforme a seguinte narrativa:

Não que a gente não faça né, mas eles têm treinamento e são mais técnicos e sabe mais desenvolver essa área (C 2).

A gestão municipal pareceu incentivar a realização de atividades de educação em saúde no cotidiano de prática desses profissionais. Um dos fatores das dificuldades relatadas na atuação como educador foi a falta de planejamento prévio para as ações de educação em saúde ou, para alguns ACS, ser realizada com público maior de pessoas.

(Coordenadores AB) pedem pra gente fazer uma vez por mês uma atividade coletiva, ai, os ACS fazer, a gente aproveita que as pessoas já tá. se não der certo fazer nessa localidade, faz na outra, mas, sempre a gente reserva um tempinho. ai de vez de esperar meia hora esperando pelo médico, vai fazer e atendendo também (C 1).

Eu acho que todos nós temos capacidade, só é buscar o conhecimento, mas no caso o foco maior foi a enfermeira porque (uma pausa na fala, facilitadora esclarece que

fiquem a vontade para falar) para a enfermeira manda o recado a tarde, amanhã de manhã você pode me acompanhar na escola?, o agente vai no caso, a gente não sabe o que é na palestra, ai no decorrer, já no final da palestra e coloca alguma coisa (C 1).

Agora esse ano inventaram da gente dar palestra, todo mês o agente de saúde tem que dar uma palestra, mas nem todas não né, eu mesma eu tenho muita dificuldade pra falar em público, eu posso falar aqui normalmente assim e pra mim falar em público e pra eu dar uma palestra eu tenho vergonha (C 2).

Alguns ACS utilizam as redes sociais como ferramenta de divulgação das atividades de educação em saúde realizadas na unidade de saúde, conforme narrativa:

Os meses passados Novembro Azul, Outubro Rosa a gente faz o convite pra vim ao posto de saúde que vai ter palestra com médico e tudo, usamos até também a rede social pra gente transmitir ao vivo pelo *facebook* né, então aquelas pessoas da área nossa que são amigos do *facebook* que não puderam vir por algum motivo eles pudessem participar também do momento que teve no posto de saúde (C 2).

Apontam que participam de grupos de educação em saúde voltadas para idosos, hipertensos, diabéticos e gestantes que parece contar com a participação dos demais profissionais da equipe ESF e NASF. Algumas falas demonstram participação em distribuição de fichas, mobilização e articulação para participação dos integrantes do grupo.

É um grupo voltado pra hipertensos e diabéticos, lá eles chegam em jejum fazem o teste, medem a glicemia, medem a pressão e depois vem lanchar, aí tem a palestra às vezes com dentista, psicólogo, com fisioterapeuta e isso é feito durante o ano todo e é um planejamento junto com a enfermeira e o médico. Nesse dia o médico tá lá e a enfermeira pra fazer consulta né, consulta, renovar receita (C 2).

Os agentes participam, as fichas, a não ser que tenha alguma outra coisa mais urgente pra fazer, assim, tipo dar algum recado pra dar na área, que não pode tá naquele momento, a gente não vem, mas sempre a gente vem pros encontros de idosos e gestantes (C 1).

A gente avisa sobre o grupo das gestantes, as que não podem e não tem locomoção, não tem condição, a gente marca um horário e o carro do posto vai pegar de cada localidades, tem algumas mais distantes... tem todo um cronograma, tem brincadeiras, tem as palestras, no final tem brinde, sempre elas ganham um brindezinho, tem comida, sempre comida saudável (C 1).

Há relatos da participação dos ACS em grupos terapêuticos como roda terapia Comunitária. Consideram um momento de escuta e desabafo e indicam como um espaço de cuidado para o trabalhador e potente para atender às demandas da comunidade.

Seis meses sei lá, um ano que a gente ACS tivemos uma terapia comunitária um grupo bem grande de agente de saúde dizendo mesmo, falando das experiências... a gente absorve, infelizmente a gente absorve muito, eu não diria que não absorve como trabalhar em um conselho tutelar porque ali é demais e até hoje eu tenho sequela (C 2).

Você passa o dia todinho naquilo ali, e a terapia serviu pra gente desabafar lá entre todo mundo os não é nem males porque eu não acho que é males, é perturbação e fica aquilo e você não desabafa. Porque se eu chegar lá na minha mulher ela já tem o trabalho dela aí chega e vai cada vez mais absorver. (C2).

Seria bom o agente de saúde ter e ter como passar pras famílias também né. (TCI) Eu acredito que a Rosinha faz isso melhor do que cada um de nós porque ela é terapeuta e ela vê de outra forma também as famílias né (C2).

Houve falas que parecem indicar pouca valorização da gestão na participação dos ACS nesta atividade, que os deixam em conflito entre sua participação no grupo e a realização de visitas domiciliares, conforme narrativa:

Hoje de manhã eu tô lá no grupo de Hiperdia, então não posso tá na minha área e essa manhã eu já perdi. Aí eles querem que a gente compense (C 2).

5.4.1.3 Cotidiano com os demais integrantes da equipe ESF

Um momento importante na dinâmica de trabalho dos ACS foi a participação nas reuniões sistemáticas com integrantes da equipe (ESF), espaço potencializador para o trabalho em equipe e o desenvolvimento da prática do ACS, segundo relato:

Nos ACS participa todo mês de reunião 15/15 dias, até isso serve pra estimular mais a gente, né, porque a gente começa fazer uma coisas na comunidade e vai estimulando (C 1).

Nesses encontros, ocorrem planejamento do cronograma das atividades coletivas, dentre elas, os grupos, como realizam também a avaliação e monitoramento das ações, principalmente, sob a supervisão do profissional enfermeiro. Participam desses momentos uma vez ao mês o secretário de saúde e coordenador da atenção básica. Houve falas que indicavam cobranças por parte da gestão e situações de constrangimentos.

A gente tem uma avaliação todo mês. Todo mês a gente tem avaliação né do mês ou no último dia do mês ou no primeiro do seguinte né com a enfermeira né. Aí ela lá ela avalia se tem, se nasceu alguém, se morreu alguém na área, aí quando acaba de avaliar todos os ACS aí ela vai planejar o mês seguinte (C 2).

Temos uma reunião mensal com a coordenação, com o secretário e com a coordenação do município, toda última sexta-feira do mês a gente tem uma reunião com eles, aí lá é geral, é todos os ACS do município se encontram nesse dia, aí eles vão informar, cobrar aí se tiver alguma coisa pra também programar lá nesse dia é programado (C 2).

Os dois últimos meses, a gente se desdobrou pra ir pra lá para falar que os usuários foram a prefeitura reclamar que os ACS não andam na casa deles, aí eles focaram mais na assinatura para a gente se resguardar...o plano deles é chega na prefeitura e diz o agente de saúde não anda na sua casa, quem é seu agente de saúde? É o agente de saúde fulano de tal, tem que pegar o usuário e na casa do agente de saúde e procurar na lista o nome do usuário ou de alguém da família. Isso, muitas vezes constrangedor (C 1).

Além das visitas domiciliares realizadas com integrantes da equipe da ESF e NASF, alguns ACS da zonal rural relataram o deslocamento da equipe para atendimento aos hipertensos e diabéticos nas áreas mais distantes, conforme relato:

Porque o posto fica muito distante e ...ai para atender as localidades todas fica difícil dia de consulta que dia de segunda e quinta e não vai dá para dar assistência, tem que se deslocar para as comunidades para dar assistência (C 1).

Relataram boa parceria com os profissionais do NASF, indicando uma aproximação do olhar ampliado da saúde.

Além da saúde eles entram na saúde da família mesmo, eles têm uma preocupação de ver como é que tá esse idoso que a Fatinha tá falando se tá bem cuidado.... eu diria que é mais social por isso, porque além da saúde eles tem a preocupação no outro lado das pessoas (C 2).

Merceu destaque o papel apoiador do profissional enfermeiro nas ações junto ao ACS.

É e a partir do enfermeiro ele pode chamar os outros profissionais né, o médico, o dentista, a assistente social, nutricionista, o psiquiatra, mas a gente trata sempre diretamente com o enfermeiro (C 2).

Ele está no nosso auxílio mais próximo e a assistência que ele dá ao paciente chega a ser mais do que o médico né, porque ele está com todos os programas e a gente vê, além disso tudo, de cuidar dessa parte ele cuida da parte administrativa do posto e fora as papeladas (C 2).

Ela geralmente analisa o trabalho da gente né, se a pessoa tá indo todo dia pro trabalho exercendo o horário certo mesmo, sempre nunca a gente é cobrado não, mas a gente que é pra frente, porque quando a gente quer uma coisa, um encaminhamento, qualquer coisa a gente tem que falar com ela, e a gente tá sabendo que ela está sempre nos cuidados da gente (C 1).

Houve relato da utilização do aplicativo *WhatsApp* como ferramenta de comunicação com a equipe e com a comunidade.

A gente tem hoje a facilidade da internet né e tem os grupos de trabalho que a enfermeira manda ó essa gestante fulana de tal do Leandro não vai ter o pré-natal dela à tarde. Aí de manhã logo ela coloca no grupo e antes da gente ir trabalhar a gente já passa na casa e já informa pra ela não ter o trabalho de vim à tarde às vezes de pés ou mesmo uma hora da tarde (C 2).

Tá na área lá né e na hora que a gente tá fazendo a visita e conversando aí se tiver acesso à internet às vezes a gente já manda mensagem diretamente pro enfermeiro e dali a gente já tenta resolver ou adiantar alguma coisa que possa ser feito na frente né (C 2).

5.4.1.4 Cotidiano e os desafios de suas práticas

Alguns ACS relataram dificuldade em acompanhar as crianças menores de dois anos em áreas mais distantes do posto, onde as casas são também distantes uma da outra.

Relatos indicam que algumas áreas ocorrem pouca adesão de mães na vacinação dos seus filhos, mesmo realizando a ação mais próxima das residências.

As mães não liga muito para vacinação, eu acho assim, que pelo, a distância, né, distante do posto, mas a gente marca o dia da vacinação para eles, eles acabam não vindo, tem mulher que a criança dela nasceu, tá com seis meses que a criança tava no mundo não tinha tomado nada, só tinha tomado a vacina BCG e a gente vai lá, tem outra mulher lá que não pego, as crianças ficam só, a mãe tem saído, a minha área é muito difícil, muito difícil (C 1).

Para os ACS faz necessário uso de um transporte para sua mobilidade na área de forma mais efetiva. Mas, para isto, usam recursos próprios e não contam com apoio da gestão para uma ajuda de custo, mesmo os ACS que trabalham nas localidades mais distantes. Consideram mal remunerados e com essas despesas sentem-se pouco valorizados.

Eu pego todos aqueles exames uma quantidade vamos supor e vou entregar na área, aí se eu tivesse de a pé não daria tempo eu entregar todos aqueles exames, e na moto eu vou mais ligeiro e faço o meu trabalho mais rápido (C 2).

Poderia melhorar também na questão da nossa locomoção, principalmente, nos da zona rural. Nosso salário é X. Muitas vezes, a gente tem que usar um transporte, combustível, acho que poderia dar uma auxílio, principalmente a gente da zona rural, é bem distante, quando a gente usa, eu tenho moto, mas muitas vezes, vou de bicicleta porque eu economizo, tenho que economizar (C 1).

A valorização né na parte financeira também, porque a gente é cobrado sempre, sempre é cobrado, mas a questão de aumento de salário a gente já tá há três anos né que foi aprovado o piso salarial do agente de saúde e até o momento não foi atualizado, não foi, o nosso salário ficou congelado e já tá com três ano já que tá congelado, não teve reajuste e a inflação vai comendo tudo né (C 2).

Há relatos de que capacitações oferecidas aos ACSs que residem longe da cidade acarretam despesas com transporte, dificultando sua participação.

Sinto que se hoje existisse um curso, trabalhar e estudar, eu pedia minhas contas. Por conta que o trabalho do agente de saúde, o salário é muito pequeno. Nosso transporte, quem tem uma família, não dá de comer não. E se fosse pra escolher trabalho do agente comunitário e estudar, pedia as contas (C 1).

Falas indicam ocorrerem conflitos entre o ACS e usuários, acarretando sofrimento ao profissional e mudança no desenvolvimento de seu trabalho. Um possível fator apontado pelo grupo, parece estar relacionado a situação de moradores com melhores condição financeira e não precisarem dos serviços ofertados pela unidade de saúde. No entanto, o ACS parece contar com o apoio dos profissionais da unidade de saúde em situações como essa.

Trabalhar como agente de saúde tem que gostar porque você está na casa das pessoas, ela lhe beija, lhe abraça, no outro dia ela fala de vocês e vocês tem que falar. No meu caso, eu faço o que não posso por eles. Falam mal de mim, mesmo eu estando lá, porque sei que eles vão prestar conta com deus, eu vou prestar minhas contas (C 1).

Assim que eu entrei teve uma situação que eu chorava, eu saí da área e vim pra cá pra unidade chorando chega eu soluçava e a enfermeira perguntando o que era e eu não conseguia falar, pelos maus tratos de uma família (C 2).

Foi junto com a unidade colocado que eu não ia visitar essa família porque foram sequência de três maus tratos, então assim, pra minha integridade como profissional não serviu porque aí eu saía daquela casa machucada e acabo entrando na outra casa e não fazia uma visita legal pela situação (C 2).

Houve relatos apontando sensação de insegurança e medo durante suas práticas devido à violência no território como de dificuldade de assistir gestantes que fazem uso de drogas.

Até pra gente trabalhar a gente fica morrendo de medo de trabalhar durante o dia. Eles estão assaltando durante o dia. A gente trabalha com um olha na frente e outro atrás (C 1).

Tinha uma boca de fumo na minha área e a mulher do cara tava grávida e eu não conseguia visitar ela de jeito nenhum... aí eu tive que confiar no vizinho. Perguntava a ela e eu dizia olha, eu quero lhe perguntar, mas que fique entre nós porque eu não tô conseguindo visitar essa mulher e ela tá gestante e o que eu posso fazer? Aí eu sei que ela foi tipo a ponte. Até que um dia deu certo e eu visitei ela (C 2).

Uma das queixas em relação aos desafios de suas práticas foi a condição de trabalho impostas pela gestão municipal. Não há material para realização das atividades rotineiras, falta EPI, protetor solar. Para eles, a aquisição desses itens ajudaria a melhorar o trabalho.

Cuidar mais da nossa pele, deveríamos receber protetor solar e a gente não recebe. Tudo tem que ser por nossa conta (C 1).

Material de trabalho né, porque a gente questiona que a gente precisa de um protetor solar. Ah mas, eu também quero repelente, mas por quê? Se nós tamos diretamente lidando com o público né principalmente no período de chuva porque não o repelente também. Questão de material de escritório que a gente utiliza, as fardas, tudo isso vem fazer com que a gente melhore o nosso trabalho (C 2).

Houve falas que apontam dificuldade de os ACS do sexo masculino desenvolverem suas as atribuições.

Hoje eu já sinto que tem muita gente que confia em mim, que pede orientação, que pergunta, que quer saber mesmo. Mas, eu acho que essa dificuldade da gente é até natural. Eu diria que é natural por conta do sexo masculino (C 2).

Eu ia pesar a criança né, antes ela tava gestante e depois eu tive que pesar a criança aí eu notei assim aquele meio termo tipo cobrando ciúme, e até depois eu cheguei pra ela e disse assim olha, eu tô fazendo o meu trabalho. Cheguei um dia né e bati palma e ele tava e eu senti a dificuldade dela sair de dentro de casa pra me atender, aí quando ele saiu eu disse olha, eu tô fazendo o meu trabalho e não tô aqui pra outra coisa (C 2).

Apesar da dedicação ao trabalho, sentem-se poucos valorizados e desmotivados.

Infelizmente eu me sinto só um menino de recado e não é que no final do mês eu tenho o meu dinheiro depositado na minha conta (C 2).

Primeiro de tudo é o reconhecimento primeiro de tudo, porque a gente vê assim na teoria todo mundo diz o ACS tá lá na ponta é aquele que conhece realmente o território e que traz a informação. Partindo pra parte prática a gente vê que nem sempre é assim né (C 2).

Por outro lado, colocam-se como um coletivo que se apoia mutuamente na superação dos desafios:

Nós somos uma equipe. Porque se uma pessoa fizer chorar, eu não tenho quem recorrer. Nos falemos com ela sobre nossos problemas, somos uma equipe, se uma pessoa me fez chorar, eu não tenho ... só entre a gente e a família (C 1).

O significado do trabalho ajuda a superar os desafios.

É muito bom trabalhar como agente de saúde, porém, tem aqueles casos em que a gente diz assim meu Deus do céu como é que poderia ser diferente né como toda profissão né. (C 2).

Nós também temos que ser conhecedores disso, fazer o nosso papel muito bem feito, mas também saber ali não dá certo por isso e procurar né ter respaldo pra isso. E é isso a nossa missão é árdua assim como toda profissão né tem seus lados positivos e negativos e cabe a nós cada dia matando um leão daqui e outro dali, mas é muito satisfatório e é muito gratificante trabalhar com pessoas (C 2).

5.4.1.5 Aprendizagem no cotidiano

Participaram de algumas capacitações, entretanto, os ACS relatam que o conhecimento sobre sua prática foi sendo adquirido a medida em que foram atuando no território. Há relatos de troca de experiência de mãe pra filho, bem como a busca do conhecimento com os integrantes da equipe a partir dos problemas demandados no processo de trabalho.

(Quando surgem dúvidas) na minha prática eu corro atrás do profissional...Deus me livre se for alguma coisa pra prejudicar aí depois vem pra cima de mim, então eu já procuro logo o profissional (C2).

Eu entrei tá com dois anos, a minha mãe era ACS, começou em 86, eu era pequena ainda. Mas, quando eu era maior, eu acompanhava ela, eu sempre ia com ela. Eu sempre vi como ela fazia, o trabalho dela ... Então, fui acompanhando e fui vendo como era o trabalho dela. A minha experiência só foi eu vendo como ela fazia (C 1)

Dentre as capacitações realizadas pelo setor saúde, citaram o curso introdutório para ACS, Caminhos do Cuidado e Terapia Comunitária. Segundo relatos, o curso introdutório ocorreu após resultado da seleção para função, dentre os assuntos abordados foram citadas as atribuições e ética. Parece que os facilitadores do curso foram os próprios profissionais de saúde da atenção básica. Alguns ACS relataram não ter realizado capacitação após esse período.

A gente fez o curso preparatório. Depois que a gente passou no processo da prova a gente fez trinta dias de curso preparatório que é esse que fala da abordagem das visitas,

da ética, da função do agente de saúde, mas técnico mesmo a gente não fez nenhum ainda (C 2)

A gente teve toda a preparação né de como chegar na família, na casa, na visita e como se portar, porque aquele curso ajudou a gente bastante. (C 2)

Nosso foi enfermeiro, médico, psicólogo todo dia, era como se fosse uma aula. Era uma aula, tinha um enfermeiro e abordava um tema e falava sobre puérpera aí lá ele falava quando é que a mulher tá puérpera, quais são os cuidados, quais são as orientações, aí o outro já é saúde da mulher e saúde do homem, aí todo dia era um profissional diferente (C 2).

A participação no curso de Terapia Comunitária contou com dois ACS e teve um significado importante aos participantes.

Agente de saúde do município só teve dois né que fizeram, foi eu e o menino Victor lá do Belém, da comunidade, e teve vários profissionais, assistentes sociais, enfermeiros, professores, então foi um curso maravilhoso né. Foi um ano de duração do ano passado encerrando esse ano em maio e realmente a gente aprende muito (C 2).

Nesse curso de terapia a gente vê como é que a gente vai tratar, às vezes tem até um lezinho que a gente fala né que quando a boca cala os órgãos falam e isso pra área a gente percebe muito isso e na nossa vida pessoal né. Teve situações em que eu estava com raiva né e tinha que falar alguma coisa em uma reunião e não falei e aquilo gerou uma dor de cabeça né (C 2).

E isso fica um olhar mais atento na área como é que a gente vê aquele paciente, o que aquele gesto quer falar e ele não quer dizer, aquela criança tá inquieta, então a gente vai insistindo, mas, por que você tá assim? E às vezes é alguma coisa dentro de casa né e com esse curso a gente fica um pouco mais atenta com isso né (C 2).

Houve relatos da realização de um momento importante de aprendizagem dos profissionais de saúde junto à comunidade, que surgiu a partir da dificuldade de usuários procurarem o posto de saúde devido as crenças e costumes. Parece que o objetivo foi aproximar o saber popular com o saber mais técnico.

A gente passa nas área e conversando com a população a gente via que tinha muitas pessoas que dizia ah não, o posto de saúde não que eu vou em tal rezador, em tal curandeiro e resolve e a gente passou pra Secretaria e a Secretaria resolveu convidar os rezadores e curandeiros pra este momento e junto a população também (C 2).

Nós temos médico aqui no município que é o doutor Emílio que ele trabalha muito com essa medicina artesanal, fitoterapia, aí foi e juntaram esses curadores, rezadores, o padre aí teve os médicos, assistentes, professores todos esses pra somar... tinha as parteiras. E digamos assim, tem aquele paciente na área que só acredita que vai ficar bom se passar lá no rezador e não procura a unidade de saúde e o que foi o intuito né desse encontro, o paciente vai lá no rezador e o rezador vai rezar, mas também diz assim, mas é importante que você vá até a unidade de saúde faça o exame pra saber (C 2).

Tiveram a oportunidade de participarem de um curso sobre agrotóxicos para ajudar orientar as famílias que lidam com o uso. No entanto, ainda sentem necessidade de cursos voltados para as novas demandas que surgem da população.

Fiz um curso que era pros agentes de saúde que foi lá no Sindicato Rural que era sobre agronomia né, como utilizar o veneno nas plantas né e o que fazer com aquelas embalagens. Porque tem muita gente que não sabe e guarda às vezes junto com alimentos, com os utensílios de casa né, então eles tavam falando pra gente, orientando pra gente orientar as famílias como utilizar as embalagem, utilizar não, como guardar as embalagem dos inseticidas, os venenos usado nas planta né e devolver aonde ele tinha comprado o veneno (C 2).

Tenho vontade , pretendo fazer uma faculdade serviço social que é assistente social pra mim conhecer mais sobre ser humano, como lhe dar com ele, porque sempre que saio de caso peço a Deus pra me iluminar pra demonstrar para eles, não o que passo, minhas dificuldades, mas passar melhor (C 1).

Uma das coisas que a gente tem que ser, psicóloga, a gente tem que ser várias coisas, é muito difícil a gente não se comover e chorar junto com ela. A gente tem que ser forte para dar força pra ela. Mas, às vezes a gente não tem conhecimento. Eu nem sei que curso a gente poderia fazer (C 1).

Houve relatos de participação em curso à distância como também de resistência em fazê-lo pela dificuldade de manuseio do computador, conforme narrativa:

“Por conta de ser pelo computador, eu não entrei, mas teve bastante agente de saúde que fez” (C 1).

Teve relato que trouxe desejo na realização de curso técnico de enfermagem onde busca contribuir com a comunidade, ampliando as ações que podem ser desenvolvidas no território, principalmente, nos casos de usuários que não podem sair do micro áreas por questões de violência.

Se for pra melhorar o nosso trabalho acredito que o curso técnico de enfermagem seria o ideal pro agente de saúde por mais que revessem as nossas atribuições, tirasse algumas porque você chega numa casa e a pessoa tem o medidor lá de pressão né e como eu, eu não tenho, não tenho conhecimento e não sei medir, aí eu acredito que seria ideal mesmo que chegasse a mudar as nossas atribuições. Se você tá ali não que eu ia prescrever olha, a sua pressão tá altíssima tome esse remédio, não. Eu acredito que ia somar pra que eu chegasse numa casa e pudesse fazer isso aí, e às vezes a gente já tem até essa demanda e o pessoal (C 2).

Como também na participação em curso de informática para melhor desenvolver suas atividades, principalmente, devido a inclusão de novas ferramentas no cotidiano de suas práticas.

Capacitação nessa área de informática. Porque um curso que a gente fez há cinco anos atrás não são as mesmas ferramentas que são usadas hoje, então acredito que deveria ter sim uma capacitação né no geral pra todos ACS, porque ainda tem ACS da nova e da antiga geração, então eles tiveram bem mais dificuldade pra trabalhar com esse aplicativo né (C 2).

Conhecer as ferramentas né, no próprio computador o que poderia ser utilizado e como, não seria só algo imposto tá aqui o aplicativo você vai ter que utilizar, mas não, dar as ferramentas pra que a gente pudesse né. Acho um curso introdutório mesmo de

informática pra poder a gente se lembrar de muita coisa que a gente não tá mais no uso, mas que precisa hora por outra, eu acredito que seria muito bom também (C 2).

5.4.2 Processo de reificação criados pelas práticas dos ACS em Cruz

Em conjunto com a participação, para Wenger (1998) a reificação é muito útil para descrever o envolvimento com o mundo como produtivo de significado, refere-se ao processo de dar forma à nossa experiência produzindo objetos que congelem essa experiência em "coisidade", produzindo abstrações, ferramentas, símbolos, histórias, termos e conceitos que reificam algo dessa prática de forma congelada.

Explicitou-se nesta categoria, alguns pontos de foco em torno dos quais a negociação do significado se organizou.

- **Diversidade de problemas e multiplicidade de atividades**

Os desafios para o trabalho dos ACS extrapolam as ações específicas da categoria profissional pela complexidade e diversidade dos problemas com os quais lidam.

É tanta coisa para nós agentes de saúde, pra nós ainda fazer um curso pra se deslocar até a cidade, né, até reunião as vezes, é demais (C 1).

Além de ser agente comunitário de saúde, eu sou cabo eleitoral, sou tudo no mundo, eu pego, boto o pessoa da minha área no carro trago pro posto, levo ... Ontem mesmo levei uma mulher com braço quebrado, não boto dificuldade, quer fazer a prevenção, quer fazer pré natal, última reunião, fui deixar um rapaztem hora que a gente vai se desgostando (C 1).

Realizaram também outras atividades decorrente da dinâmica do serviço. Em relação as consultas e exames especializados, houve relatos que os ACSs entregam o agendamento na casa do usuário, onde reforçam as informações sobre o local, data e horário. A demora na fila de espera e o agendamento sem um tempo hábil para avisar o usuário dificultam o trabalho desses profissionais.

(Usuário) faz a consulta com o médico e o médico vai e faz a solicitação da referência com o especialista, cardiologista, dermatologista e o que for né, aí ele vai e encaminha pra Secretaria de Saúde e a Secretaria de Saúde marca, aí quando tá marcado eles entrega pra cá pro posto de saúde informando qual o dia e a gente vem aqui pega a referência e entrega ao paciente, aí a gente vai (C 2).

Quando é marcado demora vários meses e quando a gente vai entregar a pessoa ah não quero mais não, diz assim já estou boa não preciso mais ir ao especialista (C 1)

tá entregando essas referências muito em cima do prazo, às vezes nós recebemos aqui à tarde que é pra especialista de manhã, então fica muito corrido, a gente vai avisar,

mas às vezes o paciente já coincide com outro dia de uma outra consulta, acontece também (C 2).

O fato de dominar muitas informações e de articular ações mediando as relações de serviços públicos com a comunidade, traz aos ACS uma sensação de controle e possivelmente poder:

Conhecemos a realidade de cada um da nossa família. tenho cento e seis famílias, se vc me perguntar a realidade de cada uma e só a dois anos eu trabalho (C 1).

- **Vínculo e olhar para às necessidades das famílias invisíveis ao serviço**

Duas tecnologias que utilizam foram a escuta e o diálogo. As práticas dos ACS são permeadas por ações, por exemplo, a escuta, a obtenção da informação e a conversa frequentemente vivenciada nos momentos da visita domiciliar.

Gente faz o papel até do psicólogo né porque o idoso ele adora conversar. Quando a gente chega na casa de um idoso nossa ele conversa com a gente, ele não quer mais deixar a gente sair, às vezes eu tô apressada né que eu tenho outras coisas pra fazer e eles não, eles fica puxando conversa, contando história da vida deles, aí é assim essa coisa né, e aí a gente sabe que a gente tá fazendo o bem pra aquele idoso né, isso é uma coisa que nos ajuda muito (C 2)

Tem uma que eu chego na casa dela... ela tá até fazendo acompanhamento no CAPS né. Ela fala que perde noite de sono, que o marido dela dorme separado dela e aquilo ali ela fica remoendo a noite inteira, ela disse que já deu vontade dela se matar. Aí eu converso com ela e digo não vale a pena você fazer isso, você tem os seus filhos, você tem a sua vida não vale a pena você fazer isso. Faça o seu tratamento direitinho, faça caminhada, saia pra passear né, saia pra conversar com as suas amigas (C 2).

A visita domiciliar propiciou a comunicação solidária entre o ACS e famílias, fortaleceu laços de vizinhanças e vínculos, que possibilitou adentrar na intimidade das famílias, percebendo suas necessidades e as da comunidade.

Quando a gente começou a trabalhar até foi um pouco complicado né só que no decorrer das visitas a gente vai tendo mais abertura, vai tendo confiança, e acho tão incrível que tem pacientes que tem mais paciente de conversar com o agente de saúde do que a própria família né (C 2).

Teve um caso em que uma paciente foi relatar e dizer assim Rosinha eu nunca, meu marido nunca me viu despida né. Por uma situação de um caroço que ela tava e ela disse isso pra mim – ele não sabe que eu tenho isso. E teve essa confiança de dizer pra mim agente de saúde que tava há um ano na área trabalhando com ela né (C 2).

Demonstram respeito as questões éticas quando na realização de suas práticas. Alguns relatam manter o sigilo das informações muito significativo para adquirir confiança das famílias.

É importante a gente trabalhar com a ética né nesse sentido, porque eles depositam total confiança em nós e se nós né sair de lá for contar a história dessa paciente pra

qualquer outra pessoa acaba constringindo e deixando com que outras pessoas relatem seu problema pra nós, pra trazer (C 2).

Se a gente não tivesse aquela ética de chegar na casa e tudo que ficar ali e conversar naquela casa fosse repassar pra comunidade como é que eu ia chegar na próxima visita pra conversar com essa família sabendo que, digamos, foi o agente de saúde que me contou o que aconteceu na vizinha, e como é que eles ia receber a gente? (C 2).

Morar na comunidade pareceu favorecer o ACS a desenvolver mais empatia com as situações que ocorreram no território e desenvolver suas atividades com mais zelo como se fossem integrantes da sua própria família.

A gente acaba se identificando, vivenciando aquele problema e de uma certa maneira saber que a gente tá sendo útil na vida daquela pessoa... é todo um zelo que a gente tem (C 2).

Acaba a nossa família vive isso né, a gente chega em casa tá mais alegre ou tá triste. O que foi? Não, porque aconteceu tal situação na área. A gente não consegue separar pelo fato que a gente vai lá conversa, tenta orientar e a gente fica às vezes triste com algumas situações que a gente queria que a família agisse de outra maneira, mas não pode (C 2).

O agente de saúde a gente tem a nossa área como uma família... uma gestante na nossa área a gente trata a gestante, as crianças como a minha gestante, quer dizer, como se fosse um membro da nossa família (C 2).

Emergiu uma potencialidade do vínculo com a comunidade, tornando-se atributo significativo para as relações vivenciadas. O vínculo é uma das premissas básicas para atuação na ESF e encontra no ACS um pilar para sua construção. Sua participação é essencial, visto estar em contato permanente com a comunidade, com suas famílias e com indivíduos que precisam muito de nós, dentro de suas expectativas, necessidades, culturas e valores.

O ACS reconhece situações de risco à saúde das pessoas. Procuram priorizar famílias mais vulneráveis que requerem mais cuidados. Tem um olhar ampliado para sentir as necessidades das famílias. Ao prestar uma assistência no ambiente do próprio usuário ao fazer visitas domiciliares, deparou-se com questões sociais, e foi neste momento que o ele ampliou a sua visão de saúde.

Tenho uma acamada que ela é cega, então sempre se preocupa como ela está sendo tratada, a gente vê o ambiente, se ele é limpo, se ele está sempre cheiroso, porque como é um deficiente visual, ela tem dificuldade locomover, de se mexer para algum lugar, a gente sempre pergunta se ele tomou sol de manhã, como é na hora do banheiro, como é na hora de tomar os remédios, porque a minha é hipertensa e diabética, ela já tem 88 anos, ai sempre tem a preocupação, né, como eles estão sendo tratados, se não estão sendo maltratado, explorado, judiado (C 1).

Uma usuária tá criando uma sobrinha, 18 anos, que tá grávida e não tem marido, a filha dela foi para São Paulo e deixou uma neta de dois anos de idade, vez três anos agora, tem uma filha adolescente que tá dando dor de cabeça, é junta com um homem que não dorme com ela, vive bêbado, vive brigando, não tem apoio de mãe, a mãe

dela é bem idosa, o irmão tá com cirrose, a barriga pra estourar, intrigado com a outra irmã, só tem ela naquela casa, então a gente ver que tudo que ela precisa (C 1) .

- **Elo entre a comunidade e a unidade**

A expressão “elo” entre a comunidade e a unidade de saúde ficou fortemente marcada, conforme relato:

Nós, ACS, somos uma ponte, um elo, onde o posto não pode ir, estamos dentro (C 1).

O que se passa dentro do domicilio fica ali, conversamos e se precisar de algum apoio da unidade de saúde a gente comunica e depois voltamos lá pra informar se é consulta, se é alguma coisa que necessita (C 2).

A gente ouve muito a população e a gente transmite ao posto de saúde, e fazemos essa ligação né do que se passa na família para a unidade de saúde e da unidade de saúde para a família (C 2).

As falas mencionadas colaboram com estudos que mostram o papel preponderante do ACS como elo entre comunidade e equipe de saúde, repassando-lhe suas condições de saúde, demandas e ofertas de cuidado com base nas necessidades dos usuários, além de facilitar o acesso daqueles que precisam de atendimento (SAKATA; MISHIMA, 2012; FILGUEIRAS; SILVA, 2011; SILVA *et al.*, 2012; LANZONI; CECHINEL; MEIRELLES, 2014).

6 ANALISE E DISCUSSÃO DOS 4 ESTUDOS DE CASOS

6.1 “Participação dos ACS na ESF”

A expansão da Equipe Saúde da Família (ESF) teve um impacto muito importante na saúde da população brasileira, facilitando melhor o acesso e a utilização de serviços de saúde para a população, em especial, para quem mais precisa, pessoas com menor renda, idosos e portadores de doenças (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Esta categoria foi composta pelas declarações concernentes à participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nesse processo. Wenger (1998) usa o termo participação para descrever a experiência social de viver no mundo, um procedimento complexo que combina fazer, falar, pensar, sentir e pertencer. Colocamos tudo o que envolve o ACS, incluindo os corpos, mentes, emoções e relações sociais. Envolvermos todos os tipos de relações, tanto conflituosas como harmoniosas, íntimas e políticas, competitivas e cooperativas nessa construção do cuidado a saúde da população.

6.2 Visita domiciliar: uma prática cotidiana

A participação dos ACS nos municípios de Fortaleza, Eusébio, Tauá e Cruz, nesta experiência social de viver no mundo da Atenção Primária em Saúde, ficou marcada pela vivência com/na comunidade e sua participação no cotidiano de suas práticas, principalmente, através da visita domiciliar. O trabalho realizado no território compreendeu várias atividades, dentre elas: o acompanhamento da situação de saúde, orientação para prevenção, coleta de informações em saúde, entrega de exames e consultas especializadas e identificações de novas demandas, apoiando as famílias para obtenção do acesso aos serviços de saúde no caso de doenças agudas ou no caso de agudização de agravos crônicos.

Nas visitas domiciliares, o foco principal de sua atuação foi o acompanhamento dos grupos prioritários, correspondentes as ações programáticas do Ministério da Saúde (MS): crianças menores de dois anos, gestantes, puérperas, hipertensos, diabéticos e acamados ou domiciliados. Aqui os ACS parecem seguir uma maneira padronizada na rotina desse acompanhamento, conforme quadro 6 abaixo:

QUADRO 6 – Práticas realizadas pelos ACS

Grupos prioritários	Fortaleza	Tauá	Eusébio	Cruz
Gestantes	Verificam se as gestantes estão realizando as consultas de pré-natal no tempo e frequência adequados, orientam sobre alimentação saudável, cuidados ao bebê, a importância da amamentação exclusiva e da realização de atividade física. Buscam sinais de risco (pernas inchadas, pressão arterial aumentada, diabetes gestacional, sangramentos, dor de cabeça), também examinam o que está escrito pelo médico no cartão de gestante, quanto orientam sobre os mesmos.	Verificam se estão realizando o pré-natal, exames, se as vacinas estão em dia, se estão fazendo uso do ácido fólico e sulfato ferroso e orientam quanto a entrega de exames, consultas na unidade de saúde, bem como sobre alimentação saudável, cuidado ao bebê e a importância da amamentação exclusiva.	Verificam se estão realizando o pré-natal. Examinam o cartão de vacina ou se há alguma necessidade em tratar com a equipe. Orientam sobre a gestação. Busca ativa das gestantes para pré-natal, incentivando-as e mostrando a importância do acompanhamento para ter uma boa gestação. O acompanhamento mensal pode variar de acordo com a avaliação da equipe.	Relatam acompanhar as gestantes e abordarem dentre os assuntos, o aleitamento materno e importância do carinho com o bebê desde a gestação.
Puérperas	São orientadas sobre os cuidados com o filho (banho de sol, higiene) e a amamentação (uso exclusivo e pega correta). Informam onde é ofertada a vacina BCG e a realização do teste do pezinho. Quanto aos cuidados da puérpera, orientam sobre a importância de uma alimentação saudável, procuram saber sobre a recuperação pós-parto e sobre interesse no planejamento familiar.	São orientadas sobre os cuidados com o filho e a amamentação. Verificam se está sendo realizado o aleitamento materno exclusivo. Orientam os familiares sobre o cuidado amoroso a parturiente nesse momento inicial e o risco da depressão pós-parto.	Visita realizada inicialmente com a enfermeira da equipe. Há relatos da realização do teste do pezinho do bebê no domicílio. Orientações sobre amamentação e alimentação da puérpera. O ACS passa a acompanhar e conferem se a mãe está amamentando leite materno exclusivo. Acompanham o peso da criança. Orientam os pais quanto as consultas de puericulturas e sobre higiene pessoal.	Poucos relatos sobre como é feito a visita. No entanto, há enfoque ao aleitamento materno.
Crianças menores de dois anos	Verificam se as vacinas estão em dia e, através do cartão da criança, acompanha o peso e o seu desenvolvimento. Caso apareça alguma demanda, encaminham ao posto. A pesagem da criança não é realizada em domicílio, por não ser disponibilizada a balança infantil	Realizam a pesagem, preenchem a informação no cartão da criança, verificam se as vacinas estão em dia, caso não, encaminham ao posto.	Verificam o cartão de vacina e orientam quanto às próximas datas das vacinas e aos cuidados de higiene das crianças. Quando o cartão está desatualizado, comunicam aos pais procurar o posto para vacinação. Orientam os responsáveis quanto o acompanhamento da criança no posto pela equipe.	Verificam o cartão de vacina e orientam às mães quanto aos cuidados com as crianças. Utilizam o cartão espelho para o acompanhamento. Verificam o peso dos menores.

Diabéticos e hipertensos	Orientam em relação às consultas nas UAPS e sobre os cuidados necessários quanto a medicação, alimentação e prática de atividade física. Há relatos de controle da situação de cada paciente em um caderno de anotação e observado alguma alteração, informam à equipe.	Orientam em relação as consultas, o uso correto da medicação, sendo esta uma grande preocupação devido à dificuldade de alguns que são analfabetos, e as embalagem dos medicamentos serem muito parecidas, sendo necessário o retorno sistemático para acompanhamento.	Acompanham mês a mês. Orientam quanto a condição crônica que se encontram, ao uso adequado das medicações e se está sendo acompanhado pela equipe. Orientam sobre a importância de comparecer as consultas marcadas. No caso de falta, visitam a casa para saber o motivo. Observam sobre hábitos alimentares como uso de tabaco ou bebida alcoólica.	Orientam quanto a condição crônica que se encontram, ao uso adequado das medicações e se está sendo acompanhado pela equipe. Faz busca ativa dos faltosos as consultas. Há relato de caso de o ACS levar usuário ao posto para consulta.
Acamados/ domiciliados	Os ACS são responsáveis pelo agendamento da visita da equipe.	Orientam em relação as consultas, o uso correto da medicação, sendo esta uma grande preocupação devido à dificuldade de alguns que são analfabetos, e as embalagem dos medicamentos serem muito parecidas, sendo necessário o retorno sistemático para acompanhamento.	Os ACS são responsáveis pelo agendamento da visita da equipe com o médico ou demais integrantes da equipe de saúde da família que ocorre regularmente. Há um cronograma para cada ACS da equipe. Avisam os usuários sobre o dia da visita da equipe.	Os ACS são responsáveis pelo agendamento da visita da equipe com o médico ou demais integrantes da equipe de saúde da família que ocorre regularmente. Há um cronograma para cada ACS da equipe. Avisam os usuários sobre o dia da visita da equipe. Observam as necessidades de saúde e informam a equipe.
Idosos		Utilizam o cartão do idoso para acompanhamento, onde verificam a pressão arterial mensalmente, se os idosos dispõem dos medicamentos e se as consultas estão em dia. Verificam também se estão fazendo o uso correto da medicação.	Orientam e acompanham o uso adequado de medicamento.	

Fonte: Elaboração Própria, 2019.

O cuidado a atenção materno infantil foi uma atividade fortemente desenvolvida pelos ACS. Esse achado corrobora com os estudos de Nunes *et al.* (2018), que indicam a realização periódicas de visitas domiciliares, dirigidas ao monitoramento de grupos prioritários, a exemplo de gestantes de risco e crianças menores de um ano, com intervalo até de 15 dias (NUNES *et al.*, 2018).

No município de Tauá, durante a visita à criança, os ACS utilizaram como instrumento de trabalho a balança infantil. Nos demais municípios não houve relato sobre esse equipamento portátil. No entanto, as cadernetas da criança, da gestante e do idoso, e as fichas de cadastros E-SUS auxiliam no acompanhamento na realização de suas atividades.

As crianças a gente pesa todos os meses até vinte e quatro meses...anota no cartão, no gráfico do acompanhamento a gente que faz. Acompanha as vacinações também pra ver se tá em dias e se não tiver a gente encaminha pra unidade (T).

O nosso acompanhamento da puericultura a gente sempre tá vendo o cartão de vacina, desde a hora que o nenê tá na barriga a gente já começa a orientar a mãezinha da primeira vacina até as próximas. A gente faz o trabalho de quê? Hoje a criança nasceu, a gente já confere se já tomou a primeira vacina, se ta mamando, tudo bem confere, anota. A gente dá orientação a próxima vacina que vai ser dada (E).

Em Cruz, alguns ACS relataram dificuldade em acompanhar as crianças menores de dois anos em áreas mais distantes do posto, onde as casas ficam também distantes uma da outra. Relatos indicam que em algumas áreas ocorre pouca adesão de mães na vacinação dos seus filhos, mesmo realizando a ação mais próxima das residências. Em Fortaleza, a dificuldade parece relacionada a alta vulnerabilidade social das comunidades, que requerem grandes esforços do ACS para cumprir a acompanhamento das crianças que tem suas mães usuárias de drogas.

As mães não liga muito para vacinação, eu acho assim, que pelo, a distância, né, distante do posto, mas a gente marca o dia da vacinação para eles, eles acabam não vindo, tem mulher que a criança dela nasceu, tá com seis meses que a criança tava no mundo não tinha tomado nada, só tinha tomado a vacina BCG e a gente vai lá, tem outra mulher lá que não pego, as crianças ficam só, a mãe tem saído, a minha área é muito difícil, muito difícil (C).

Peguei uma menina com dois anos e ela tinha tomada as vacinas só de dois meses, então todos os dias eu tava na casa dela, todos os dias eu tava passando lá e a mãe dela usuária de drogas, então o horário que ela tava em casa ela tava dormindo e muitas vezes eu acordava aí aquela insistência toda, toda que eu tive com ela graças a Deus ela conseguiu colocar o cartão de vacinas em dias (F).

Muitas (crianças) não tem as vacinas em dias por conta disso, então a gente olha até assim com um olhar mais de misericórdia e dá um jeitinho ali e vamos nesses casos pra ajudar até a mãe, porque muitas vezes a mãe nem aí com a vida, mas por conta do

esposo né ela é um alvo do que quer pegar o esposo, então elas se guardam e guardam as crianças também (F).

Durante as visitas, os ACS orientam sobre os exames preventivos, planejamento familiar, estimulam a utilização da Unidade de Saúde da Família, informam sobre o funcionamento do atendimento odontológico e de atividades de grupos, conforme narrativa:

Nas visitas domiciliares né, nas conversas com a família a gente tá sempre falando né dos exames preventivos, tá falando dos planejamentos familiares, a questão de também do homem né ir ao médico pra fazer seus exames, questão de dentistas e sempre surge alguma conversa, alguma demanda né com relação aos profissionais da unidade e também sem falar nas demandas do CAPS também e em relação ao tabagismo (T).

As visitas domiciliares junto aos demais integrantes da equipe ESF na sua maioria ocorrem em casa de puérperas, acamados ou domiciliados. Neste momento, segundo relato dos ACS de Cruz, quando observam algum sinal que necessite da intervenção da equipe:

Às vezes a gente percebe um sinal do paciente, aí a gente vê que aquele sinal não tá aumentando, tá piorando, tá criando um ferimento e alguma coisa aí a gente fala pra enfermeira (C).

Os ACS de Fortaleza, Tauá e Cruz mencionaram realizar a entrega a domicílio do agendamento das consultas e exames especializados dos pacientes. Em alguns casos, não há tempo hábil para informar sobre o agendamento, coincidindo com outros compromissos dos usuários. Estes achados evidenciam as falhas do sistema de regulação.

Se for o caso de urgência, por exemplo, marcou um exame pra amanhã de manhã ou pra hoje à tarde, manda chamar com urgência e deixar rapidinho na casa da família pra que a família não perca aquela consulta, aquele exame (T).

Tá entregando essas referências muito em cima do prazo, às vezes nós recebemos aqui à tarde que é pra especialista de manhã, então fica muito corrido, a gente vai avisar, mas às vezes o paciente já coincide com outro dia de uma outra consulta, acontece também (C).

Os ACSs de Fortaleza e Tauá relatam ainda, dentre as suas múltiplas atividades durante a visita domiciliar, realizarem o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF).

Bolsa família ele é marcado a cada quinze dias. São dois no mês e é realizado com o enfermeiro e os agentes de saúde. Aí a população vem até a unidade com os documentos pra passar por aqueles critérios de acompanhamento do bolsa família né, que é vacinação, pré-natal em dia, crianças em escola e mulheres em idade fértil (F).

Nós acompanhamos as crianças menores de dois anos, nós acompanhamos as gestantes, as puérperas, as pessoas com hipertensão e diabetes, nós convidamos pra orientar o sistema de bolsa família, nós ajudamos também no peso e nas medidas (T).

Em um estudo sobre a visita domiciliar realizada pelo ACS no Brasil, chamou a atenção a pequena proporção do acompanhamento das famílias vinculadas ao PBF (NUNES *et al.*, 2018). Estudos apontam que uma abordagem multisetorial, que combine um sólido programa de transferência de renda com uma atenção primária eficaz, capaz de atender as necessidades de saúde da população e as condicionalidades impostas pelo programa, pode fortemente reduzir a mortalidade na infância sobre tudo por causas relacionadas à pobreza num país com grandes desigualdades como o Brasil (RASELLA, 2013).

Acompanhamento das condicionalidades do PBF (BRASIL, 2011) e informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados (BRASIL, 2017) foram duas atribuições normativas incorporadas nessa trajetória profissional dos ACS.

Outra prática dos ACS realizada durante a visita domiciliar foi a coleta das informações de saúde no território através do cadastramento individual e domiciliar, preenchimento do consolidado das crianças menores de dois anos ou outros dados por ciclo de vida ou agravo. Em Tauá, mencionaram realizar notificação dos casos de diarreias, nascidos vivos ou óbitos, conforme relato:

Nós notificamos as diarreias semanais e a notificações de nascido vivo e as de óbito também (T).

Para registro dessas informações, utilizam as fichas do sistema nacional e-SUS. Em Fortaleza, os ACS alimentam o prontuário eletrônico Fastmedic que exportam os dados para o sistema nacional de informação e para inserir no sistema utilizam um dia na semana na programação da agenda para alimentar sua produção mensal.

Agora no momento surgiu o Fastmedic, a ficha do e-SUS, então algum material que a gente usava antes muitas pessoas já deixaram de usar, mas aqui eu acho que a grande maioria dos agentes de saúde usa que é aquelas fichas A ou ficha B que tem do hipertenso, do diabético, da gestante e onde a gente tem até o cartão de vacina atual que nós temos (F).

Já os municípios de Cruz, Tauá e Eusébio trazem falas de uso de tecnologia móvel e um aplicativo para registro das coletas de dados, facilitando o trabalho desses profissionais. No entanto, alguns ACS desses municípios apresentaram resistência a mudança a essa nova tecnologia, registrando as informações ainda em papeis e cadernos por se identificarem mais com a forma manual e tradicional de registro. Alguns ACS consideram que esse instrumento

agiliza o processo de informação dos dados. No caso de Cruz, alguns ACS utilizam o aparelho smartphone de uso pessoal, por não ter sido disponibilizado pela gestão local nenhum equipamento para esse fim, dificultando o acesso dessa ferramenta a todos profissionais.

No caso ela se adapta muito bem com o tablet, já eu fiquei arrancando os cabelos porque eu gosto dos papeis, de colorir, de pintar os dias e essas coisas que remete a cada uma de nós (T).

Gente tem que trabalhar no nosso celular, dependendo da situação, a gente as vezes nem leva com medo, a gente leva porque é bom, quase todas as casas aqui tem wifi tudo que acontece nos posto a gente sabe na hora porque ta com wifi , eles prometeram dar um tablet, porque tablet porque sempre vai ter a memória, meu celular a memória não é boa, no aplicativo do e-sus, eu não posso me atualizar , celular é uma coisa particular da gente, essa questão deveriam olhar uma pouquinho mais pra gente (C).

(Com o tablet) eu acredito que vai ser bem melhor até pra gente repassar os dados e as famílias não ficarem tão cansativa de ficar dando informações demais, porque tem horas que elas não querem ficar todo tempo dando né (E).

O pouco uso de tecnologia móvel para registro, comunicação com a equipe e informatização dos dados, que conferiria otimização do processo de acompanhamento, também compõe o quadro de dificuldades no processo de trabalho em outros estudos (BRAUN *et al.*, 2013; LEITE; PAULON, 2013).

6.3 Visitas Domiciliares: necessidades de saúde normativas versus necessidades da comunidade invisíveis aos serviços

Os ACS desses municípios têm como projeto comum responder as necessidades de saúde demandadas pela comunidade onde atuam. Tem como foco de suas atividades a atenção aos grupos prioritários. No entanto, observou-se que a realidade do cotidiano dos ACS coloca-os diante de demandas das mais diversas. A prática do ACS caracterizou-se por situações de singularidade, complexidade, incerteza e conflitos de valores, por vezes, deparando-se com questões não acolhidas institucionalmente e quase sempre invisíveis aos serviços de saúde.

A nossa atividade diária é fazer visita domiciliares de casa em casa. Nós fazemos dez visitas por dia e nós vamos nas casas das gestantes, dos idosos, crianças até cinco anos de idade né nós fazemos trabalho de peso, verificação de vacinas e informações e orientações, também vamos na casa dos hipertensos e diabéticos e pessoas com todos os tipos de doenças (F).

Função da gente é tudo na verdade, escutar de tudo, entendeu? Então, não é só acompanhar um hipertenso ou um diabético ou uma gestante, a nossa função é tudo, ouvir de tudo, entendeu? Tudo (E).

Tem uma (usuária) que eu chego na casa dela... ela tá até fazendo acompanhamento no CAPS né. Ela fala que perde noite de sono, que o marido dela dorme separado dela e aquilo ali ela fica remoendo a noite inteira, ela disse que já deu vontade dela se matar. Aí eu converso com ela e digo não vale a pena você fazer isso, você tem os seus filhos, você tem a sua vida não vale a pena você fazer isso. Faça o seu tratamento direitinho, faça caminhada, saia pra passear né, saia pra conversar com as suas amigas (C).

A negociação do projeto comum não está apenas em um objetivo declarado como encontrado nas atribuições especificadas na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), permeia a necessidade de responder as intrincadas demandas de necessidades de saúde da população inseridas no contexto de vulnerabilidade social, política e econômica, conforme narrativa abaixo:

Uma usuária tá criando uma sobrinha, 18 anos, que tá grávida e não tem marido, a filha dela foi para São Paulo e deixou uma neta de dois anos de idade, vez três anos agora, tem uma filha adolescente que tá dando dor de cabeça, é junta com um homem que não dorme com ela, vive bêbado, vive brigando, não tem apoio de mãe, a mãe dela é bem idosa, o irmão tá com cirrose, a barriga pra estourar, intrigado com a outra irmã, só tem ela naquela casa, então a gente ver que tudo que ela precisa (C).

A maneira de elaborar a programação mensal das visitas domiciliares, por exemplo, pareceu ser bem pessoal, cada profissional tem a seu jeito de realizá-la. Houve relatos dos ACS de Tauá utilizarem a data do dia do aniversário da criança para programar o agendamento das visitas para acompanhamento de menores de 2 anos ou visitar os hipertensos no horário matinal. No entanto, a sistemática de organizar as visitas mensais por ruas parece ainda ser a mais utilizada pelos ACS dos municípios.

Planejar (as visitas) com relação as minhas crianças eu trabalho muito pela data (aniversário) né que eles completam mês (T).

Eu saio pra visitar rua a rua ou no caso o quarteirão, se encontrar fecha o quarteirão e se não encontrar pula. Hoje eu vou trabalhar nessa rua, vou fazer essa rua, amanhã eu vou pra àquela e vem de lá pra cá, entendeu como é? (E).

Entretanto, um fator importante nessa organização foi o olhar para as vulnerabilidades das famílias, tanto aquelas que se inserem no perfil das ações programáticas como não. Como já dito, deparam-se com outras necessidades de saúde, dificultando o cumprimento do planejamento do dia. Relatam muitas vezes que durante as visitas de rotina surgem outras demandas que mudam a programação e o foco da atenção. Alguns ACS têm dificuldade de descrever uma rotina pela imprevisibilidade das demandas que surgem no seu cotidiano.

A gente realmente identifica até o grau de risco né a situação, a vulnerabilidade da família e a gente acaba tomando esse ponto como um fator necessário pra visitar (T).

Eu também faço por rua porque eu já vou logo vendo a demanda...Aí quando eu vou passando aí tem aquela prioridade, aí eu mudo um pouquinho a rota, mas eu só gosto de fazer mesmo por rua e já vou lá criança, hipertenso, diabético aí vou fazendo o percurso (F).

A nossa rotina não tem como descrever, tem dias que você pode fazer vinte visitas, mas tem dia que só dá pra fazer três. E assim não posso dizer nós temos uma rotina, não temos por que não tem como, eu não sei o que vai acontecer amanhã na minha área (E).

Os ACS relatam que, muitas vezes, levam mais tempo para atuar na visita domiciliar, não cumprindo a meta por visita/dia estabelecida pela gestão. Alguns ACS relatam não render com a cobrança dos seus superiores.

Oh não adianta eu me programar em casa pra fazer oito, dez visitas se quando eu chegar na casa de um idoso que nem eu já cheguei em casa de idoso e cheguei lá a mulher se queimando de febre, não tinha um filho perto e o marido cego, eu fiz só essa visita nessa tarde, a única visita que eu fiz foi a dela, mas eu me sinto gratificada porque eu fiz uma visita de qualidade, eu ajudei a ela (T).

Tem que ter a produção (visitas), o interesse é a produção né no papel anotado lá. Aí quer dizer as atividades que a gente faz, as programações e a gente até tem boa vontade de querer fazer coisas com a população, mas é muito cobrado produção, então se não tiver produção aquilo que a gente fez não valeu (F).

Essa cobrança que a gente recebe de certa forma ela faz com que a gente até nem renda porque a gente trabalha muito com a questão assim de pressão, eu me sinto trabalhando dessa maneira pelo número de famílias né que tem por que é muito cobrado essa questão de quantas visitas a gente faz no mês né (T).

Os ACS do município de Fortaleza mencionam a dificuldade em realizarem um planejamento prévio das ações e que priorizam as demandas que surgem do comando da gestão. Este fato também foi sentido no município de Tauá. Neste município, ao aderir ao projeto Viver bem no sertão, os ACS tiveram que acrescentar à sua rotina o preenchimento do questionário *Finnish Diabetes Risk Scoreum* (Frindisk) durante as visitas domiciliares à maiores de 20 anos, a fim de avaliar o risco para diabetes, sem dialogo anterior com esses profissionais. A participação dos ACS nessa prática aguçou sentimentos conflituosos, como: sensação de não dar conta dos afazeres e a fragilidade no apoio da gestão ao trabalho desenvolvido por eles.

Porque é de lá (gestão) que vem né. As prioridades. É de lá que vem e eles recebem e repassam pra nós e a gente tem que botar em prática. Com a prioridade (F).

Agora também com essa questão desse frindisk a gente vai na casa aí você nunca encontra todo mundo e você faz de uma, duas pessoas aí depois você tem que voltar pra fazer aquela pendência e no caso a gente anda com a balança de pesar os bebês que é a balancinha né e a digital, aí você vai troca de balança, vem e não sei o que, é assim bem complicado pra poder dar conta (T).

nós somos muito pressionados a trabalhar. Olha, quando veio o findrisk pra nós fazermos ninguém perguntou se nós podíamos ou se nós tínhamos tempo. Eles mandaram o findrisk e disseram assim vocês têm até quatro de dezembro pra entregar toda a população maior de vinte pesada e medida (T).

Já no município de Eusébio, o preenchimento do cadastro único do SUS, que não constitui como uma das atribuições inseridas na PNAB foi realizado durante as visitas domiciliares no mesmo momento do preenchimento das fichas do e-SUS. Esta coincidência causou sentimento de retrabalho e sensação de tempo perdido, já que deixaram de estarem envolvidos em ações preventivas ou com outros cuidados.

Nós estávamos fazendo o cadastro do Esus eu tava com meus cadastros cem por cento pronto e quando chegou agora eu vou ter que jogar tudo no lixo porque chegou um novo cadastro (CADSUS), o cadastro que tava cem por cento pronto não serve pra nada mais, então dificulta o meu trabalho porquê? (E).

Esses achados evidenciam pouco diálogo da gestão com os ACS no planejamento das suas ações, causando sentimentos desgastantes na realização de suas práticas.

6.4 Outros papéis que marcam suas práticas

Um papel que marca a prática desses ACS é o de articuladores dos serviços ofertados por diversas políticas públicas no território, envolvendo outros pontos de atenção bem como pontos de apoio comunitários.

Esta premissa pode ser percebida em Eusébio quando na assistência de alguns acamados também acompanhados pela equipe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Houve relatos da participação dos ACS como articuladores no cuidado a saúde desses pacientes, informando as equipes da ESF e SAD sobre a situação de saúde, buscando garantir a integralidade da atenção.

É repassando né o dia a dia deles lá do paciente pro posto. Vamos supor, por exemplo, a dona Ana ela se sentiu mal. Eu fui na casa dela hoje e ela tá se sentindo mal, pressão baixa e tudo e que já aconteceu uma vez de tá passando mal e a gente vim falar com ela, com a Daiane (ESF) e a gente ir lá fazer a visita com eles (SAD) (E).

Um setor forte dessa ação foi o envolvimento desses profissionais junto a equipe ESF com a realização de ações de prevenção em saúde junto aos escolares.

Quando tem e principalmente a dengue e nesse período a gente vai junto pra área, junto com outros profissionais, professores, alunos né com papéis né de divulgação, de prevenção, de panfletos. Na semana do bebê da mesma maneira a gente teve (C).

Se o professor, coordenador desconfia, percebendo que está com algum problema ela me chama, tenta, pede pra mim dar uma , uma questão bem especial pra mim dar olhada nessa família e aí dependendo se eu perceber algo a mais diferente eu comunico pra enfermeira e ela repassa as vezes pra diretora pra poder a psicóloga da escola tratar essa criança (E).

Os ACS procuram envolver a comunidade nas ações e informam sobre atividades na unidade de saúde, fortalecendo a parceria destes atores do território. Em Cruz, por exemplo, houve falas que destacam a participação em projetos da igreja. No município do Eusébio, houve relatos de mobilização das famílias para participação em programas como o Programa Famílias Fortes. Para os ACS do município de Fortaleza, quando há uma solicitação de apoio do posto vinda de algum equipamento da comunidade, e não conseguem dar retorno a essas demandas devido problemas no funcionamento da unidade de saúde, sentem-se envergonhados.

A Pastoral da Sobriedade ela vai trabalhar com os dependentes químicos né tanto do álcool como da droga e não só com os pacientes, mas com a família dos envolvidos né. Então, há essa parceria eles vão e vai paciente que desiste ou não foi, aí eles procuram o agente de saúde. Você sabe me dizer se aquele paciente ainda tá na área? Como é que tá? (C).

Nós informamos a comunidade do que está acontecendo no município principalmente na área da ação social. Muitas vezes a gente dá informações atrasada ou informações que não conduz, mas por culpa da gente, a gente só pode informar aquilo que nos informa (E).

Uma coisa gente que eu fiquei com vergonha que aconteceu, por exemplo, nessas redes que eles sempre dão retorno pra gente, mas aconteceu na minha igreja mesmo. Eu pedi um apoio aqui pra ir uma pessoa pra verificar a pressão porque ia ter lá um dia do idoso e sabe o que aconteceu? Os aparelhos tão tudo quebrado e só tinha um funcionário (F).

Outro papel relatado pelos ACS, porém com menos ênfase, é o de educador. Neste caso eles mencionam a participação em grupos (hipertensos, diabéticos, gestantes e tabagismo) e ações educativas nas residências, unidade de saúde, escolas ou outro espaço social. Nesta atividade sua atuação mais forte é como mobilizador da participação comunitária, e, menos frequentemente, orientando hábitos saudáveis e falando da sua vivência. Alguns fatores parecem desmotivar a realização dos grupos, como a pouca valorização da gestão para esta atividade, ou mesmo, o pouco interesse da população em participar desses encontros.

A gente também tá sempre participando, tá contribuindo e através da nossa vivência diária a gente também participa dos grupos com alguma orientação, com alguma fala da vivência da gente (T).

Então, isso desmotiva a gente em fazer grupos. A gente vai fazer uma toda semana, ou seja, hipertenso e diabético, gestante, criança, adolescente era o quê? Uma vez na semana durante as quatro semanas né no mês ia ter, mas aí cadê a produção desses

quatro dias do mês? A gente é muito cobrada pela produtividade, pela quantidade e não pela qualidade (F).

Facilitamos no sentido de convidar a comunidade, de incentivar eles virem até a unidade né. Porque como foi dito ontem pra você a comunidade é um pouco resistente e cabe a nós convencê-los (E)

Os profissionais de Fortaleza e Eusébio apontam que as atividades coletivas, como os grupos de educação em saúde, são cada vez menos organizadas ou mantidas na ESF. Em contrapartida, falas remetem a participação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como fator importante de motivação para participação dos ACS nos grupos.

Porque agora tá muito difícil, as cobranças, os projetos e a gente tá um pouco corrido pra fazer esse tipo de trabalho né, mas que se a gente começar nos deixem dar continuidade. Porque como é que você vai ganhar aquele paciente, a credibilidade com ele se você começa e alguém ah não, tem isso não (E).

Quando tinha o NASF aí a gente tinha esses grupos, da caminhada, tinha o hipertenso e diabético, mas aí quando o NASF acabou, acabou (F).

Alguns ACS participam de rodas de terapia comunitária também como facilitadores. Consideram um momento de escuta e desabafo e indicam como um espaço de cuidado para o trabalhador e potente para atender às demandas da comunidade.

Seis meses sei lá, um ano que a gente ACS tivemos uma terapia comunitária um grupo bem grande de agente de saúde dizendo mesmo, falando das experiências... a gente absorve, infelizmente a gente absorve muito, eu não diria que não absorve como trabalhar em um conselho tutelar porque ali é demais e até hoje eu tenho sequela (C).

Nós tinha um grupo aqui que não foi muito pra frente não, que era psicóloga, um curso terapêutico só que até nós fizemos esse curso, mas ele não foi muito pra frente não, que a gente fazia rodas de conversa pra escutar a comunidade e cada qual desabafava, era muito legal. Então, essa roda aí era nós que realizamos, entendeu, nós que fazia...era muito bom, mas não foi muito pra frente não, até a gente se sentia bem em fazer (E).

A atuação com redes de relacionamentos significativos, como a família, amizade, trabalho, estudo e comunidade, além de agências sociais e institucionais contribuem para a articulação e o fortalecimento de relações entre pessoas de um território e sistema de cuidado (SILVA; DALMASO, 2002; GUANAES-LORENZI; PINHEIRO, 2016).

Os assuntos abordados parecem estar relacionados a orientação a grupos prioritários, as campanhas nacionais de prevenção de câncer como Outubro Rosa ou Novembro Azul, bem como temas relacionado a Saúde Ambiental.

Destaca-se o empenho nas ações de vigilância ambiental voltados as arboviroses nos domicílios e comunidade. As atividades nestes municípios do estudo parecem estar

associadas a uma época do ano, provavelmente associada ao período em que ocorre o aumento dos casos das arboviroses. Suas ações têm como objetivo a informação sobre a eliminação de possíveis focos do mosquito. Há relatos que participam de mutirões de limpeza e suas ações são voltadas para atividades de educação em saúde, principalmente, no cuidado ao acondicionamento e destinação do lixo.

A nossa parte é informação né. Informar a comunidade como elas podem evitar acumular água, sempre limpando, é um trabalho de formiguinha porque você sabe que a cultura das pessoas eles acham que colocar lixo na frente de casa não vai lhe atingir, pelo contrário, atinge (E).

E na visita a gente olha no todo e ainda faz a vistoria na casa né, que no caso no combate à dengue a gente olha no todo. Olha quintal, olha pra ver se tem algum ...nos tambores né, como é que tá sendo cuidado os tambores e agora a gente olha no todo e não só a família, mas também a casa e como é que está sendo o armazenamento de água também a gente passa pra eles os cuidados (F).

A gente também faz os mutirões né. Em determinada época do ano a gente faz os mutirões pra poder e sempre tá passando nas famílias pra poder eles tirarem os lixos e ter mais cuidado com a água, com os lixos e com os quintais (T).

Realizam atividades em parceria com os Agentes de Combate às Endemias (ACE) no combate ao mosquito *Aedes aegypti* e vacinação antirrábica. Houve também relatos sobre a participação dos ACS nas ações desenvolvidas em áreas descobertas por esses profissionais. No caso do Eusébio, por exemplo, essa parceria é importante porque o município apresenta bastante condomínios de casas com piscina, muitas encontram-se fechadas, dificultando o trabalho de controle do mosquito, quando detectado possível foco.

É uma ação em conjunto entre agente de saúde, agente de endemias e sempre a gente trabalha muito junto, e quando eles encontram foco eles avisam, se eu tenho paciente com dengue ou com Zika ou alguma coisa eu aviso pra eles, pra eles darem uma visita pra ver como é que tá (E).

Essas casas novas têm muita piscina e são casas fechadas e abandonada. A comunidade liga pra gente Silvia tem uma casa aqui no condomínio fechado com piscina e não tem, aí eu dou o número do telefone da ouvidoria e a gente tenta fazer esse elo de se comunicar com alguém pra poder limpar essa piscina pra ver como é que tá pros meninos (endemias) visitar (E).

Em Fortaleza, os ACS relataram que realizaram visita casa a casa neste período, orientando sobre os riscos e o manejo da eliminação do foco do mosquito *Aedes aegypti*. Mas, tanto em Cruz como no Eusébio, os ACS mencionaram que consideram o trabalho do controle das arboviroses relacionado ao manejo dos focos como de atribuição dos agentes de endemias, que recebem treinamento apropriado. Os ACS consideram que já realizam uma grande diversidade de atividades no seu cotidiano.

Entramos na casa das pessoas visitamos os quintais, banheiro e fizemos o trabalho rasteiro. O que é o trabalho rasteiro? É aquele copinho que tá ali com água a gente derramar, aquele balde com água a gente derramar e foi tanto que foram encontrados muitos focos, muitos focos foram encontrados (F).

Pra começo de conversa eu pergunto sempre aos meninos da Sucam, porque a gente nem conhece o mosquito na verdade a larva do mosquito né e eles conhece, porque tem os cabeça de prego e tem não sei o que e eles conhece que eu acho que eles receberam essa preparação, mas nós mesmo a gente sabe porque a gente lê e ver na televisão, mas nós não temos essa, entendeu? E outra, isso daí a gente faz porque a gente tá na casa, mas eu acho que não é orientação da gente não porque nós já temos coisa demais pra fazer (E).

Não que a gente não faça (manejo dos focos) né, mas eles (Agentes de endemias) têm treinamento e são mais técnicos e sabe mais desenvolver essa área (C).

As narrativas apontam que o engajamento desses profissionais junto aos ACE está fortemente relacionada ao papel educativo da ação às famílias a fim que compreendam o risco desses agravos. Mesmo realizando manejo dos focos em algumas ocasiões, os ACS entendem como uma ação de identidade dos agentes de endemias.

Estes achados podem ajudar a compreender a pequena proporção da verificação das condições ambientais nos domicílios por esses profissionais durante a visita domiciliar no Brasil (NUNES *et al.*, 2018).

6.5 Cotidiano com os demais integrantes da equipe ESF

O interesse comum de responder as necessidades de saúde das famílias desenvolve o engajamento mútuo dos profissionais ACS e deles com os demais membros da equipe ESF e mesmo que silenciosamente, nesta interação ocorre a negociação de significados.

As reuniões de equipe da ESF constituem-se em uma oportunidade para gerar novas negociações e novos significados. Esse é um espaço institucionalizado no processo de trabalho que possibilita refletir sobre as práticas cotidianas. Favorecem o engajamento e, por conseguinte, a melhoria da sua prática e a respostas às necessidades de saúde da população. Um processo intencional atrelado ao fazer e que demanda uma ação consequente possivelmente mais efetiva.

Nos municípios de Tauá, Eusébio e Cruz, esses encontros ocorrem sistematicamente, e são oportunidades de os ACS levarem os principais problemas da área na tentativa de resolver com a equipe, que traçam metas, planos e ações conjuntas. A inclusão do ACS no planejamento das atividades, pode ser espaço adequado para mobilização, de modo a

permitir a aproximação dos profissionais, com trocas de informações e crescimento, e facilitar as relações com a comunidade.

Gente participa das reuniões dentro da unidade, onde a gente traz os nossos problemas, os principais problemas da área e aqui junto com a equipe a gente desenvolve as ações né e as medidas pra que a gente consiga resolver ou pelo menos amenizar o problema (T).

Nós temos a nossa reunião que é pra agendarmos os pacientes acamado, pra gente fazer a nossa avaliação mensal pra enfermeira saber como é que tá, saber se a gente tá visitando as gestantes, saber como é que tá as vacinas das crianças, se tem alguma criança com vacina atrasada o que podemos fazer, se tem alguma visita de puérpera com a enfermeira, então tudo isso é feito na nossa reunião mensal (E).

A gente tem uma avaliação todo mês. Todo mês a gente tem avaliação né do mês ou no último dia do mês ou no primeiro do seguinte né com a enfermeira né. Aí ela lá ela avalia se tem, se nasceu alguém, se morreu alguém na área, aí quando acaba de avaliar todos os ACS aí ela vai planejar o mês seguinte (C).

Já no município de Fortaleza, as reuniões de equipe parecem não ser sistemáticas devido à problemas na organização do processo de trabalho. Ocorrem esporadicamente e, quando possível, comumente com a presença do enfermeiro (a) da equipe.

Antigamente existia uma reunião que era por equipe né. Era o consolidado que a gente chamava e a gente se reunia com o enfermeiro e aí passava toda a demanda dos acontecimentos pro enfermeiro, nunca participou médico (F).

Nós temos reuniões com a enfermeira era pra ser toda segunda, só que como elas fazem o acolhimento na unidade fica difícil pra ter essas reuniões, mas sempre é a enfermeira e os agentes de saúde, às vezes participa a médica, participa a dentista (F).

Algumas falas trouxeram relação problemática entre os integrantes da equipe do município de Fortaleza, que interferem no trabalho do ACS junto às famílias sob sua responsabilidade, levando a sentimentos desgastantes e que ensejam incômodos por vezes silenciados.

É como ela disse aí você passa vergonha seja no dentista, no curativo nem se fala e o povo no curativo chega e diz assim não pode tirar ponto, não tá fazendo e quando é depois não, venha dez hora e aí dez hora tira e a gente passa vergonha porque uns pode e outros não pode e aquela coisa dá um jeitinho ali, dá um jeitinho aqui, mas esse jeitinho como as meninas dizer é às vezes e aí por causa disso quem sai prejudicado é os agentes de saúde, como sempre (F).

A gente faz com que esse serviço seja acreditado dentro da casa e aí quando você chega dentro de uma residência dessa com um médico que chega ali e destrói tudo que você construiu (F).

Então, são coisas que a gente vai levando, vai levando, mas que uma hora vai explodir, uma hora eu acho que vai explodir não sei como, alguém vai abrir a boca na comunidade porque nós já abrimos, mas nós não temos vez. É isso é desconstrução do nosso trabalho, é a desconstrução (F).

Nesses encontros, destaca-se a necessidade do manejo dos conflitos existentes entre os profissionais ACS e deles com a equipe e com a gestão, de modo que os aspectos implícitos possam se tornar explícitos para toda a equipe, e serem assim alvos de reflexões e potenciais elementos de transformações. Torna-se um processo de fazer e significar, que propicia maior compreensão das relações e favorece a redefinição dos significados.

Nos municípios de Tauá, Eusébio e Cruz, os ACS mencionaram a utilização do *WhatsApp* como ferramenta de comunicação entre a equipe e a comunidade.

Criou um grupo no *WhatsApp* e assim dependendo da nossa necessidade só é a gente dizer que tá precisando da visita que ele (médico) já marca (T).

Temos o grupo também do posto viu gente do zap, porque quando a Daiana (enfermeira) quer fazer alguma busca ativa e alguma coisa na comunidade né ou então, visita da gestante pro hospital, hospital dia não esqueça de avisar, então ela fica sempre nos lembrando né do trabalho e aí a gente passa para as pessoas que nós não conseguimos localizar em casa porque tão trabalhando né e que só chega à noite ou final de semana, então a gente passa pra eles né (E).

Tá na área lá né e na hora que a gente tá fazendo a visita e conversando aí se tiver acesso à internet às vezes a gente já manda mensagem diretamente pro enfermeiro e dali a gente já tenta resolver ou adiantar alguma coisa que possa ser feito na frente né (C).

Em Cruz, houve relato do uso das redes sociais para divulgação das atividades de educação em saúde realizadas pela equipe com objetivo de ampliar o acesso a participação da comunidade.

Os meses passados Novembro Azul, Outubro Rosa a gente faz o convite pra vim ao posto de saúde que vai ter palestra com médico e tudo, usamos até também a rede social pra gente transmitir ao vivo pelo *facebook* né, então aquelas pessoas da área nossa que são amigos do *facebook* que não puderam vir por algum motivo eles pudessem participar também do momento que teve no posto de saúde (C).

Os ACS de Tauá e Eusébio parecem ter uma relação estabelecida com os demais integrantes da equipe ESF de convivência direta e horizontal. Para Ferreira *et al.*, (2009) esta relação no momento das visitas domiciliares, possibilita a composição de afetos, ampliando o compartilhamento da gestão do cuidado pela equipe. No caso de Fortaleza, assim como verificado em outros estudos, há pouca articulação com os demais membros da equipe multiprofissional (WAI; CARVALHO, 2009; ZANCHETTA *et al.*, 2005; COSTA *et al.*, 2012; GALAVOTE *et al.*, 2013). O trabalho em equipe ajuda os ACS a terem credibilidade da comunidade.

Porque isso conta muito por que a gente ter essa liberdade, eu não digo nem liberdade, mas um vínculo né com a equipe, a confiança de você chegar e saber que você pode contar com a pessoa (T).

Com essa médica agora a gente já consegue conciliar, a gente liga – Daiane to passando aqui numa visita, tem uma criança doente aqui na casa. O que eu faço? Então assim, a gente já tem a liberdade de dizer pra ela e ela diz encaminha aqui que eu vou olhar, que eu vou encaminhar pra médica... facilita mais tanto a vida da pessoa como a da gente né também (E).

Os ACS mencionam a participação do enfermeiro como um apoiador nas suas práticas. Nas reuniões de equipe, por exemplo, quando ocorre planejamento das ações, a avaliação e monitoramento das ações dos ACS sob a supervisão desse profissional. Em Fortaleza, apesar da dificuldade em reunir a equipe para programar as atividades, alguns ACS referem apoiar-se no enfermeiro da equipe, mesmo que de forma individual, para conversar sobre os problemas encontrados na área. Fica evidente que a maior interação do ACS é com o enfermeiro da equipe.

É e a partir do enfermeiro ele pode chamar os outros profissionais né, o médico, o dentista, a assistente social, nutricionista, o psiquiatra, mas a gente trata sempre diretamente com o enfermeiro (C).

Geralmente analisa o trabalho da gente né, se a pessoa está indo todo dia pro trabalho exercendo o horário certo mesmo, sempre nunca a gente é cobrado não, mas a gente que é pra frente, porque quando a gente quer uma coisa, um encaminhamento, qualquer coisa a gente tem que falar com ela, e a gente está sabendo que ela está sempre nos cuidados da gente (C).

Quando nós estamos na área atuando e que nós vimos X problemas, a gente traz até ela, a gente senta com a enfermeira às vezes também com a médica e a gente passa esse problema e esse problema é estudado, assim é conversado e a gente tenta resolver (F).

O nosso vínculo maior é o enfermeiro e assim uma das pessoas que a gente pode contar (F).

Relatos apontam uma boa parceria com os profissionais do NASF, indicando uma aproximação do olhar ampliado da saúde. Entretanto, os ACS sentem que as equipes ESF e NASF poderia dar maior suporte às demandas.

Além da saúde eles entram na saúde da família mesmo, eles têm uma preocupação de ver como é que tá esse idoso que a Fatinha tá falando se tá bem cuidado.... eu diria que é mais social por isso, porque além da saúde eles tem a preocupação no outro lado das pessoas (C).

Porque a gente vê que tem profissionais de nível superior aqui muito importante pra população nossa, ave maria a gente vê médico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo tudo tem aqui dentro da nossa unidade muitos profissionais bons que a gente poderia dar aquele suporte bom pra nossa comunidade (T).

Os ACS de Tauá mencionam terem potencial para identificação, intervenção e encaminhamento oportuno para equipe NASF de situações que exigem cuidados preventivos,

contudo, esbarram no modelo de atenção centrado na doença dos demais profissionais da equipe. O olhar ampliado do ACS sobre indivíduo e/ou família, confronta-se com condutas clínicas dos demais integrantes da equipe ESF/NASF, que parece pouco dialogar entre si. O modelo de atenção à saúde prestada pela equipe indica predominância do modelo médico centrado.

A gente tem o olhar pra quem direcionar né, até mesmo porque na unidade nós temos o psicólogo, a nutricionista, o fisioterapeuta e isso aí a gente tem sempre um olhar ó procura que é lá (T).

Passa pelo médico e vai pra casa, poderia ficar amarrado aqui dentro esse paciente, poderia passar pela nutricionista conforme fosse a necessidade de cada um, poderia passar pela psicóloga e aí vai, mas às vezes não, a gente se dispersa dessa paciente principalmente aqui dentro... não olhou com um olhar mais especial né, porque poderia olhar com um olhar especial poderia amarrar o diabético aqui dentro com uma nutricionista né poderia, poderia passar, mas aí às vezes ele só passa pelo médico (T).

6.6 Cotidiano e as demais complexidades de suas práticas

A prática dos ACS conecta-os uns com os outros, eles com os integrantes da equipe ESF como também a interação deles com a gestão local de maneira diversas e complexas. Para Wenger (1998), as relações resultantes refletem a total complexidade de fazer as coisas juntas. Diz ainda que, na vida real, as relações mútuas entre os participantes são misturas complexas de poder e dependência, prazer e dor, perícia e desamparo, sucesso e fracasso, acumulação e privação, aliança e competição, facilidade e flexibilidade, autoridade e coleguismo, resistência e conformidade, raiva e ternura, atração e repugnância, diversão e aborrecimento, confiança e suspeita, amizade e ódio (WENGER,1998).

No cotidiano do trabalho, o ACS se deparou com inúmeras situações que os desmotivam em desenvolver suas atividades. Uma das principais queixas foi a condição de trabalho impostas pela gestão municipal. Os ACS relatam que falta material necessário para realização das atividades rotineiras como equipamento de proteção individual (EPI) e filtro solar. Para eles, a aquisição desses itens ajudaria a melhorar o trabalho.

Eles exigem, mas eles não dão condição, e quando a gente fez a cobrança da coordenadora dos ACS numa reunião que teve né ela se virou pra gente e disse vocês comprem a bateria porque é muito barato (T).

Mochila somos nós que compramos, fardamento nós não temos, então assim, já vem e até a presença da gente já dificulta porque a gente que compra a própria farda e há muito tempo que nós não recebemos farda, já recebemos, mas isso acho que tá com três ou quatro anos que ninguém não recebe farda (E).

Cuidar mais da nossa pele, deveríamos receber protetor solar e a gente não recebe. Tudo tem que ser por nossa conta (C).

Condição de trabalho que nem ela falou aí né, dar mais incentivo né, incentivar porque às vezes a gente fica sem incentivo de trabalhar né, porque a gente tanto que luta, tanto que trabalha pela comunidade e às vezes a gente recebe um elogio né, mas de elogio a gente já tá cheio né e o que a gente queria mesmo era incentivo pra trabalho (F).

O Ministério da Saúde (MS) instituiu como equipamentos básicos para o trabalho do agente comunitário de saúde: o fardamento, o crachá de identificação, as fichas do sistema de informação da atenção básica, a balança, o cronometro, o termômetro, a fita métrica e o material educativo (BRASIL, 2002). Não há nenhuma legislação que obrigue as instituições obrigarem a oferecerem o filtro solar, no entanto, estudos realizados por Lima *et al.*, (2010) identificou que esses trabalhadores ficam expostos ao sol por mais de cinco horas por dia em horários críticos entre as dez e quinze horas, representando um risco elevado para a saúde.

Os ACSs de Tauá relataram que o clima escaldante do semiárido cearense maltrata a pele, a visão e o cabelo. Os profissionais de Cruz ainda sinalizam a distância entre os domicílios como fatores dificultadores de suas práticas. Alguns ACS utilizam transporte próprio para facilitar a mobilidade na área e não existe colaboração financeira da gestão para esse deslocamento. Houve relatos de dificuldades, por exemplo, na participação em cursos e capacitações, pois acarretaram mais despesas para o deslocamento desses profissionais.

Nós estamos expostas ao sol, ao vento seco, a nossa visão, a nossa pele, o nosso cabelo, os nossos pés, às vezes eu to de pés rachados de caminhar, de trabalhar na terra quente sabe (T).

Eu pego todos aqueles exames uma quantidade vamos supor e vou entregar na área, aí se eu tivesse de a pé não daria tempo eu entregar todos aqueles exames, e na moto eu vou mais ligeiro e faço o meu trabalho mais rápido (C).

Poderia melhorar também na questão da nossa locomoção, principalmente, nos da zona rural. Nosso salário é X. Muitas vezes, a gente tem que usar um transporte, combustível, acho que poderia dar uma auxílio, principalmente a gente da zona rural, é bem distante, quando a gente usa, eu tenho moto, mas muitas vezes, vou de bicicleta porque eu economizo, tenho que economizar (C).

Sinto que se hoje existisse um curso, trabalhar e estudar, eu pedia minhas contas. Por conta que o trabalho do agente de saúde, o salário é muito pequeno. Nosso transporte, quem tem uma família, não dá de comer não. E se fosse pra escolher trabalho do agente comunitário e estudar, pedia as contas (C).

Em Eusébio, os ACS relataram ainda dificuldade de encontrar algumas famílias em ambiente domiciliar durante expediente de trabalho. Algumas casas de condomínios não aceitam a visita do ACS. Um possível fator apontado pelo grupo, pareceu estar relacionado a

situação de moradores com melhores condição financeira, que não precisam dos serviços ofertados pela unidade de saúde.

Eu estou visitando cento e noventa e oito famílias, mas porque tem muitas famílias ainda que eu não consegui chegar até a casa delas porque elas saem muito cedo e só chegam a noite ou então final de semana, quer dizer, os horários que nós não estamos trabalhando, então fica um pouco difícil né isso (E).

Moram nessas casas de condomínio, muitas vezes a gente bate no portão e atende a gente pelo interfone, às vezes manda só a empregada dizer que não tá e a gente sabendo que a pessoa tá e muitas vezes não valorizam o nosso trabalho— ah eu tenho plano de saúde eu não preciso não. Eu digo não, não tem problema, isso é um cadastro do município (E).

O mundo agora tá, já foi fácil tu ser um ACS e agora tá difícil. Eu já gostei da minha profissão, logo quando eu comecei eu amava só que agora tá muito complicado assim a gente encontra uma grande dificuldade de a população abrir as portas pra gente e infelizmente a gente tem que entrar na vida deles porque a gente precisa saber como eles tão, entendeu? E assim até tu adquirir a confiança daquela família, antes era mais fácil a gente conseguir e agora tá mais complicado (E).

Já em Cruz, falas dos ACS indicam situações conflituosas com os usuários durante suas atividades rotineiras, acarretando sofrimento ao profissional e mudança no desenvolvimento de seu trabalho.

Assim que eu entrei teve uma situação que eu chorava, eu saí da área e vim pra cá pra unidade chorando chega eu soluçava e a enfermeira perguntando o que era e eu não conseguia falar, pelos maus tratos de uma família (C).

Trabalhar como agente de saúde tem que gostar porque você está na casa das pessoas, ela lhe beija, lhe abraça, no outro dia ela fala de vocês e vocês tem que falar. No meu caso, eu faço o que não posso por eles. Falam mal de mim, mesmo eu estando lá, porque sei que eles vão prestar conta com deus, eu vou prestar minhas contas (C).

Em Fortaleza, os ACS relataram que as micro áreas descobertas na equipe da ESF alteram a dinâmica de rotina desses profissionais. Percebeu-se um sentimento de colaboração dos mesmos em apoiar às famílias destes territórios. No entanto, houve relatos que remetem pouco reconhecimento da gestão de suas ações.

Nós temos uma área descoberta na nossa equipe e a gente como ela disse sempre a gente se reúne pra fazer o mutirão, vai lá e tá precisando disso, ...a gente tem que fazer o mutirão e vamos sempre cobrir aquela área descoberta. Se tem os exames pra entregar aí quem tiver mais perto vai e entrega (F).

Nós estamos sendo muito cobrados de produção, mas eles também não visam que nós também estamos cobrindo uma área descoberta (F)

Outra atividade que sobrecarrega o ACS, além do trabalho em áreas descobertas foi o trabalho fora do horário, aumentando sua lista de tarefas, mencionado nos grupos focais de Fortaleza e Tauá.

Agente de saúde de manhã, de tarde e de noite, você tando em casa o pessoal vai te procurar, aí então sempre quando alguém precisa a gente faz isso, ajuda independente de área (F).

A gente às vezes não tem nem a noite, nem feriado porque às se acontece de alguém adoecer ou se tem alguém precisando a gente também vai nos finais de semana né porque a gente é um ser humano e quando tem alguém com problema a gente também se emociona e vai (T).

Em Fortaleza, Tauá e Eusébio, os participantes mencionaram a falta de identificação do ACS por meio do fardamento ou crachá como um fator dificultador nas ações no território. Houve relato de estratégias de ACS para ganhar a confiança da família durante a primeira visita domiciliar. Para eles, o uso do fardamento é muito importante na realização das suas atividades. Os ACS Eusébio relatam que o uso da farda causa bem-estar e boa aparência perante as famílias a qual trabalham.

Quando eu visito uma família pela primeira vez eu sempre faço assim eu me identifico né e falo olha, eu já trabalho nessa área há quatorze anos... dou o número do meu celular, dou o número do telefone do posto e dou o número da Secretaria de Saúde pra que ele possa se informar realmente se eu sou agente de saúde deles (E).
Isso faz falta, um fardamento. Essa blusa aqui tá com quatro ou é cinco anos que eu tenho ela ó como é que ela tá. E a gente tem que visitar casa e eu vou ter que ir assim eu me sinto suja, eu me sinto, tá entendendo? (E).

Para os ACS de Fortaleza, um dos itens considerados importantes para uso no dia a dia foi o crachá de identificação. Diante do contexto de violência que vivenciam, mesmo sendo conhecidos na comunidade, o crachá foi percebido como um instrumento de segurança ao abordar as novas famílias ou serem abordados pelos policiais que chegam no território.

A nossa identificação é o vínculo que a gente faz com aquelas pessoas que a gente já conhece, mas se chegar alguém novo como tá vindo muita gente nova de fora, de outros bairros se refugiando aqui, essas pessoas não aceitam a gente porque não sabe se a gente é o matador que tá procurando ela ou se a gente é simplesmente um porta voz porque a gente não tem identificação da prefeitura e de nada (F).

Nós não temos isso e isso é muito importante eu acho a identificação, apesar, de nós morarmos na área, mas a gente precisa desse material pra gente se proteger tanto dos acidentes conosco, mas como alguma coisa que venha acontecer de informações na área e a gente já tá respaldado com alguma coisa na questão da identificação com o agente de saúde (F).

Um crachá pode não significar pra outras pessoas, mas pra nós que tá dentro de uma comunidade dessa aí significa muito e até pro policial chegar e pegar nós também. Tão dando revista nas mulheres da minha área por causa do tráfico e facção e eu posso

pegar qualquer hora. Porque não tem nenhuma identificação que você tá trabalhando (F).

As situações de violências foram vivenciadas nos quatro municípios. Muitas delas ocorreram durante realização de suas práticas no território, dificultando o acompanhamento das famílias e alterando sua rotina de trabalho. Relataram sensação de insegurança e medo.

Eu bati na porta pra fazer a visita e a família tinha chegado né, a família muito estranha e que nunca abria a porta pra mim, aí nesse dia que eu bati na porta e perguntei pela esposa dele e ele só levantou a camisa e já me mostrou o cabo do revólver né (T).

Três famílias foram despejadas pela facção e agora mesmo recente eu só consegui fazer seis visita sexta-feira. Eu entro no beco dá uma sensação de morte todo mundo usando crack e o medo (F).

Já teve caso d'eu ir visitar lá embaixo eu, a médica, a enfermeira com o motorista e a menina que trabalha aqui e com vinte minuto que a gente saiu de lá teve tiroteio (E).

Até pra gente trabalhar a gente fica morrendo de medo de trabalhar durante o dia. Eles estão assaltando durante o dia. A gente trabalha com um olha na frente e outro atrás (C).

Como a realidade do trabalho dos ACS os expõem a contexto de pobreza e violência, exige estratégia de preservação de integridade física e emocional (GOMES *et al.*, 2010; JARDIM; LANCMAN, 2009; CARDOSO; NASCIMENTO, 2010). Em Fortaleza, por exemplo, os ACS utilizam estratégias para ajustar-se a esta realidade, no entanto, sentem medo de atuarem em áreas mais críticas.

Se a gente for fazer uma ação lá a gente tem que comunicar primeiro entendeu naquele dia, naquele horário ó vão estar os agentes de saúde aqui fazendo esse trabalho nesses pontos tal, tal e tal, aí tipo assim a gente tem a liberação deles e a gente faz o trabalho direito (F).

É tanto que quando a gente tá num local assim passa o carro da polícia e nem que seja conhecido a gente nem cumprimenta, a gente finge que não tá vendo pra não vincular a gente a força policial (F).

Todo mundo tem medo de ir pra lá, até quando teve essa mudança de territorialização foi a maior confusão porque a maioria dos agentes de saúde não quer ir trabalhar lá (F).

Alguns ACS de Fortaleza fizeram uma análise crítica sobre o modelo de atenção à saúde implantado no município. A mudança no modelo de organização da ESF a partir de 2013 pareceu ter alterado a dinâmica do trabalho da equipe. O médico e enfermeiro da equipe permaneceram mais tempo na unidade de saúde, principalmente no atendimento à demanda espontânea, não realizando a contento as ações de promoção e prevenção de saúde na comunidade, chegando a desmotivá-los.

Porque os médicos não saem mais da unidade e só sai pra fazer visita domiciliar ...então assim, muitas coisas ficam pra nós fazermos e pro enfermeiro. Chega a desmotivar. É desmotivador (F).

PSF é feito de enfermeiro e agente de saúde todo mundo sabe disso, aí quando você retira o enfermeiro daquela atribuição gente isso só tá aumentando os problemas das doenças crônica porque não existe prevenção só existe pronto atendimento. (F).

Acabou de destruir o restinho que a gente ainda tinha de programa (PSF) né. Aí que o ACS é desvalorizado mesmo nessa temática. Aconteceu a desvalorização Total. Esse programa do jeito que eles colocaram aí isso vai ser assim, pode ser que funcione em alguns estados que são mais desenvolvidos, mas em municípios extremamente pobres não vai funcionar, certo? (F).

As frequentes queixas dos ACS indicam uma necessidade de buscar entender melhor o modelo de atenção adotado. A permanência dos profissionais da ESF no interior da unidade de saúde tira o foco das atividades de acompanhamento dos grupos prioritários e famílias, antes voltadas para ações de prevenção e promoção da saúde, havendo também o afastamento dos problemas comunitários, o que pareceu, para eles, resultar na descaracterização do trabalho da ESF. Nunes *et al.*, (2018) apontaram que o modelo de atenção centrado na doença condiciona a lógica das práticas à demanda espontânea e reduz o potencial do ACS na identificação, na intervenção e no encaminhamento oportuno de situações que exigem cuidados preventivos e diagnóstico precoce na implementação de ações de promoção da saúde.

Sentem que muitas vezes os gestores públicos, profissionais de saúde e a própria comunidade não reconhecem o trabalho que exercem. Em Tauá, houve relatos que o papel que exercem na ESF, sentido também como “resolvedor de problemas” na comunidade, leva a desenvolverem problemas de saúde mental. Consideram ter pouco tempo de dedicação aos cuidados para o autocuidado e de seus familiares.

Muitas de nós não consegue emagrecer por problema psicológico, por distúrbios alimentares porque nós somos umas resolvidoras de problemas (T).

Não temos tempo de vim num dentista, de vim fazer um exame de prevenção nós não temos tempo porque é coisa demais, sem falar que nós temos famílias, nós temos nossa casa que nós precisamos viver (T).

Alguns ACS mencionam a má remuneração como fator desestimulante para realização de suas práticas e sentem-se pouco valorizados.

Um salário mínimo pra um agente de saúde é uma tristeza... É uma tristeza a gente ganhar, porque a gente anda muito e a responsabilidade é muito grande (T).

Há quatro anos que não tem um aumento e nós tamo pagando pra trabalhar, e você sabe que quando o trabalhador ele passa a pagar pra trabalhar ele se desestimula muito por mais vontade que você tenha (T).

Primeiro de tudo é o reconhecimento primeiro de tudo, porque a gente vê assim na teoria todo mundo diz o ACS tá lá na ponta é aquele que conhece realmente o território e que traz a informação. Partindo pra parte prática a gente vê que nem sempre é assim né (C).

Por outro lado, os ACS de Tauá e Cruz colocaram-se como um coletivo que se apoia mutuamente e o significado de trabalho ajudam na superação dos desafios, conforme narrativas:

Nós somos uma equipe. Porque se uma pessoa fizer chorar, eu não tenho aquém recorrer. Nos falemos com ela sobre nossos problemas, somos uma equipe, se uma pessoa me fez chorar, eu não tenho ... só entre a gente e a família (C).

Nós somos guerreiras, mulheres fortes e homens fortes né nós não vamos nos desestimular. Nós temos fé em Deus que tudo vai melhorar, tudo vem para o bem (T).

A nossa missão é árdua assim como toda profissão né tem seus lados positivos e negativos e cabe a nós cada dia matando um leão daqui e outro dali, mas é muito satisfatório e é muito gratificante trabalhar com pessoas (C).

Trabalho como ACS, mas já trabalhei e trabalho hoje com amor ainda porque se eu não tivesse acho que eu não suportaria mais o sol, o vento, os pés rachados, a falta de saúde (T).

Ao se depararem no cotidiano com situações diferenciadas e particularidades subjetivas, os ACS precisam de um suporte efetivo da equipe e dos gestores, para evitar a fragilização de suas ações ou, por outro lado, como defesa da cristalização/endurecimento (MACIAZEKI-GOMES *et al.*, 2016).

6.7 Aprendizagem no cotidiano

Em todos os municípios do estudo, os ACS relataram terem participado de diversas capacitações oferecidas pelas três esferas de governos, entretanto, os ACS de Tauá e Cruz expressam que o conhecimento sobre sua prática foi sendo adquirido a medida em que foram atuando no território, e, principalmente, pela experiência compartilhada com seus pares e demais integrantes da equipe, em especial enfermeiro e médico, a partir dos problemas vividos no processo de trabalho. Em Cruz, houve relatos de troca de experiência entre mãe (ex-ACS) e filho (ACS).

Eu faço assim, às vezes pergunto as meninas (as colegas ACS) como é, o que tá acontecendo, como é de um jeito. Na minha área eu não tenho tuberculose e nem hanseníase, a gente vai nos livros ler alguma coisa e se tiver qualquer informação

aquela que já tem algum problema daquele e como é? Como é que você trata? Como é assim? Então, a gente vai se ajudando né dessa forma (T).

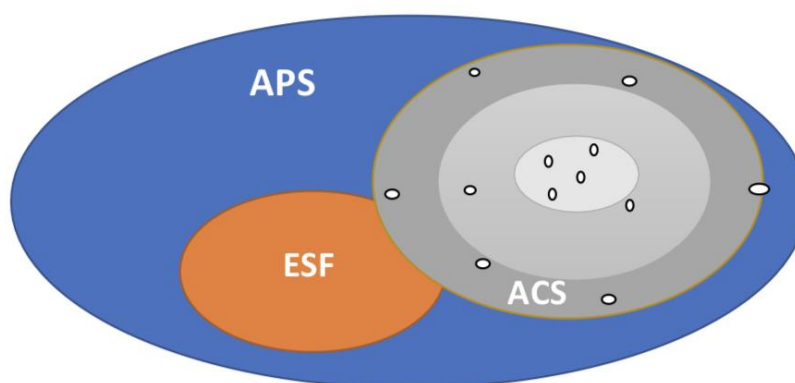
Como a gente sempre tem as reuniões sempre antes a gente dá uma entradinha na sala dela aí conversa e fala sobre a vulnerabilidade de cada um, a situação de cada paciente, a realidade de cada um e aí a gente vai tirando algumas dúvidas (refere-se enfermeira) (T).

(Quando surgem dúvidas) na minha prática eu corro atrás do profissional...Deus me livre se for alguma coisa pra prejudicar aí depois vem pra cima de mim, então eu já procuro logo o profissional (C).

Eu entrei tá com dois anos, a minha mãe era ACS, começou em 86, eu era pequena ainda. Mas, quando eu era maior, eu acompanhava ela , eu sempre ia com ela. Eu sempre vi como ela fazia, o trabalho dela ... Então, fui acompanhando e fui vendo como era o trabalho dela. A minha experiência só foi eu vendo como ela fazia (C).

Os relatos dos ACS parecem descrever o processo de participação periférica legitimada proposto por Lave e Wenger, (1991). As intenções de aprender foram engajadas e o significado da aprendizagem se configurou através do processo de se tornar um participante pleno da prática de um ACS. Ao mencionarem o processo de aprendizagem entre eles, entre eles e os integrantes da equipe ESF e entre eles e outros participantes como uma mãe, ex-ACS, que pareciam possuir um domínio de conhecimento e habilidade, moveram-se da periferia para uma participação plena nas práticas desta comunidade. A imagem abaixo mostra os espaços de aprendizagem social que permeiam o cotidiano de práticas dos ACS e sua participação periférica legitimada.

Figura 9 – Espaço de Aprendizagem Social e participação periférica legitimada dos ACS



Fonte: Imagem adaptada de WENGER; MCDEMOTT; SNYDER, 2002.

Em Fortaleza, por exemplo, o matriciamento em saúde mental realizado entre os profissionais da atenção psicossocial e atenção básica, pareceu proporcionar um espaço de

aprendizagem significativo. Os ACS relataram um estudo de caso, onde possivelmente deve ter havido um maior engajamento no aprendizado desses profissionais, já que eles têm como projeto comum responder as necessidades de saúde daquele usuário. Entretanto, neste município, os ACS indicam também que esses encontros com os demais profissionais da equipe estão fragilizados, por não ter mais sistematicamente as rodas de conversas entre eles.

A gente passa o caso pra eles e eles estuda o caso e depois eles vêm e trazem o encaminhamento pra nós pra que nós vamos com eles na visita, na casa da pessoa. (F) (sobre o matriciamento).

Ele (enfermeiro) sempre fazia reuniões com todas as agentes de saúde e passava os tipos de vacina, quais eram as que tinha, quais eram as que não tinha, as técnicas também sempre passava pra gente...mas hoje a gente não sabe mais nada (F).

Estes profissionais relataram ainda que as capacitações quando ofertadas pela gestão, não contemplaram a participação de todos os ACS, conforme narrativa:

Às vezes que vem não vem pra todos, aí tem que sortear dois e esses dois são contemplados ou então já vem o nome, mas nunca vem pra todos. É raridade quando vem pra todos (F).

Em Cruz, houve relatos na participação em um curso preparatório para os ACS antes de atuarem no território na equipe, onde contou com os próprios integrantes como facilitadores de aprendizagem.

A gente fez o curso preparatório. Depois que a gente passou no processo da prova a gente fez trinta dias de curso preparatório que é esse que fala da abordagem das visitas, da ética, da função do agente de saúde (C).

Nosso foi enfermeiro, médico, psicólogo todo dia, era como se fosse uma aula. Era uma aula, tinha um enfermeiro e abordava um tema e falava sobre puérpera aí lá ele falava quando é que a mulher tá puérpera, quais são os cuidados, quais são as orientações, aí o outro já é saúde da mulher e saúde do homem, aí todo dia era um profissional diferente (C).

Para os ACS de Tauá, os cursos oferecidos acrescentaram conhecimento, entretanto, muitas vezes, não responderam às necessidades de saúde surgidas na comunidade. Para eles, não dialogaram com o contexto sócio cultural ao qual a comunidade está inserida.

Às vezes a gente faz cursos tudo bem acrescenta pra gente, mas não tem muito a ver com a nossa vivência ali na área (T).

Depende muito do poder aquisitivo da pessoa, depende muito da cultura e todos nós aqui fomos criado com comer muito e a gente sabe que é de forma errada, mas o comer muito e o grosseiro, e não adianta nada eu chegar na casa daquele que não tem e dizer você tem que comer frutas e verduras, acrescentar frutas e verduras e diminuir seu arroz, diminuir seu feijão ou diminuir seu cuscuz, a quantidade de carne (T) (refere-se à capacitação Viver Bem no Sertão).

Eu queria que o curso fosse assim pra mim, que ele fosse claro. Pra mim um curso tem que ser dessa forma, tem que ser claro, tem que deixar um legado ali (T).

Ocorre um choque entre as orientações dadas para uma alimentação saudável, que incluía frutas e verduras, e o tipo de alimentos disponíveis acessíveis às pessoas de baixa renda. Não é possível aconselhar alimentação saudável sem casar a estes conselhos uma política de produção agrícola, como a da agricultura familiar bem como as questões culturais locais.

A implementação do planejamento no nível local pelos gestores, muitas vezes, ignora questões culturais, econômicas e sociais comunitárias, o que resulta no fracasso de programas. A promoção de atividades de saúde culturalmente apropriadas ou o envolvimento em programas de educação em saúde de longo prazo, provavelmente terão benefícios significativos (KENDALL, 1992).

Os ACS, que lidam diretamente com as famílias que possuem visões de mundo, crenças e costumes que lhe são valiosos e muitas vezes conflitantes (MARTIN; ANGELO, 1998; CHIESA; FRANCOLLI, 2004; PINTO; SILVA; SORIANO, 2012), sentem necessidade de capacitações que pudessem colaborar mais com sua prática. Os cursos oferecidos ainda estão baseados em valores técnicos científicos. Simas e Pinto (2017) apontam que as temáticas dos cursos formativos ainda reforçam o paradigma biomédico apontando uma insuficiência nos processos formativos que sejam embasados no debate sobre as políticas de saúde do SUS e nas práticas de promoção da saúde.

Em Cruz, houve relatos na realização de um momento importante de aprendizagem dos profissionais de saúde junto à comunidade. A partir da observação de alguns usuários não procurarem o posto de saúde para os cuidados em saúde devido à cultura local, os ACS participaram como mediadores entre os saberes popular e técnico.

A gente (ACS) passa na área e conversando com a população a gente via que tinha muitas pessoas que dizia ah não, o posto de saúde não que eu vou em tal rezador, em tal curandeiro e resolve e a gente passou pra Secretaria e a Secretaria resolveu convidar os rezadores e curandeiros pra este momento e junto a população também (C).

Tem aquele paciente na área que só acredita que vai ficar bom se passar lá no rezador e não procura a unidade de saúde e o que foi o intuito né desse encontro, o paciente vai lá no rezador e o rezador vai rezar, mas também diz assim, mas é importante que você vá até a unidade de saúde faça o exame pra saber (C).

Além disso, os ACS de Cruz mencionaram também a oportunidade de participarem de um curso sobre agrotóxicos para ajudar orientar as famílias que lidam com o uso como a

participação no Curso de Terapia Comunitária Integrativa (TCI). Este último teve um significado importante na vida desses profissionais não só pessoal mais voltada para suas práticas.

Fiz um curso que era pros agentes de saúde que foi lá no Sindicato Rural que era sobre agronomia né, como utilizar o veneno nas plantas né e o que fazer com aquelas embalagens. Porque tem muita gente que não sabe e guarda às vezes junto com alimentos, com os utensílios de casa né, então eles tavam falando pra gente, orientando pra gente orientar as famílias como utilizar as embalagem, utilizar não, como guardar as embalagem dos inseticidas, os venenos usado nas planta né e devolver aonde ele tinha comprado o veneno (C).

Agente de saúde do município só teve dois né que fizeram, foi eu e o menino Victor lá do Belém, da comunidade, e teve vários profissionais, assistentes sociais, enfermeiros, professores, então foi um curso maravilhoso né. Foi um ano de duração do ano passado encerrando esse ano em maio e realmente a gente aprende muito (C) (Sobre a TCI).

Nesse curso de terapia a gente vê como é que a gente vai tratar, às vezes tem até um lezinho que a gente fala né que quando a boca cala os órgãos falam e isso pra área a gente percebe muito isso e na nossa vida pessoal né. Teve situações em que eu estava com raiva né e tinha que falar alguma coisa em uma reunião e não falei e aquilo gerou uma dor de cabeça né (C).

E isso fica um olhar mais atento na área como é que a gente vê aquele paciente, o que aquele gesto quer falar e ele não quer dizer, aquela criança tá inquieta, então a gente vai insistindo, mas, porque você tá assim? E às vezes é alguma coisa dentro de casa né e com esse curso a gente fica um pouco mais atenta com isso né (C).

Os ACS do Eusébio mencionaram que muitas capacitações ocorreram de forma desintegrada dos participantes da equipe, no entanto, contrapondo essa lógica, a participação no Qualifica APSUS aproximou mais as ações entre os profissionais.

Quando é com a enfermeira é com as enfermeiras e quando é com os médicos é com os médicos, também tem capacitação pro pessoal da recepção, tem com as técnicas de enfermagem e aí junta, entendeu? Não junta todo mundo até porque eu acho que não pode, vai tirar todo mundo né, então tem que ser todo mundo separado (E).

O nosso posto tipo assim ele participa do Qualifica SUS do APSus e são vários programas né que tem dentro e que a gente já recebeu residência de alguns profissionais e que a gente precisava tá mais junto deles pra poder eles fazer o trabalho na comunidade também (E).

Os participantes do estudo em Fortaleza relataram participação no Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde (CTACS), com conclusão do mesmo, que para eles, teve um papel fundamental na qualificação de sua prática.

Nós terminamos ontem o CTACS e esse curso abriu muito os nossos horizontes. Porque antigamente a gente ia visitar o hipertenso, mas esquecíamos que aquela família poderia ter uma criança, um idoso, um adolescente envolvido com droga, uma pessoa com transtorno mental...aprendemos a olhar a família como um todo (F).

O curso ele utilizou de uma estratégia que ... tem muito choro, tem muito sofrimento entre a gente, mas quando aquilo ali passou e que a gente viu que a gente tinha sido curada daqueles nossos problemas que tavam enraizados na gente, a gente se tornou muito mais humanas do que nós já éramos (F).

Abriu as portas, escancarou, então ficou mais fácil nós realizar nossas ações. Então, através mesmo desse evento do CTACS foi que encurtou esses laços. (sobre uma atividade sobre redes de apoio proposta pelo curso) (F).

Em Eusébio e Cruz, os ACS realizaram apenas a primeira fase do curso técnico de ACS e algumas falas o avaliaram bem. Houve um desejo em concluí-lo, conforme a narrativa:

A gente tem muita vontade de terminar é o curso técnico que a gente terminou e a gente ficou só na primeira etapa. Então assim, pra melhorar o nosso trabalho também seria isso (E).

Em Cruz e Eusébio, o anseio da realização do curso técnico de enfermagem foi mencionado como forma de ampliar as ações desenvolvidas pelos ACS na comunidade e de outros cursos, dentre eles, de informática para melhor desenvolver suas atividades, principalmente, devido a inclusão de novas ferramentas no cotidiano de suas práticas.

Se for pra melhorar o nosso trabalho acredito que o curso técnico de enfermagem seria o ideal pro agente de saúde por mais que revessem as nossas atribuições, tirasse algumas porque você chega numa casa e a pessoa tem o medidor lá de pressão né e como eu, eu não tenho, não tenho conhecimento e não sei medir, aí eu acredito que seria ideal mesmo que chegasse a mudar as nossas atribuições (C).

Tô fazendo técnico né e vou ser técnica de enfermagem porque vai ser uma contribuição maior pra minha comunidade. Porque hoje o agente de saúde você não pode fazer um curativo, você não pode fazer outras atividades, é proibido. Mas, infelizmente com a nossa realidade hoje não tem como você impedir, se eu tenho acesso a casa de certas pessoas e aquela pessoa não pode passar de um bairro pro outro, fica complicado pra você não ajudar aquela pessoa (E).

Capacitação nessa área de informática. Porque um curso que a gente fez há cinco anos atrás não são as mesmas ferramentas que são usadas hoje, então acredito que deveria ter sim uma capacitação né no geral pra todos ACS, porque ainda tem ACS da nova e da antiga geração, então eles tiveram bem mais dificuldade pra trabalhar com esse aplicativo né (C).

Os ACS dos quatro municípios não se sentem preparados para lidar com certas situações e necessitam de cursos voltados para atender as diversas demandas que surgem da população. Para eles, há uma necessidade de atualização permanente que os ajude na prática. Expressaram a necessidade de sempre se atualizarem, pois, “as coisas” mudam muito rapidamente. Há relatos que alguns ACS buscam outras fontes de pesquisa como livros, internet, cursos de educação à distância para ajudar a atender melhor às necessidades das famílias.

As coisas elas mudam muito rápido, acontece muito rápido e não existe essa educação permanente (T).

Quando a gente tem acesso à internet, tem acesso aos livros a gente vai aprender a estudar pra poder passar melhor para as famílias (T).

Volta e meia eles colocam assim no nosso grupo né cursos que tá disponível online de graça né, principalmente no Unasus ... muita gente se inscreve e realiza o curso, mas bem online mesmo (F).

Houve relatos de participação em curso à distância como também de resistência em fazê-lo pela dificuldade de manuseio do computador, conforme narrativa:

Por conta de ser pelo computador, eu não entrei, mas teve bastante agente de saúde que fez (Cruz).

As intenções de aprender dos ACS foram engajadas na sua prática cotidiana. O significado configurou-se através do processo de desenvolver habilidades para responderem as demandas das famílias e comunidade inseridas no seu mundo social.

Diante da complexidade de atribuições, torna-se imprescindível ofertar formação condizente. A educação permanente em saúde, como processo educativo em relação com o trabalho, oportuniza o aprendizado e não transmite informações, por isso pode operar mudanças no cuidado (CECCIM; BRAVIN; SANTOS, 2011). A atuação dos ACSs na APS exige qualificação adequada e permanente, para assumir suas atribuições junto às ESF e à comunidade (COSTA *et al.*, 2013).

6.8 Processo de reificação criados pelas práticas dos ACS

Em conjunto com a participação, para Wenger (1998), a reificação é muito útil para descrever o envolvimento com o mundo como produtivo de significado, refere-se ao processo de dar forma à nossa experiência produzindo objetos que congelem essa experiência em "coisidade", produzindo abstrações, ferramentas, símbolos, histórias, termos e conceitos que reificam algo dessa prática de forma congelada. Neste estudo, observou-se objetos menos concretos e menos tangíveis, no entanto, foram manifestações de competências dos ACS que consideramos como reificação.

Explicitou-se nesta categoria, alguns pontos de foco em torno dos quais a negociação do significado se organizou.

- **O profissional de saúde faz-tudo**

Nos quatro municípios, os ACS relataram possuir multiplicidade de atividades, isto é, têm muitas atribuições a desenvolverem, inclusive, houve relato em Fortaleza da participação em outra função no posto de saúde. Essa participação em múltiplas atividades levam a sensação de “não dar conta” ou “fugir do limite do corpo”.

O agente de saúde é cheio de trabalho pra fazer que chega e a gente, além, de ter que tá digitando e agora aumentou mais o nosso trabalho, além, de nós ter que digitar a visita né, ter que cadastrar as pessoas e ter que se virar nos trinta (F).

E às vezes os próprios agentes de saúde são usados pra cobrir quando não tem o funcionário, pra ajudar. Então, por exemplo, se eu tenho o auxiliar técnico aí eu sou chamada pra cumprir aquele (F).

Às vezes pedem coisas que foge do nosso limite, do limite do nosso corpo (T). A gente tem tanta função e ao mesmo tempo tem hora que a gente diz assim ah meu Deus será que eu vou dar conta de fazer tanta coisa, tanta coisa (E).

É tanta coisa para nós agentes de saúde, pra nós ainda fazer um curso pra se deslocar até a cidade, né, até reunião as vezes, é demais (C).

Sabe-se que inúmeras atribuições foram sendo adicionadas as responsabilidades do ACS na ESF relacionadas com problemas sociais e de saúde, então, esses relatos colaboram com vários estudos que apontam a falta de limites dessas responsabilidades como um problema significativo ao trabalho desses profissionais no Brasil (MARTINES; CHAVES, 2007; BARALHAS; PEREIRA, 2011; SAKATA; MISHIMA, 2012; CRISPIM *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2012). Acrescido a isto, outras atividades sobrecarregam o ACS, como o trabalho em áreas descobertas e fora do horário (SILVA *et al.*, 2012). Estudos demonstram que a não clareza das demandas, assim como a oferta de capacitações descontextualizadas e a falta de apoio das equipes da ESF e da gestão, leva o ACS a permitir a cobrança de ações incongruentes (AVILA, 2011).

O fato de participar em múltiplas atividades, mediando as relações de serviços públicos com a comunidade, parece passar uma sensação de que:

O ACS tem que ser pra tudo (E).

Esse termo abstrato parece indicar algo congelado como reflexos de sua prática no processo de dar forma a essa experiência desse profissional de viver na APS. Wenger (1998) coloca que estes pontos de foco, em torno dos quais a negociação do significado se organiza,

são apenas a ponta de um iceberg que indicam contextos maiores de significados percebidos nas práticas humanas.

Estudos apontam que tanto o esgotamento (CABALLERO MARTÍNS *et al.*, 2001) como estresse profissional (CAMELO; ANGERAMI, 2008) têm se tornado cada vez mais sérias ameaças para os profissionais de saúde, podendo afetar sua qualidade de vida, a eficiência no trabalho, causar dificuldade de comunicação e insatisfação, com consequentes repercussões na qualidade do trabalho (CAMELO; GALON; MARZIALE, 2012).

- **O trabalho de ser psicóloga**

Muitas vezes os desafios para o trabalho em saúde na ESF extrapolaram as ações normativas desta categoria profissional, em virtude da complexidade e diversidade dos problemas. Chamou atenção as expressões relacionadas ao trabalho de “**ser psicóloga**”, uma prática implícita no seu cotidiano. Em todos os municípios, os ACS trouxeram em seus relatos uma forte ligação ao papel de apoiador emocional para as famílias diante das dificuldades enfrentadas.

A gente também ainda tem o trabalho de ser psicóloga do povo, advogada, a gente tem que defender as pessoas, as pessoas colocam a confiança delas na gente porque a gente criou um vínculo com as famílias (F).

Na minha área eu sou tudo, eu tenho que saber orientar de tudo, eu sou enfermeira, eu sou psicóloga, eu sou médica, eu sou tudo. Af a minha cabeça não aguenta (Tauá) uma das coisas que a gente tem que ser psicóloga, a gente tem que ser várias coisas, é muito difícil a gente não se comover e chorar junto com ela. A gente tem que ser forte para dar força pra ela. Mas, as vezes a gente não tem conhecimento. Eu nem sei que curso a gente poderia fazer (C).

Agente de saúde às vezes ela é psicóloga, ela é professora e eu já cheguei até a lavar louça na casa de um idoso que morava sozinho porque me incomodou eu chegar e ver ele em pé tentando lavar aquela louça e não conseguindo porque os filhos só chegavam a noite (E).

Muitas vezes a gente faz trabalho de psicólogo, de terapeuta porque a gente chega em pessoas muito carente, muito às vezes revoltada com o mundo e a gente faz esse trabalho de eu procuro ver mais essas pessoas que eu vejo que precisa mais do nosso apoio (E).

As narrativas colaboram com o que os autores Bornstein e David (2014) apontam sobre os agentes exercerem uma prática que se desvincula do trabalho normatizado e prescrito, e buscam tecer, criativamente, uma prática com base em valores solidários e de cuidado com as pessoas e famílias sob sua responsabilidade, legitimando-se na sua comunidade nesse

processo.

Silva *et al.*, (2015) aponta que o cuidado em si ultrapassa a oferta de ações e de serviços de saúde; se considerado na perspectiva de que a atenção à saúde lidamos com sujeitos, com suas vidas e suas perspectivas de cuidado produzida singularmente, o cuidado em saúde não pode ser subjugado aos procedimentos, às rotinas e protocolos assistenciais.

A escuta e o diálogo foram as duas ferramentas utilizadas durante as visitas domiciliares que os ACS associam ao o trabalho de “ser psicólogo”.

Função da gente é tudo na verdade, escutar de tudo, entendeu? Então, não é só acompanhar um hipertenso ou um diabético ou uma gestante, a nossa função é tudo, ouvir de tudo, entendeu? Tudo (E).

Gente faz o papel até do psicólogo né porque o idoso ele adora conversar. Quando a gente chega na casa de um idoso nossa ele conversa com a gente, ele não quer mais deixar a gente sair, às vezes eu to apressada né que eu tenho outras coisas pra fazer e eles não, eles fica puxando conversa, contando história da vida deles, aí é assim essa coisa né, e aí a gente sabe que a gente tá fazendo o bem pra aquele idoso né, isso é uma coisa que nos ajuda muito (C).

Tem uma que eu chego na casa dela... ela tá até fazendo acompanhamento no CAPS né. Ela fala que perde noite de sono, que o marido dela dorme separado dela e aquilo ali ela fica remoendo a noite inteira, ela disse que já deu vontade dela se matar. Aí eu converso com ela e digo não vale a pena você fazer isso, você tem os seus filhos, você tem a sua vida não vale a pena você fazer isso. Faça o seu tratamento direitinho, faça caminhada, saia pra passear né, saia pra conversar com as suas amigas (C).

A visita domiciliar propiciou a comunicação solidária entre o ACS e famílias, fortaleceu laços de vizinhanças e vínculos, que possibilitou adentrar na intimidade das famílias.

Partir mesmo pra questão de diálogo mesmo mais com a família e ali a gente vai se abrindo, na verdade a família que se abre muito pra gente e ali dentro da possibilidade a gente vai colocando as nossas opiniões pra família (T).

Você tá dentro das casas das pessoas e você quer ganhar confiança dessas pessoas e algumas pessoas tratam você como se você fizesse parte da família. Desabafam com você, contam os problemas, contam coisas, segredos daquela família, contam coisas que às vezes nem, o marido tá com problema e nem a esposa sabe (E).

quando a gente começou a trabalhar até foi um pouco complicado né só que no decorrer das visitas a gente vai tendo mais abertura, vai tendo confiança, e acho tão incrível que tem pacientes que tem mais paciente de conversar com o agente de saúde do que a própria família (C).

Os autores Pinto *et al.*, (2017), apontam que os diálogos operados na prática desses profissionais na comunidade estabelecem sentidos para as vidas, interpostos por condições e determinantes para sobrevivência. Nas conversas, as pessoas exprimem seus sentimentos e disponibilizam suas vivencias mais significativas para saúde. Para Costa e Ferreira (2011), com

gestos, escutas e conversas horizontais, a população incorpora em sua maioria, as orientações terapêuticas e as recomendações para prevenção e promoção da saúde.

Os autores Albuquerque e Bosi (2009) dizem que essas ações muitas vezes são reconhecidas por eles como geradoras de prazer no trabalho, muito provavelmente pelo reconhecimento e gratidão das famílias assistidas.

Emergeu uma potencialidade do vínculo com a comunidade, tornando-se atributo significativo para as relações vivenciadas. O vínculo como uma tecnologia relacional encontrou no ACS um pilar para sua construção, uma vez que este está mais próximo da realidade vivenciada pelas pessoas, fortalecendo uma das premissas básica para a atuação na Saúde da Família, conforme narrativa:

A gente se envolve, a gente cria um vínculo, uma amizade toda especial e a gente acaba que conhece toda a estrutura da família por completo (T).

Eis a potência do vínculo comunitário para o pressuposto da APS; as relações interpessoais se tornam base para o trabalho voltado para a promoção da saúde (GOMES; PINHEIRO, 2011).

- **As famílias como um ente querido**

Morar na comunidade pareceu favorecer o ACS a desenvolver mais empatia com as situações que ocorrem no território, importar-se com os problemas das famílias, desenvolvendo suas atividades com amorosidade e respeito, sentimentos que pareceram bem significativos para prática desses profissionais.

Eu sempre acredito que nós temos que olhar pro outro como um ente querido nosso independente que a gente vá fazer, vá falar, vá pensar né e exercer o trabalho ...pelo fato de nós a maioria morarmos na comunidade (F).

Como a gente trabalha muito dentro da comunidade a gente já se torna uma pessoa da família... então eu me sinto muito família deles né e sempre que precisam de mim eu não tenho isso, muitas vezes fora do meu horário de trabalho eu resolvo alguns problemas (E).

O agente de saúde a gente tem a nossa área como uma família... uma gestante na nossa área a gente trata a gestante, as crianças como a minha gestante, quer dizer, como se fosse um membro da nossa família (C).

Salienta-se que a empatia e o vínculo são considerados elementos centrais na relação do cuidado. Para que o relacionamento entre profissional e usuário seja promissor, é

preciso o conhecimento mútuo, em que muitas vezes, quando vínculo é forte, na execução do cuidado, o profissional assume lugar de membro da família na perspectiva do usuário (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

O vínculo é uma das premissas básicas para atuação na ESF e encontra no ACS um pilar para sua construção. Sua participação é essencial, visto estar em contato permanente com a comunidade, com suas famílias e com indivíduos que precisam muito de nós, dentro de suas expectativas, necessidades, culturas e valores.

Demonstram respeito aos hábitos, as crenças e a cultura das famílias quando na realização de suas práticas.

É importante porque a gente respeita também toda a crença dessa pessoa e aí quando ela nota que ela tá sendo respeitada e não afrontada ela respeita também o que a gente tá passando ali naquele momento (F).

Com religião já é um pouco mais diferente porque na minha área tem tipos de religiões e nessa hora tem que ter um jogo de cintura muito grande e por isso que eu te falei que quando eu chego na casa não tenho religião porque eu tenho que respeitar a religião do meu paciente, eu tenho que respeitar a crença dele. Na minha área tem umbanda, na minha área tem evangélicos, na minha área tem católicos e tem ateus, então tudo gira em torno daquele paciente (E).

É importante a gente trabalhar com a ética né nesse sentido, porque eles depositam total confiança em nós e se nós né sair de lá for contar a história dessa paciente pra qualquer outra pessoa acaba constringindo e deixando com que outras pessoas relatem seu problema pra nós, pra trazer (C).

Costa *et al.*, (2012) inferem que tais fatores, provavelmente, estão relacionados à noção de pertencimento do agente à área de atuação, pois esse profissional conhece a comunidade, suas crenças, seus valores e condições de vida e, muitas vezes, apresenta comportamentos semelhantes. Vislumbrando uma prática de cuidado coerente com a cultura de quem de quem se cuida, faz-se necessário o conhecimento e o respeito desta. Cortez e Tocantis (2006) afirmam que a compreensão da cultura aumenta o conhecimento do cuidador, proporcionando uma abordagem mais eficaz, com identificação de problemas vinculados ao processo de saúde e doenças muitas das vezes não identificada em ambientes formais de atendimento.

As autoras Morosini, Fonseca e Lima (2018) destacam a importância dos processos de escuta e a percepção de problemas e necessidades que poderiam ser invisíveis aos serviços, bem como a identificação e a criação de possibilidades de intervenção, dadas a partir de seus conhecimentos sobre a dinâmica da vida no território.

- **Capacidade de perceber as necessidades das famílias invisíveis aos serviços**

A inserção profunda no ambiente de trabalho favoreceu os ACSs reconhecerem situações de risco à saúde das pessoas. Ao realizar as visitas domiciliares, onde se depararam com questões sociais e foi neste momento que ele ampliou a sua visão de saúde.

Uma usuária tá criando uma sobrinha, 18 anos, que tá grávida e não tem marido, a filha dela foi para São Paulo e deixou uma neta de dois anos de idade, vez três anos agora, tem uma filha adolescente que tá dando dor de cabeça, é junta com um homem que não dorme com ela, vive bêbado, vive brigando, não tem apoio de mãe, a mãe dela é bem idosa, o irmão está com cirrose, a barriga pra estourar, intrigado com a outra irmã, só tem ela naquela casa, então a gente vê que tudo que ela precisa (E). É muito bom eu chegar aqui na sua família e tá a mil maravilha, mas quando eu chego lá no outro que não tem nem sequer água no pote tem porque tão mandando botar e quando não tem o que comer e a casa tá cheia de menino ou quando você tem um adolescente que tá entrando num estado depressivo.... Você se sensibiliza com um problema desse? Aí eu vou chegar lá e dar tchau e mandar assinar aqui pra provar que eu tive lá? (T).

Silva *et al.*, (2015) coloca que a ESF se constitui em um *locus* privilegiado de vivências do cuidado além da própria saúde, dada a sua inserção em território afetivos e singulares. Ela se apresenta como esse lugar onde o cotidiano estabelece os modos de agir. Identifica-se necessidade de os profissionais também serem sujeitos de sua prática investindo no que é significativo.

Nos municípios de Tauá e Eusébio, os ACSs mencionaram que mesmo seu trabalho sendo avaliado pelos superiores por meio de metas, como o número de visitas realizadas ao mês, importava a eles atender às necessidades singulares das famílias. Essas demandas chegam diariamente durante as visitas aos domicílios, onde várias foram atendidas pelos ACS, mas este processo frequentemente não foi reconhecido, ou seja, fica invisível aos demais membros da equipe e à gestão dos serviços. Eles sentiram-se mais gratificados em ajudar a responder as demandas das famílias, porque se colocaram no lugar do outro, ou seja, desenvolveram empatia com seus semelhantes.

Eu faço por onde cobrir minhas prioridades, mas eu dou atenção a necessidade da família (T).

Aquele problema acaba trazendo pra gente minha gente e nós somos sensíveis, nós temos sentimentos. Primeiro de tudo antes de ser agente de saúde quando eu chego ali eu gosto muito de me colocar no lugar do outro (T).

Eu saí de casa hoje de manhã eu queria fazer oito visitas, eu passei duas horas e fiz uma visita e fiquei satisfeita com a minha visita e eu acho que ela também ficou

satisfeita porque foi proveitoso, ela conversou o que ela queria e eu ouvi e eu acho que ela só queria ser escutada hoje (E).

Não me custou nada, lavei (a louça) e depois fui sentar com ele, perdi bom tempo da minha produtividade, mas pra mim foi recompensador porque o tempo que eu passei com esse idoso eu fiz ele rir, eu fiz ele brincar um pouco e ele se distraiu (E).

Brand, Antunes e Fontana (2010) identificaram que os agentes comunitários de saúde se sentem extremamente satisfeitos e valorizados quando recebem atenção ou são ouvidos pela comunidade, sendo nesse caso, quando conseguem provocar alguma mudança positiva, refletindo diretamente na qualidade do cuidado prestado.

Possivelmente seja nesse momento de visita domiciliar que os ACS mais fortemente contrapõem se ao modelo biomédico hegemônico, já que a maioria das atividades exigidas são voltadas para atender às demandas de ações pragmáticas da unidade de saúde. Essa negociação de significado entre o que é exigido institucionalmente e o que está intrínseco ao ser ACS, que estabelece práticas de atender às necessidades das famílias invisíveis ao serviço, busca alcançar o paradigma proposto pela ESF do olhar para família. Ele está implicado na superação do paradigma da biomedicina e na incorporação do referencial da promoção da saúde.

- **“Olhos “e “escudo do PSF”**

Em Tauá, os termos “Olhos” e “escudo do PSF” foram evidenciados nas falas dos participantes do estudo. Os ACS sentem que são os primeiros da equipe de saúde que entram em contato com os problemas da comunidade, e ao exercer este papel transformam-se em “olhos” e “escudo” do PSF, ou seja, são eles que recebem sempre o primeiro impacto das demandas que surgem na comunidade. Por serem a porta de entrada absorvem as demandas de forma integral.

Nós somos os olhos do PSF, tudo que acontece na nossa área a gente vem até aqui pra dar o alerta em todos os casos (T).

Nós somos escudo, nós somos escudo, nós somos porta de entrada, A gente mexe com todo tipo de gente, com todo tipo de problema (T).

Nós somos o olhar da comunidade, o olhar da saúde, as portas de entradas é o agente comunitário (T).

A população nos conhece, sabe onde a gente mora até porque é obrigação nossa morar dentro da nossa microárea, o programa ele exige isso da gente. E como nós somos

escudo não tem essa atenção voltada pra nossa saúde, nossos benefícios e nem a questão de protetor solar, nem a questão de exames, nem a questão nada, nada (T).

O fato de dominar muitas informações e de articular ações mediando as relações de serviços públicos com a comunidade, trouxe aos ACS de Tauá e Cruz uma sensação de controle e possivelmente poder. Ao conseguir dar respostas a perguntas sobre a comunidade, sentem-se privilegiados, envolvendo-se com vários aspectos da vida comunitária, incluindo a saúde, saneamento, educação e até segurança.

Conhecemos a realidade de cada um da nossa família. tenho cento e seis famílias, se você me perguntar a realidade de cada uma e só a dois anos eu trabalho (C).

Pode me perguntar o nome de qualquer família eu lhe digo o nome e se tiver um apelido também. Então assim, todo os dados da comunidade tá nas minhas mãos (T).

A saúde anda nas minhas mãos, a educação anda nas minhas mãos, a segurança anda nas minhas mãos, então assim, tudo, tudo que vem e que pertence dentro da comunidade o agente comunitário ele é quem é o feedback (T).

- **Elo entre a ESF e a comunidade**

Na compreensão do ACS dos municípios em estudo, eles constituem-se um "elo" entre a comunidade e a unidade básica de saúde, conforme narrativas:

O agente de saúde ele é o elo que liga a comunidade à unidade de saúde, porque é o agente de saúde que leva a informação, o agente de saúde é a pessoa que entre aspas leva a saúde em si a pessoa (F).

Eu me considero como um elo entre a comunidade e a equipe com o qual eu trabalho, tanto trago a comunidade até a equipe como levo a equipe até a comunidade (E).

O agente de saúde tá no campo da frente né, tá na batalha, tá nas visitas, tá dentro dos lares, então assim, a gente é um elo da enfermeira e da médica com o público, então assim, a gente tem que tá levando as informações (E).

A gente ouve muito a população e a gente transmite ao posto de saúde, e fazemos essa ligação né do que se passa na família para a unidade de saúde e da unidade de saúde para a família (C).

O ACS como mediador ou elo entre a comunidade e os serviços de saúde ou entre saberes diferentes tem sido abordado por vários autores e documentos oficiais (BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

Conhecer as famílias e estar em contato com elas, colaboram com a equipe a compreender situações de difícil controle de agravos, exercendo um papel importante no cuidado à saúde, segundo relatos dos ACS de Fortaleza:

Um hipertenso da minha área que ele parecia uma bomba relógio né, a qualquer momento ele podia enfartar e aqui no posto a gente já não sabia mais o que fazer, aí a doutora Fátima (enfermeira) você vai ter que ir lá na casa dele e ver o que é acontece no dia a dia. Eu fui ver. A esposa dele enchia a colher com sal e essas coisas... (F).

Porque às vezes eles tenta passar pra gente uma realidade que não existe e aí a gente vai pegando ali aqueles ponto que a gente tem e que a gente sabe que vai ter que trabalhar e casos mais graves a gente passa pro enfermeiro, aí tuberculoso que tem uns muito resistente a gente só falta botar (a medicação) na boca (F).

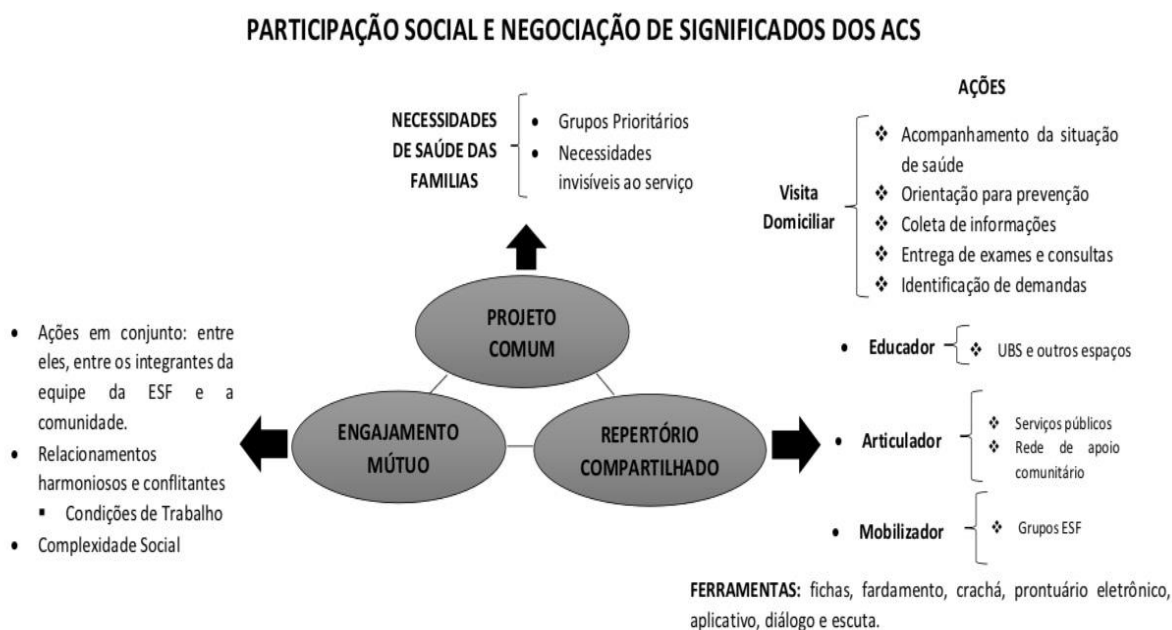
Ser o "elo" da equipe com a comunidade parece muito incorporado à identidade deste coletivo de profissionais, e pode ser um resultado da negociação de significados própria das CdP. O achado desta dimensão da identidade profissional dos ACS está em coerência com outros estudos que evidenciaram o papel preponderante do ACS como elo entre comunidade e equipe de saúde, comunicando à equipe as condições de saúde e as demandas dos usuários, auxiliando no planejamento e operacionalização da oferta de serviços, e facilitando o acesso daqueles que precisam de atendimento (SAKATA; MISHIMA, 2012; FILGUEIRAS; SILVA, 2011; SILVA *et al.*, 2012; LANZONI; CECHINEL; MEIRELLES, 2014).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar o trabalho dos ACS na ESF à luz da teoria das Cdp com enfoque na negociação de significados. Discutimos a participação social destes profissionais na ESF, analisando os significados que extraem de sua prática, bem como analisamos os processos de reificação criados por meio de suas práticas.

A participação social e negociação de significados produzidos estão representados esquematicamente na Figura 10.

Figura 10 – Participação social e negociação de significados dos ACS produzidos por suas práticas na ESF



Fonte: Adaptado de Wenger,(1998).

O corpus de dados aqui apresentado, analisado à Luz da CDP, aponta que a participação dos ACS foi marcada pela vivência com/na comunidade no cotidiano de suas práticas, principalmente por meio da visita domiciliar, corroborando com estudos de metodologia quantitativa. O trabalho realizado no território compreendeu várias atividades, dentre elas: o acompanhamento da situação de saúde, orientação para prevenção, coleta de informações em saúde, entrega de exames e consultas especializadas e identificações de novas

demandas, apoiando as famílias para obtenção do acesso aos serviços de saúde no caso de doenças agudas ou no caso de agudização de agravos crônicos.

Ainda compondo o repertório compartilhado desses profissionais, estão o papel de educador, realizando ações educativas nas UBS e em outros espaços sociais da comunidade, atuando também como mobilizador da participação comunitária em grupos de saúde organizados pelas equipes da ESF e/ou do/ NASF. Outro papel que marca a prática desses profissionais é o de articuladores dos serviços ofertados por diversas políticas públicas no território, envolvendo outros pontos de atenção bem como pontos de apoio comunitários. As ferramentas para desenvolvimento de suas práticas são desde as legitimadas pelo governo, como fichas, fardamento, crachá de identificação e prontuários eletrônicos, como inovações tecnológicas que foram incorporadas por iniciativa dos profissionais da ESF (dispositivos móveis para navegar na internet e para telefonia, aplicativos de comunicação). Além disso, o uso do diálogo e a escuta permeiam a prática desses trabalhadores e todas essas ferramentas são significativas para a prática desse profissional.

Os ACS têm como projeto comum responder as necessidades de saúde demandadas pela comunidade onde atuam. Nas visitas domiciliares, o foco principal de sua atuação foi o acompanhamento dos grupos prioritários, correspondentes as ações programáticas do MS: crianças menores de dois anos, gestantes, puérperas, hipertensos, diabéticos e acamados ou domiciliados. No entanto, observou-se que a realidade do cotidiano dos ACS coloca-os diante de demandas das mais diversas, e caracterizou-se por situações de complexidades sociais, incerteza e conflitos de valores, por vezes permeadas por demandas não acolhidas institucionalmente e quase sempre invisíveis aos serviços de saúde. É importante ressaltar que frequentemente os ACS necessitam dar respostas às situações para os quais ainda não foram adequadamente formados, dado que a maioria não concluiu o Curso Técnico para ACS (BARRETO *et al.*, 2018), e tampouco recebem suporte de outros agentes e serviços públicos.

A negociação do projeto comum não está apenas em objetivos declarados como nas atribuições especificadas destes profissionais na PNAB 2017, mas permeia a necessidade de responder as intrincadas demandas de necessidades de saúde das populações, produzidas por determinantes sociais intermediários e distais da saúde no Brasil.

O interesse comum de responder as necessidades de saúde ampliadas das famílias, desenvolve o engajamento mútuo dos ACS e destes com os demais membros da equipe da ESF, nascendo desta interação a negociação de significados.

Assim, eles constroem um processo de responsabilidade mútua na sua comunidade de procurar vincular as famílias à ESF, de viabilizar o acesso das famílias, dentre elas, as mais vulneráveis, às políticas sociais e ao serviço de saúde. Sentem como dever, um compromisso deles ajudar às famílias, sendo parte do seu ofício. Vão criando interpretações das situações dessas famílias e do seu próprio papel como membro da comunidade de prática dos ACS.

Desta forma, vão realizando ações em conjunto e, criando relacionamentos, harmoniosos e conflituosos. Uma das práticas, típicas em CdP, e inclusive, referida em todos os casos estudados foi, por exemplo, a da inserção de novos ACS na Estratégia Saúde da Família a partir da colaboração de ACS mais antigos, que vão ensinando no contexto do trabalho as ações dos ACS aos novatos. Trabalhar colaborativamente para atender uma área que temporariamente está sem ACS, mobilizando a comunidade para ações de saneamento ambiental, coleta de lixo e eliminação de focos do mosquito *Aedes aegypti*, por exemplo, é um elemento do engajamento mútuo dos ACS.

Muitas vezes, sofrem com o conflito de ter de atender as exigências dos serviços, como a coleta de informações detalhadas sobre as famílias, em detrimento das demandas de adoecimento que frequentemente surgem destas, em sua leitura, mais urgentes e prioritárias. Uma situação de exacerbação da exigência de novas informações aconteceu no caso de Tauá, em que foi incorporada no preenchimento de fichas com o modelo de cálculo de predição de risco das pessoas para diabetes. Não que esta ação seja desnecessária, mas que esta nova atribuição seja dialogada com os ACS, e equilibrada com outras atividades, de forma a evitar excessos na carga de trabalho.

A gestão tem que se aproximar de forma a visualizar as complexidades que eles abordam na prática, dando suporte na resolução dos problemas complicados, que muitas vezes são abordados isoladamente pelos ACS. Nos casos estudados, os ACS exerciam melhor seu papel de articulador da ESF nos territórios, quanto mais a equipe e a gestão municipal de saúde criaram espaços de diálogo com estes.

Os achados do presente estudo remetem à possibilidade de formação de duas Comunidades de Prática fronteiriças no contexto da ESF, a dos ACS e a constituída por todos os profissionais da equipe.

A CdP dos ACS se engaja e compartilha desafios e aprendizados singulares do trabalho caracterizado pelo contato e relacionamento mais íntimo com as famílias do território, que revelam necessidades muito menos sentidas ou mesmo invisíveis aos outros profissionais

da ESF. Estas necessidades, porém, não podem ser respondidas pela CdP dos ACS isoladamente, é preciso que a potencial CdP da equipe da ESF e os gestores municipais participem efetivamente do processo. Do contrário o que ocorre é uma transferência indevida de responsabilidades do poder público em geral para um coletivo específico de trabalhadores públicos.

As reuniões de equipe da ESF constituem-se em uma oportunidade para gerar novas negociações e novos significados, espaços institucionalizados no processo de trabalho que possibilita refletir sobre as práticas cotidianas, favorecem o engajamento e, por conseguinte, a melhoria da sua prática e as respostas dadas às necessidades de saúde da população.

As intenções de aprender dos ACS estão relacionadas aos desafios da sua prática cotidiana. O significado configura-se através da necessidade sentida de desenvolver conhecimentos e habilidades para responder as demandas das famílias e comunidade inseridas no seu mundo social. Se não ocorre a escuta das demandas do território trazidas pelo ACS e o planejamento coletivo das ações, o ACS se desagrega e, se distancia da equipe de profissionais da ESF que atua principalmente no espaço da Unidade Básica de Saúde, enfraquecendo a potencial CdP que potencialmente pode se constituir por todos os profissionais da equipe. A intensidade da participação de todos os membros da equipe, aumenta a segurança dos ACS em seu processo de trabalho, contribuindo para que eles aprofundem seu engajamento na CdP tanto da ESF como na dos ACS.

No processo de realizar suas práticas no cotidiano, o ACS foi criando significados para si mesmo e para seu processo de trabalho, como a escuta e o olhar do serviço de saúde direcionados às comunidades, constituindo-se como uma espécie de guardião. Nesse processo, eles dedicam uma parte boa do seu tempo à escuta e olhar para essas famílias, em especial as mais vulneráveis, criando outros significados para seu fazer, como, por exemplo, o de serem “psicólogos”. A negociação dos significados permitiu a criação de objetos reificados menos tangíveis e menos concretos, no entanto, foram manifestações de competências dos ACS.

Assim, este jeito de agir com base em valores solidários, amplia a capacidade destes profissionais de perceberem as necessidades de saúde invisíveis aos serviços, e realizarem o cuidado que ultrapassa a oferta de ações programáticas, investindo no que é significativo para eles. Este achado também foi verificado no estudo de Ferreira *et al.*, (2009), investindo no que é significativo para eles.

O fato de se depararem no dia a dia na comunidade, e, estarem abertos a praticamente todo tipo de demanda que possa surgir, sentindo-se responsável em dar resposta a todos os problemas, porém incapazes de atender à esta exigência, muitas vezes causa um sentimento de frustração que já foi associado ao adoecimento por depressão em outro estudo (SILVA *et al.*, 2016).

Ser o "elo" da equipe de saúde com a comunidade parece muito incorporado à identidade deste coletivo de profissionais, e pode ser um resultado da negociação de significados própria das CdP.

Cada ato de participação ou reificação refletiu a mútua constituição entre os ACS individual e coletivamente. Suas práticas, linguagens, artefatos e visões de mundo refletem suas relações sociais. Eles se envolveram uns com os outros bem como com demais participantes da equipe ESF, quando estes incluem no seu trabalho a interlocução com os ACS. As práticas implicam numa forma de ser "ACS", formando nessa trajetória uma identidade que para Wenger (1998) está sempre acontecendo, e é algo que constantemente negociamos e lidamos na questão profunda de como ser um ser humano.

O referencial teórico e metodológico CdP mostrou-se interessante para analisar as práticas desses profissionais em seus aspectos cognitivos e subjetivos, e em suas reflexões explícitas e tácitas. Observou-se que quanto maior o envolvimento desses profissionais no processo de negociação de significados (engajamento), mais se potencializou a construção de novos sentidos e novas formas de participação na sua prática, compreendida tanto como um fazer em um contexto histórico e social, quanto como um campo de construção de sua identidade.

No entanto, apesar da minha aproximação com a realidade do trabalho do ACS, no caso deste estudo, que tem como base conceitual a Teoria de Aprendizagem Social, não ter realizado uma observação direta da atividade dos ACS nos quatro municípios, para observar como se comportavam e construíam a negociação de significados a partir das dificuldades enfrentadas, constituiu-se como um fator limitante na pesquisa.

Ao elaborar esta dissertação, pude compartilhar com a ACS da minha equipe da ESF, Maria Eliene Magalhães, algumas ideias sobre a negociação de significado do trabalho que desenvolvem no seu cotidiano. Com talento para desenho, esta profissional materializou a participação do ACS na ESF em uma gravura carregada de significados (Figura 13):

Figura 11 – Desenho colorido sobre a prática dos ACS



Fonte: Elaboração própria, 2019.

Este trabalho contribui para explicar o porquê, ou melhor, o como a ESF traz impactos tão importantes, principalmente o de produzir equidade no acesso à atenção primária à saúde, uma vez que ela prioriza grupos mais vulneráveis, idosos, pessoas em condição social de vulnerabilidade, acamados, crianças, gestantes, hipertensos e diabéticos. Esse resultado explica-se em grande parte pela participação do ACS, sendo consequência de seu adentramento no território, trazendo capilaridade para as ações da ESF.

A APS precisa de capilaridade em quantidade e qualidade suficiente no território (STARFIELD, 2002) e este estudo aponta o protagonismo dos ACS nesse processo, desenvolvendo principalmente mecanismos para ouvir e escutar as necessidades de saúde da população, por vezes, invisíveis ao serviço de saúde, bem como, mecanismos de orientação as famílias, colaborando neste sentido na efetivação de princípios do SUS, como a integralidade e a resolutividade.

Espero que esta dissertação, não seja apenas mais uma pesquisa, mas sirva como um instrumento para somar e colaborar, não somente com os ACS, mas com todos que acreditam ser possível construir um sistema de saúde equânime e integral para todo cidadão brasileiro.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A.L. et al. O pesquisador In- Mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: MERHY, E.E. et al. **Avaliação Compartilhada do Cuidado em Saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. v. I. Rio de Janeiro (RJ): Herix, 2016. p. 22-30.
- ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1103-1112, 2009.
- ANDRADE, L. O. M.. **A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade**. 01. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. v. 01. 293p .
- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; PAULA, J.B. Promoção da Saúde: aspectos históricos e conceituais. In: ROUQUAYROL, M.Z; GURGEL, M. (Orgs). **Epidemiologia e Saúde**. 8ª ed., Rio de Janeiro, 2018. 752 p.
- ANDRADE, Luis Odorico Monteiro de; BEZERRA, Roberto Cláudio Rodrigues; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha. O Programa Saúde da Família como estratégia de atenção básicas para os municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública (RAP)**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 327-349, 2005.
- ANDRADE, L.O.M. et al. Estratégia Saúde da Família e o SUS. In: ROUQUAYROL, M.Z; GURGEL, M. (Orgs). **Epidemiologia e Saúde**. 8ª ed., Rio de Janeiro, 2018. 752 p.
- ANDRADE, L.O.M. et al. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z; GURGEL, M (Orgs). **Epidemiologia e Saúde**. 8ª Ed., Rio de Janeiro, 2018. 752 p.
- AQUINO, R. et al. Programa de Saúde da Família: análise de sua implantação no Brasil. In: SILVA, L.R. (org). **Diagnóstico em pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, p. 1031-1040.
- ASSIS, M.M.A. et al. **Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador. Ed UFBA, 2010.
- AVILA, Maria Marlene Marques. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 349-360, 2011.
- BARALHAS, Marilisa; PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 31-46, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2012.

BARRETO, I.C.H.C. Sistema Saúde Escola. In: BARRETO, I.C.H.C; LOIOLA, F.A (orgs). **Comunidades de prática e saúde**: uma introdução ao tema. Saberes. Campinas (SP), 2014.

BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; LIRA, Geison Vasconcelos. A bioética e a estratégia saúde da família. **SANARE**, v. 4, n.1, p.15-18, 2003.

BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; Machado, M. F. A. S. ; NUTO, S. A. S. ; FREITAS, R. W. J. F. ; PESSOA, V. M. ; MEYER, A. P. G. F. V. ; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de ; ANDRADE, R. D. M. . **Relatório Técnico Anual da Pesquisa CAMPO DE PRÁTICAS PROFISSIONAIS E ACESSO AO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO CEARÁ**. 2016.

BINDA, Josiana; BIANCO, Mônica de Fatima; SOUSA, Eloísio Moulin de. O trabalho dos agentes comunitários de saúde em evidência: uma análise com foco na atividade. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 389-402, 2013.

BRAND, Cátia Inácia; ANTUNES, Raquel Martins; FONTANA, Rosane Teresinha. Satisfações e insatisfações no trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enferm.**, Paraná, v. 15, n. 1, p. 40-47, 2010.

BORNSTEIN, Vera Joana; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe Saúde da Família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 107-128, 2014.

BORNSTEIN, Vera Joana; STOTZ, Eduardo Navarro. Concepts involved in the training and work processes of community healthcare agents: a bibliographical review. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 259-268, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **E-SUS Atenção Básica**. 2019. Disponível em:< <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Acesso em: 17 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O Programa Academia da Saúde**. 2019.

BRASIL. **Medida provisória nº 827**, de 19 de abril de 2018. Altera a lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006, quanto aos direitos dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias. Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 83, 10 de janeiro de 2018. Institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde- PROFAGS, para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combates

às Endemias (ACE) no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 35**, de 11 de agosto de 2017. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2017/Reco035.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 958, de 10 de maio de 2016. Altera o anexo I da Portaria nº 2488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para ampliar as possibilidades de composição das equipes de atenção. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 959, de 10 de maio de 2016. Define o valor do incentivo de custeio referente ao acréscimo de profissionais- Saúde da Família. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.132, 9 de junho de 2016. Revoga as portarias 958 e 959, após pressão da categoria e de instituições ligadas a Saúde Coletiva, alegando restringir o trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família e reforçar a precarização do trabalho no SUS. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95**, de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em:<<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.121, de 18 de dezembro de 2015. Altera o Anexo I da portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para reforçar as ações voltadas ao controle e redução dos riscos em saúde pelas Equipes de Atenção Básica. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2015.

BRASIL. Presidência da República. Decreto do Executivo nº 8.474, de 22 de junho de 2015. Dispõe sobre a assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a ser prestada pela União para o cumprimento do piso salarial profissional de que trata o art. 9º-C da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, e sobre o incentivo financeiro para o fortalecimento de políticas afetas à atuação de Agentes Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias de que trata o art. 9º-D da referida Lei. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2015. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/decreto/d8474.htm>. Acesso em: 18 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.962, de 3 de dezembro de 2015 alterou a portaria 1.024/GM/MS, de 21 de julho de 2015, que define a forma de repasse dos recursos da assistência financeira complementar (AFC) da união para o cumprimento do piso salarial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e do incentivo financeiro para fortalecimento políticas afetas à atuação dos ACS. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2015. Disponível em:<
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/portaria-1962.pdf>>.
Acesso em: 18 abr. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.994, de 17 junho de 2014. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2015. <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/112994.htm>. Acesso em: 18 abr. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2012.

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

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 63, de 4 de fevereiro de 2010. Altera o § 5º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre piso salarial profissional nacional e diretrizes para os Planos de Carreira de agentes comunitários de saúde e de agentes de combate às endemias. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.350, 5 de outubro de 2006. Regulamenta o 5º art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde**: área profissional saúde. Brasília (MS): 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação do SUS**. Lei nº10.507, de 10 de julho de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas de promoção à saúde**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Modalidades de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite**. Brasília (MS), 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 44, de 3 dezembro de 2002. Definir as atribuições do Agente Comunitário de Saúde ACS na prevenção e no controle da malária e da dengue. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Brasil, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília (MS), 2001.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 1444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Brasil, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n ° 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. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1997.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional da Saúde. In: **Anais da 8ª Conferência Nacional da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRAUN, Rebecca et al. Community health workers and mobile technology: a systematic review of the literature. **Plos One**, San Francisco, v. 8, n. 6, p. 1-12, 2013.

BUSS, P. Enfoques prioritários em Saúde Pública. In: Organización Panamericana de la Salud. **Desafíos para education in salud públic, la reforma sectorial y las funciones esenciales de Salud públic**. Washington, OPS, 2000. 7-26 p.

CABALLERO MARTÍN, M.A. et al. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. **Atención Primaria**, v. 27, n. 5, p. 313-317, 2001.

CAMELO, Silvia Helena Henrique; ANGERAMI, Emília Luigi Saporiti. Estratégias de gerenciamento de riscos psicossociais no trabalho das equipes de saúde da família. **Rev Eletr Enf.**, v. 10, n. 4, p. 915-23, 2008.

CAMELO, Silvia Helena Henrique; GALON, Tanyse; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Formas de adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde e estratégias de gerenciamento. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. esp., 1, p. 661-7, 2012.

CARDOSO, Andréia S.; NASCIMENTO, Marilene C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1.509-1.520, 2010.

CARTÃO SUS. **CadSus Web**. 2019. Disponível em:< <http://cartaosus.org/cadsus-web>>. Acesso em: 17 mar. 2019.

CEARÁ. Fiocruz. **Campo de Práticas e Acesso ao Cuidado na Estratégia Saúde da Família no Ceará**. Relatório de Pesquisa, Fortaleza, Ceará, 2018.

CEARÁ. Governo do Estado. **Governo sanciona lei adicional de insalubridade para os agentes de saúde**. Portal do Governo. 2018. Disponível em:< <https://www.ceara.gov.br/2018/03/09/governo-do-ceara-sanciona-lei-de-adicional-de-insalubridade-para-agentes-de-saude/>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

CEARÁ. Diretoria de Educação Profissional em Saúde. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Relatório Final do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde**. 2017.

CEARÁ. **Caderno de Informação em Saúde, região de saúde Tauá**. 2016.

CEARÁ. Fiocruz. **Campo de Práticas e Acesso ao Cuidado na Estratégia Saúde da Família no Ceará**. Projeto de Pesquisa, Fortaleza, Ceará, 2015.

CECCIM, Ricardo Burg; BRAVIN, Fábio Pereira; SANTOS, Alexandre André dos. Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de saúde como política pública. **Lugar Comum**, Rio de Janeiro, n. 28, p. 159-180, 2011.

CECCIM, Ricardo Burg; MERHY, Emerson Elias. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 531-542, 2009.

CHIESA, A.M.; FRANCOLLI, L.A. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. **Rev. Bras. Saúde Fam.**, v.5, n. 7, p. 42-49, 2004.

CORTEZ, Elaine Antunes; TOCANTINS, Florence Romijn. Em busca de uma visão antropológica no Programa de Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 800-804, 2006.

COSTA, Marta Cocco da et al. Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 134-140, 2012

COSTA, Simone de Melo et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, 2013.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. Tradução: Sandra Mallmann da Rosa; revisão técnica: Dirceu da Silva 3ª. ed., Porto Alegre: Penso., 2014.

CRISPIM, Juliane de Almeida et al. Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 721-727, 2012.

CUBAS, Marcia Regina et al. Components of social learning theory in a tool for teaching Nursing. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 5, p. 906-912, 2015.

DA SILVA, Andréa Tenório Correia da et al. Depression in Primary Care Teams in Brazil. **Am J Public Health**, v. 106, n. 11, p. 1990-1997, 2016.

DEMO, P. **Metodologia científica em Ciências Sociais**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1985.

DESLAURIERS, J.P.; KERISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. et al, **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 4ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

EUSÉBIO. Prefeitura Municipal. **Informatização da Rede de Saúde do Eusébio será concluída em março**. 2018. Disponível em: <<http://eusebio.ce.gov.br/informatizacao-da-rede-de-saude-do-eusebio-sera-concluida-em-marco/>>. Acesso em: 17 mar. 2019.

EUSÉBIO. Prefeitura Municipal. **Eusébio recebe o Selo Bronze de Qualidade 2018**. 2018. Disponível em: <<http://eusebio.ce.gov.br/eusebio-recebe-o-selo-bronze-de-qualidade-2018/>>. Acesso em: 17 mar. 2019.

EUSÉBIO. Prefeitura Municipal. **Atendimento Domiciliar Especializado é lançado no município**. 2014. Disponível em <http://eusebio.ce.gov.br/atendimento-domiciliar-especializado-e-lancado-no-municipio/>>. Acesso em: 17 mar. 2019.

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

FILGUEIRAS, Andréa Sabino; SILVA, Ana Lúcia Abrahão. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-916, 2011.

FIOCRUZ. Ceará. **Relatório Pesquisa Campo de Práticas Profissionais e acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da família do Ceará**. Dezembro, 2016.

FLICK, U. Entrevista episódica. In: GASKEL, G.; BAUER, M.W. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 114-136.

FONSECA, A.F. O Trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na Educação em Saúde. Tese. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. 233 f.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**, 2014. 245 p

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Ofício nº 3292/2013**, de 18 de outubro de 2013, dispõem sobre as normas para organização das ações e serviços das UAPS. 2013.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão, 2006**. 319 p. Disponível em: <<https://issuu.com/sitesms/docs/relgestao2006>>. Acesso em: 16 jan. de 2018.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão, 2005**. 341p. Disponível em: <<https://issuu.com/sitesms/docs/relgestao2005>>. Acesso em: 16 jan. de 2018.

FÓRUM SOCIAL MUNDIAL. Home page. 2018. Disponível em: <<https://wsf2018.org/>> Acesso em: 17 mar. 2019.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al . Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 46, p. 575-586, 2013

GALHEIGO, Sandra Maria et al. Exchanging knowledge within a Community of practice: toward na epistemology of practice in Occupational Therapy paediatric hospital care. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v.25, n. 3, p. 449-459, 2017.

GALLARDO, H. **Teoría Crítica**: matriz e possibilidade de direitos humanos. São Paulo: Ed. Unesp, p. 111-129, 2004.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L et al (Orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2008.

GIOVANELLA, L *et al.* Saúde da Família: limites e potencialidades para uma abordagem integral da atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**. 2009; 14(3): 783-794.

GOMES, Karine de Oliveira *et al* . O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1143-1164, dez. 2010.

GOMES, Mônica Araújo; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 357-363, 2005.

GONDIM, Sônia Maria Guedes. Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 7, n. 2, p. 299-309, 2002.

GUANAES-LORENZI, Carla; PINHEIRO, Ricardo Lana. Is the value of Community Healthcare Agents in Brazil's Family Health Strategy receiving full recognition?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2537-2546, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sinopse do Censo demográfico de 2010**. Ceará. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=29&uf=23>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 26 de jan. 2019.

JARDIM, Tatiana de Andrade; LANCMAN, Selma. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 123-135, 2009.

KENDALL, B.C. **The village contexto of Honduras' villgae Health Worer programe**. p. 241-60, 1992.

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. In: POPE, C.; MAYS, N.(Org.). **Qualitative research in health care**. 2. ed. London: BMJ Books, 2000.

LAKHANI, M. et al. **The future of general pratice: a roadmap**. London, Royal college of general Practitioner's, 2007.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians Ottawa**. Health and Welfare: 1974.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; CECHINEL Caroline; MEIRELLES Betina Hörner Schlindwein. Agente comunitário de saúde: estratégias e consequências da sua rede de relações e interações. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 123-131, 2014.

LAVE, J; WENGER, E. **Situated learning: Legitimate peripheral participation**. Ed. Cambridge University Press, 1991.

LAVOR, A.C.H; LAVOR, M.C; LAVOR, I.C. Agente Comunitário de Saúde: um novo profissional para novas necessidades de saúde. **SANARE**, v. 5, n. 1, p.121-128, 2004.

LEITE, A. L. S.; PAULON, S. Atenção básica e desinstitucionalização da loucura: acionando competências dos agentes comunitários de saúde. In: PAULON, S.; NEVES, R. **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, p. 99-112, 2013.

LIMA-CAMARA, T. N. Arboviroses emergentes e novos desafios para a saúde pública no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p.1-7, 2016.

LIMA, A. G. et al. Fotoexposição solar e fotoproteção de agentes de saúde em município de Minas gerais. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 3, p. 478-482, 2010.

LOTTA, Gabriela Spanghero. Saberes locais, mediação e cidadania: o caso dos agentes comunitários de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 210-222, 2012 .

LOURAU, R. **A Análise Institucional**. 3ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2014.

LUNT, P.; LIVINGSTONE, S. Rethinking the focus group in media and communications research, **Journal of Communication**, v. 46, n. 2, p. 79-98, 1996.

MACIAZEKI-GOMES, Rita de Cássia et al . The work of the community health worker from the perspective of popular health education: possibilities and challenges. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1637-1646, 2016.

MACINKO, J; ALMEIDA, C; OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: Teste de uma metodologia. **Saúde Debate**, 2003; 27(65); 243-256.

MACINKO, James; MENDONCA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 18-37, 2018.

MÄKÄRÄINEN-SUNI, I; HONG, J. Ba and communities of practice in research and strategic communities as a way forward. In: RIVERA HERNÁNDEZ, O. R; BUENO CAMPOS, E (Eds). **Handbook of research on communities of practice for organizational management and net working: methodologis for competitive advabtage**. Herhey, P.A: Information Science Reference, 2011, p. 46-49.2011

MARTIN, Viviane Barrere; ANGELO, Margareth. Significado do conceito saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, p. 45-51, 1998.

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

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília, 2015.

MENDES, Luiz Villarinho Pereira et al . A evolução da carga de causas externas no Brasil: uma comparação entre os anos de 1998 e 2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 2169-2184, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas.** Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisas qualitativas em saúde.** São Paulo (SP): Hucitec, 2014. 393 p.

MINAYO, M.C.S. (org.). **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8ª ed. São Paulo (SP): Hucitec, Abrasco, 2006.

MORGAN, D. L. **Focus group as qualitative research.** London: Sage, 1997.

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

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. 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, 2018.

NEPOMUCENO, Raquel de Casto Alves et al. Enfrentamento ao surto de sarampo na regional II no município de Fortaleza: relato de experiência. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE. SIRA Saúde, 1, 2016.

Anais.....Fortaleza, 2016. Disponível em:<

<http://uece.br/eventos/seminariosaudecoletiva/anais/index.html>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BOGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004.

NORONHA, J. C; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema único de saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2008.

NUNES, Cristiane Abdon et al . Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe2, p. 127-144, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa para a promoção da saúde.** Ottawa, Canadá, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) / FUNDAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Cuidados primários de saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.** Alma-Ata, Rússia. UNICEF, 1979.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Renovação da Atenção Primária à Saúde: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana/ Organização Mundial da Saúde.** Washington (DC): OPAS, 2007.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L et al (Orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2008.

PAIM, Jairnilson. et al. The Brazilian health system: history, advances and challenges. **Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p.1778-1797, 2011.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage; 1990.

PENN, D. et al. **Interim report on the future provision of medical and allied services**. London, Ministry of Health/ Consultative Council on Medicine and Allied Services, 1920.

PERREAULT, Michel *et al.* Programa da Família no Brasil: reflexões críticas à luz da promoção da saúde. **Revista Enfermagem Contemporânea (REC)**, v. 5, n. 1, p. 159-179, 2016.

PINTO, R.M.; SILVA, S.R.; SORIANO, R. Community Health Workers in Brazil's Unified Health System: A framework of their praxis and contributions to patients to patient health behaviors. **Soc Sci Med**, v.74, n. 6, p.940-947, 2012.

PINTO, Antônio Germane Alves et al . 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, 2017.

PIZZOL, Silvia Janine Servidor de. Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília, v. 42, n. 3, p. 451-468, 2004.

RAMOS, Wanusa Rodrigues; MANRIQUE, Ana Lúcia. Comunidade de Prática de Professores que Ensinam Matemática como Espaço de Negociações de Significados sobre a Resolução de Problemas. **Bolema**, Rio Claro, v. 29, n. 53, p. 979-997, 2015 .

RASELLA, Davide. **Impacto do Programa Bolsa Família e seu efeito conjunto com a Estratégia Saúde da Família sobre a mortalidade no Brasil**. 2013. 92f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

RIBEIRO, K. G. et al. Determinantes Sociais da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M (Orgs). **Epidemiologia e Saúde**. 8ª ed. Rio de Janeiro, 2018. 752 p.

RIBEIRO, Polyana Costa et al. Ferramentas para diagnóstico comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Tempus – Actas de saúde Coletiva**, v. 6, n. 4, p. 160-173, 2012.

SAKATA, Karen Namie; MISHIMA, Silvana Martins. Cooperative interventions and the Interaction of Community Health agents within the family health team. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 665-672, 2012 .

SAKELLARIDES, C. De Alma-Ata a Harry Porter: um testemunho pessoal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 2, p. 101-108, 2001.

SAMPIERI, R.H; COLLADO, C.F; LUCIO, M.P.B. **Metodologia de Pesquisa**. 5ª ed Porto Alegre (RS): Penso, 2013. 624 p.

SANTOS, Luiz Fernando Boiteux; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 52-57, 2011.

SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval; NEVES, Tatiana Freitas Stockler das. O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 225-240, 2010 .

SCHOMMER, Paula Chies. **Comunidades de prática e articulação de saberes na relação entre Universidade e Sociedade**. 2005.344f. Tese (Doutorado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2005.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. O agente comunitário de saúde e suas atribuições os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 6, n.10, p.75-96, 2002.

Silva, Andréa Tenório Correia da. Work-Related Depression in Primary Care Teams in Brazil. **Am J Public Health**, v.106, n. 11, p. 1990-1997, 2016.

SILVIA, Maria Rocineide Ferreira da. O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. **Rev Min Enferm**, v. 19, n.1, p.249-254, 2015.

SILVA, ELAINE Regina Prudêncio et al. Atuação dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 17, n. 4, p. 635-641, 2012.

SIMAS, Paloma Ribeiro Pires; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Health work: portrait of community workers in the Northeast region of Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1865-1876, 2017.

SOUZA, Lázaro José Rodrigues; FREITAS, Maria do Carmo S. de. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. **Rev Baiana Saude Publica**, v.35, n. 1, p.96-109, 2011.

SOUSA, M. F. A reconstrução da saúde no Brasil: diversidade e incompletude. In: SOUSA, M.F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A.V.M. (orgs). **Saúde da Família nos municípios brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Editora Saberes, 2014.

STAKE, R. **The art of case study research**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1995.

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

STUCKLER, D.; BASU, S. **The body economic. Why Austerity Kills. Recessions, budget Battles, and the Politics of life and death.** Basic Books, New York, 2013. 215p.

SUCUPIRA, Ana Cecília. Promoção da Saúde no PSF. **SANARE.** v. 4, n. 1, p. 12-14, 2003.

SVITONE, Ennio Cufino et al. Primary health core lessons from northeast of Brazil: the agentes de saúde program. **Rev Panam Salud Publica,** v. 7, n. 5, p. 293-301, 2000.

TEIXEIRA, C. F (org.) **Promoção e Vigilância da Saúde.** Salvador: CEPS-ISC, 2002.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. A Polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde: resgatando a subjetividade. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J, organizadores. **Avaliação qualitativa de serviço de saúde.** Petrópolis: Vozes; 2007. p. 75-98.

UNGER, Jean-Pierre; KILLINGSWORTH, James R. Selective primary health care: a critical view of methods and results. **Soc Sci Med.,** v. 22, n. 10, p. 1001-1013, 1986.

UNICEF. **Access to healthcare through community health workers in east and Southern Africa.** New York, 2014.

VIANA, Ana Luiza D'ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis,** Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998 .

WAI, M.F.P.; CARVALHO, A.M.P. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Rev Enferm UERJ,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 563-568, 2009.

WALSH, J.A.; WARREN, K.S. Selective primary health care: na interim strategy for control in developing countries. **N Engl J Med,** v. 301, n. 18, p. 967-974, 1979.

WENGER, E. **Communities of practice: learning, meaning and identity.** Cambridge University Press, 1998.

WENGER, Etienne; McDERMOTT, Richard; SNYDER, William. **Cultivating communities of practice: a guide to managing knowledge.** Harvard Business Review Press, 284p. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Community health workers: What do we Know about them?** Geneva, 2007. Disponível em: < https://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Conferences on Health Promotions,** 1976.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Borrador de Declaración . In: **II Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de La Salud: hacia la Cobertura Universal de Salud y el Desarrollo Sostenible**; 2018. Out 25-26. Astaná: WHO; 2018 [acesso em 2019 maio10]. Disponível em <https://elagorasociacioncivil.files.wordpress.com/2018/06/borrador-de-declaracioncc81n-ii-cof-aps-2018.pdf>.

YIN, R.K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução: Cristhian Matheus Herrera. 5ª ed. Porto Alegre, 2015. 290 p.

YIN, R. k. **Case study research**: Design and method (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage, 2009.

ZANCHETTA, M.S. et al. Educação, crescimento e fortalecimento profissional do agente comunitário de saúde: estudo etnográfico. **Online Braz J Nurs.**, v. 4, n. 3, 2005

APÊNDICES

APENDICE A – Roteiro Grupo Focal/entrevista com os agentes comunitários de saúde



PESQUISA CAMPO DE PRÁTICAS PROFISSIONAIS E ACESSO AO CUIDADO NA ESF DO CEARÁ

ROTEIRO DO GRUPO FOCAL E OU ENTREVISTA COM ACS

1 Caracterização dos/as Informantes:

1. Nome: _____
2. Data da entrevista/Grupo Focal: ____/____/____
3. Município onde trabalha: _____
4. Unidade Básica de Saúde: _____
5. Equipe Saúde da Família: _____
6. Idade: ____ anos 7. Sexo: ()1- masculino ()2- feminino
8. Religião: ()1- Católica ()2- Evangélica ()4- Espírita ()5- Não possuo religião
()6- Outro Qual? _____
9. Estado civil: ()1- Solteiro ()2- Casado/União estável ()3- Viúvo ()4- Divorciado
10. Escolaridade:
() 1 - Ensino fundamental () 2 - Ensino médio () 3 - Ensino técnico integrado ao Ensino médio () 4 - Ensino técnico incompleto () 5 - Ensino técnico completo
() 6 - Superior () 7 – Especialização
11. Outra ocupação além de ser ACS? ()1. Sim ()2. Não
12. Se sim, qual? _____
13. Tempo de trabalho na Atenção Básica:
()1. Menos de 1 ano ()2. De 1 a menos de 3 anos ()3. De 3 a menos de 6 anos
()4. 6 ou mais anos
14. Tempo de trabalho como ACS desta EqSF:
()1. Menos de 1 ano ()2. De 1 a menos 3 anos ()3. De 3 a menos de 6 anos

()4. De 6 a menos de 9 anos ()5. De 9 a menos de 12 anos ()6. 12 ou mais anos

ROTEIRO DO GRUPO FOCAL E OU ENTREVISTA COM ACS

2 Perguntas norteadoras:

1 – Falem das **atividades/práticas** que vocês realizam:

- Junto à **equipe** (relação de trabalho, que profissional acompanha o trabalho).
- Junto às **famílias** (o olhar está direcionado para todos os membros, tem foco na prevenção e promoção da saúde).
- Junto à **comunidade** (consideram para o trabalho as redes de apoio – escola, igrejas, clubes, associações, grupos específicos LGBTTT, Negros, outras religiões).
- Falem-me como vocês priorizam as atividades desenvolvidas por vocês (indivíduos e grupos de risco, áreas de vulnerabilidade, principais problemas, planejamento de ações, locais de violência).
- Falem-me como vocês organizam a rotina de atividades de vocês no mês (visitas domiciliares, reuniões com equipe, atividades educativas com a comunidade, etc).

2 – Como vocês realizam as visitas aos **grupos prioritários**?

Desdobramentos:

- Com quais profissionais da equipe conversam e organizam as visitas?
- Como realizam as visitas aos grupos prioritários – acamados, hipertensos, diabéticos, gestantes, criança.

3 – Como vocês realizam ações de **educação em saúde**?

Desdobramentos:

- Caso de responder que não explorar o porquê não realizarem.

4 – Como acontece a **realização de grupos** na sua equipe:

Desdobramentos:

- Gestantes, hipertensos.
- Quantas vezes por semana.
- Quem organiza? Como são convidados os participantes? Como se dá a participação do ACS no grupo? Que atividades desenvolve no grupo? Caso de responder que não tem, explorar o porquê de não realizarem.

5 – Falem-me como tem sido a atuação de vocês frente ao **controle das arboviroses** (Dengue, Chikungunya, Zica);

Desdobramentos:

- Houve alguma capacitação ou curso para vocês realizarem a educação da população para eliminação dos focos do *Aedes Aegypti*?
- Como vocês foram preparados para eliminar os focos do *Aedes Aegypti*, receberam capacitação ou algum equipamento para esta atividade?

6 – Como tem acontecido a **educação permanente** de vocês?

Desdobramentos:

- Explorar a realização de atividades no serviço.
- Que materiais educativos tem acesso?
- Quem é o profissional que está envolvido nas capacitações?
- Se as atividades envolvem todos da equipe, ou somente os ACS?

7 – Vocês desejam conversar com outros pontos que não surgiram na nossa conversa ou reforçar algum ponto que falamos?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ CEARÁ

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais de Saúde

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada CAMPO DE PRÁTICAS PROFISSIONAIS E ACESSO AO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CEARÁ, que tem como objetivo geral analisar a relação entre campo, escopo de práticas profissionais e colaboração interprofissional na ESF do Ceará contribuindo para melhoria do acesso e da qualidade na APS.

Como instrumentos de coleta de dados serão utilizados: entrevistas abertas e semiestruturadas, grupos focais e círculos de cultura. Dessa forma, CONVIDAMOS você a participar da pesquisa tomando parte nas metodologias de pesquisa acima elencadas. Caso você permita, as entrevistas, grupos focais e círculos de cultura serão gravados.

Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que dela participarem, oferecendo riscos mínimos àqueles que voluntariamente participarão como sujeitos desse estudo. Todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e o senhor(a) poderá a qualquer momento solicitar sua exclusão do estudo, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa, a elaboração de relatórios técnicos e materiais educativos. Os resultados serão veiculados por meio de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre preservando sua identificação. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando não acharem mais conveniente.

Para quaisquer esclarecimentos entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP FIOCRUZ/IOC Instituto Oswaldo Cruz / Fundação Oswaldo Cruz, Avenida Brasil, 4.036 - sala 705 (Expansão), Manguinhos - Rio de Janeiro-RJ - CEP: 21.040-360, Tel.: (21) 3882-9011 e-mail: cepfiocruz@ioc.fiocruz.br; ou com a coordenadora da pesquisa Ivana Barreto, telefones: (085) 3265-1832 ou (085) 98746-3329, e-mail – ivana.barreto@fiocruz.br .

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para arquivo da pesquisadora. Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa (entrevista semiestruturada,

grupo focal e círculo de cultura), aceito, de forma livre e esclarecida, participar da pesquisa.

_____, _____ de _____ de 2015.

Participante

Ivana Cristina de Holanda Cunha Barrêto - Coordenadora

ANEXOS



ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO FINDRISK

1. Idade -----anos

- < 45 anos-----0 pontos
- 45-54 anos-----2 pontos
- 55-64 anos-----3 pontos
- >64 anos -----4 pontos

2. Índice de Massa Corporal-----Kg/m²

Peso---Kg/altura m²

- < 25-----0 pontos
- 25-30-----1 ponto
- >30-----3 pontos

3. Medida da cintura

Homens **Mulheres**

- <94 cm-----<80cm-----0 pontos
- 94-102 cm-----80-88cm--3 pontos
- >102 cm-----> 88cm-----4 pontos

4. Pratica diariamente atividade física, pelo menos 30 minutos, no trabalho ou durante o tempo livre (incluindo atividades de vida diária)?

- Sim-----0 pontos
- Não-----2 pontos

5. Com que regularidade come vegetais e/ou frutas?

- Todos os dias-----0 pontos
- Às vezes----- 2 pontos

6. Toma regularmente ou já tomou alguma medicação para hipertensão arterial?

- Não-----0 pontos
- Sim-----2 pontos



7. Alguma vez teve açúcar elevado no sangue (por exemplo: em um exame de saúde, durante um período de doença ou durante a gravidez)?

Não-----0 pontos

Sim-----2 pontos

8. Tem algum membro da família próximo ou outros familiares a quem foi diagnosticado diabetes (tipo 1 ou tipo 2)?

Não-----0 pontos

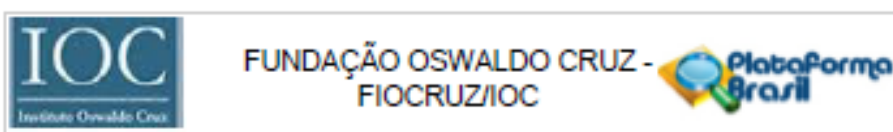
Sim: avós, tios ou primos 1º grau-----3 pontos

Sim: pais, irmãos ou filhos-----5 pontos

Pontuação total:----- pontos

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Pontuação total	Risco calculado de vir a ter diabetes tipo 2 dentro de 10 anos
<7	Baixo: 1 em 100
7-11	Discretamente elevado: 1 em 25
12-14	Moderado: 1 em 6
15-20	Alto: 1 em 3
>20	Muito alto: 1 em 2



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: "CAMPO DE PRÁTICAS PROFISSIONAIS E ACESSO AO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CEARÁ"

Pesquisador: Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55519516.6.0000.5248

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Fundação Oswaldo Cruz

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.536.572

Apresentação do Projeto:

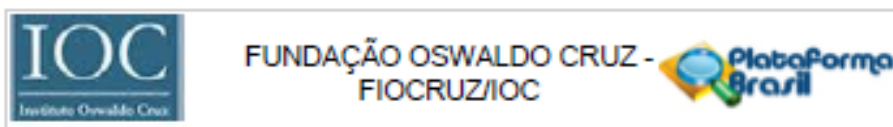
Pesquisadora reenvia o projeto com título "CAMPO DE PRÁTICAS PROFISSIONAIS E ACESSO AO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CEARÁ", que teve CAAE: 45888015.1.1001.5248, e parecer do CEP Fiocruz/IOC sob número: 1.159.936, datado de 27 de julho de 2015, com pendências que não haviam sido respondidas. Nesse momento a pesquisadora atualiza o projeto e responde as pendências listadas no parecer datado de 27 de julho de 2015.

O complexo quadro epidemiológico do país, que apresenta uma tripla carga de doenças: crônicas não transmissíveis, transmissíveis e causas externas (MENDES, 2010; PAIM et al, 2011) atrelado à realidade sócio-ambiental do Ceará, caracterizada por elevados índices de pobreza e pela seca, representam um desafio permanente ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF). O Ceará tinha 32,9% da

população urbana com renda per capita menor que meio-salário mínimo em 2011 (PNAD, 2011) e, em 2015, 67 dos seus 184 municípios estão em estado de emergência em virtude da escassez de água.

Alguns sinais apontam para necessidade de avaliação da ESF no Estado quanto ao acesso e a

Endereço: Av. Brasil 4036, Sala 706 (Campus Esperandó)
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.040-360
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3882-9011 Fax: (21)2561-4815 E-mail: cepfiocruz@ioc.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.536.572

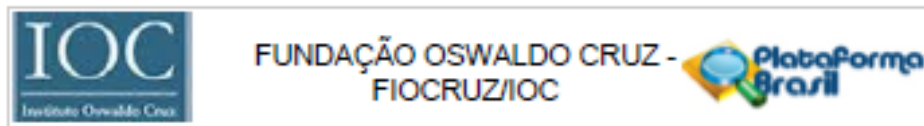
qualidade do cuidado, na medida em que revelam falhas no processo de atenção: a ocorrência de uma epidemia de sarampo a partir de dezembro de 2013, ainda não controlada, com a ocorrência de 695 casos em 2014 e 107 em 2015; a elevada taxa de incidência de sífilis congênita, que foi de 7,2 por 1.000 nascidos vivos em 2012 sendo a 3ª mais elevada entre os Estados da Federação (DATASUS, 2015); e elevada razão de mortalidade materna, que em 2013 foi de 81,3 (COPROM-SESA-CE, 2015), enquanto a do Brasil de 2011 foi de 64,8 por 100.000 nascidos vivos (DATASUS, 2015).

Segundo dados do Ministério da Saúde, em fevereiro de 2015 havia 2.275 equipes de saúde da família implantadas no Ceará com a cobertura de 78,8 % da população (BRASIL, 2015). Portanto, existe no Estado a potencialidade para organização de um sistema de saúde baseado na APS. No presente projeto de pesquisa aplicada, pretendemos investigar a ESF a partir do campo de práticas da equipe de referência e de cada categoria profissional que a compõe, balizando este conjunto de práticas com a situação social e de saúde da população, e criar participativamente produtos que possam produzir reflexão entre gestores, profissionais e usuários sobre a ESF, de forma a contribuir para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde. Serão realizados um estudo de bases de dados secundários para traçar o perfil sócio-demográfico e de saúde da população dos municípios estudados, um estudo quantitativo para caracterizar o campo de práticas de médicos, enfermeiros, dentistas e agentes comunitários de saúde, grupos focais com profissionais da ESF para investigar o trabalho em equipe e círculos de cultura com usuários com objetivo de refletir sobre práticas da ESF e acesso ao cuidado em saúde. Na sétima etapa da pesquisa serão realizados círculos de cultura com profissionais de saúde e usuários para reflexão sobre os achados da pesquisa e construção de um novo conjunto de práticas para as equipes de saúde da família. Os produtos do projeto serão uma Escala de Avaliação de Práticas em Saúde da Família, um projeto de educação permanente dirigido aos profissionais para ampliação do campo de práticas da ESF, dois vídeos educativos e material impresso informativo.

Metodologia proposta:

Trata-se de uma pesquisa participante, tendo como referenciais a educação dialógica e problematizadora; os princípios e características da ESF; os campos de práticas profissionais prescritos na Política Nacional de Atenção Básica; e a colaboração interprofissional na saúde (FREIRE, 1996; GIL, 2010; POPE, 2009). Configura-se, ainda, como uma pesquisa aplicada, já que apresenta no seu arcabouço uma proposta concreta a ser implementada junto a realidade

Endereço: Av. Brasil 4036, Sala 705 (Campus Esperão)
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.045-380
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3582-9011 Fax: (21)2561-4815 E-mail: cepfioacruz@ioc.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.536.572

Investigada. Serão utilizados os métodos quantitativo e qualitativo de pesquisa, sendo estes diferentes, porém complementares (MINAYO, 1998). O estudo será desenvolvido no Ceará, em um período de 24 meses, respeitando o edital específico que trata de Políticas e Modelos de Atenção à Saúde. O Ceará tem 184 municípios dos quais serão selecionados seis para o estudo: a capital, um município de grande porte, dois de médio e dois de pequeno porte, em virtude da esperada variabilidade do campo de práticas profissionais da ESF encontrado em contextos urbanos de tamanhos, níveis de desenvolvimento e acesso à serviços secundários e terciários diferentes. Todos os municípios incluídos deverão possuir serviços de atenção primária à saúde avaliados pelo PMAQ-AB. A população do estudo envolverá gestores, profissionais de saúde das equipes de referência em saúde da família e usuários dos serviços de saúde. As categorias profissionais investigadas serão: médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas (CD) e agentes comunitários de saúde (ACS). Os gestores serão: o secretário de saúde, coordenador da atenção básica e gerentes das unidades de saúde da família. Procedimentos para coleta de dados.

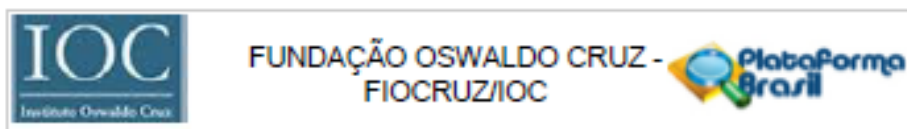
Etapa 1- Construção do estado da arte sobre o campo e escopo de práticas das diversas categorias profissionais na ESF, bem como o campo de atuação da equipe, com revisão sistemática das bases bibliográficas e marcos regulatórios em vigor.

Etapa 2- Avaliação da Qualidade da ESF no Ceará. Inicialmente, será realizada uma análise documental da implantação da ESF em cada município selecionado. Em seguida, será realizada uma análise do banco de dados do PMAQ-AB, bem como de outros sistemas de informação social e de saúde, para caracterização do quadro sócio-demográfico e epidemiológico dos municípios participantes e dos aspectos relacionados ao processo de trabalho das equipes de saúde da família. Isso permitirá a caracterização inicial do processo de trabalho das equipes da ESF nos municípios selecionados e subsidiar a seleção das equipes participantes do estudo qualitativo.

Etapa 3- Perfil das práticas profissionais na ESF- Será realizado um estudo transversal para traçar o perfil dos profissionais da ESF nos municípios por meio de questionário contendo questões sobre aspectos socioeconômicos, demográficos, itinerário formativo, perfil de práticas profissional na equipe de saúde, e sobre que práticas os profissionais poderiam adicionar a sua atividade para melhoria do acesso.

A amostra desses sujeitos será realizada mediante cálculo específico, sendo utilizada a fórmula

Endereço: Av. Brasil 4036, Sala 705 (Campus Experiência)
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.040-360
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3882-9011 Fax: (21)2561-4815 E-mail: cep@ioc.fiocruz.br



Continuação do Processo: 1.536.572

para populações finitas. Para o cálculo amostral serão utilizados: intervalo de confiança de 95%, P=50%, Q=50% e erro amostral de 4%. Será acrescido, ainda, 10% para perdas e/ou desistências. A amostra inicialmente estimada foi de 462 profissionais. Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com os gestores, e grupos focais com equipes de referência da EBF, tendo como temas geradores o campo, o escopo de práticas e a colaboração interprofissional na EBF. A amostra será intencional, com a seleção de duas equipes completas, que atuem no território por no mínimo seis meses, e tenham um número de famílias inscritas, infraestrutura e insumos adequados para funcionamento. Para a escuta dos usuários serão realizados círculos de cultura nos territórios das equipes selecionadas e embasados na metodologia de Paulo Freire (1996). O tema gerador será: práticas das equipes EBF e sua relação com o acesso e o cuidado. Toda esta etapa será registrada em áudio.

Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)? Sim

Grupos em que serão divididos os participantes da pesquisa:

Profissionais de Saúde: 462_Aplicação de Questionários, Grupos Focais e Círculos de Cultura

Usuários da Estratégia Saúde da Família: 384_Realização de Círculos de Cultura

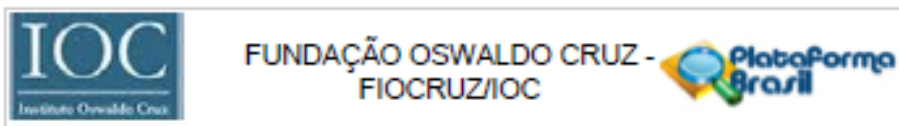
Gestores de Saúde: 18_Realização de Entrevistas Semi-estruturadas

Detalhamento:

Será realizada uma análise documental da implantação da EBF em cada município selecionado. Em seguida, será realizada uma análise do banco de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), bem como de outros sistemas de informação social e de saúde, para caracterização do quadro sócio-demográfico e epidemiológico dos municípios participantes e dos aspectos relacionados ao processo de trabalho das equipes de saúde da família. Essa análise de dados secundários permitirá a caracterização inicial do processo de trabalho das equipes da EBF nos municípios selecionados e subsidiar a seleção das equipes participantes do estudo qualitativo.

Aspectos éticos da pesquisa O presente estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Saúde Pública do Ceará. A pesquisa respeita todos os procedimentos éticos, os quais estão em conformidade com a norma do CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), e a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Endereço: Av. Brasil 4036, Sala 705 (Campus Esperandó)
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.040-360
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3862-9011 Fax: (21)2561-4815 E-mail: cepfio cruz@ioc.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.536.572

da Família;

Propor recursos educacionais e informativos para gestores, profissionais e usuários para contribuir na melhoria do acesso a ESF;

Propor curso de educação permanente com os profissionais da ESF com vistas ao aprimoramento de suas práticas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os possíveis riscos deste estudo seriam o constrangimento dos participantes, em especial dos profissionais de saúde e usuários, caso fosse possível identificar os autores de opiniões externadas por meio de entrevistas e grupos focais e círculos de cultura. Entretanto, serão utilizados códigos para descrição dos participantes na apresentação e análise de resultados, de forma a evitar este risco.

Benefícios:

Produzir reflexões entre gestores, profissionais de saúde e usuários sobre práticas profissionais e o acesso na Estratégia Saúde da Família (ESF) e promover maior conhecimento dos usuários a respeito da estrutura e organização da ESF.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está suficientemente claro em seus propósitos e devidamente fundamentado, e não necessita de submissão à CONEP antes de ser iniciado. Nessa segunda versão do projeto, a pesquisadora responsável incluiu os documentos solicitados no primeiro parecer e respondeu à todas as pendências.

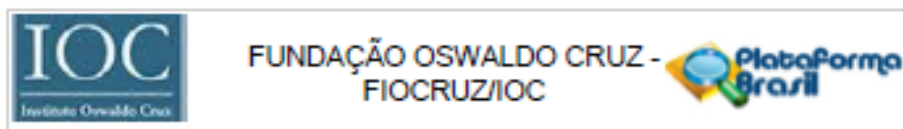
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados e aprovados.

Recomendações:

Apresentar relatórios parciais (anuais) e relatório final do projeto de pesquisa é responsabilidade indelegável do pesquisador principal.

Endereço: Av. Brasil 4036, Sala 705 (Campus Expansão)
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.040-360
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3862-9011 Fax: (21)2561-4815 E-mail: cepfocruz@ioc.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.536.572

Qualquer modificação ou emenda ao projeto de pesquisa em pauta deve ser submetida à apreciação do CEP Fiocruz/IOC.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz (CEP FIOCRUZ/IOC), em sua Reunião Ordinária, realizada em 10.05.2016, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Considerações Finais a critério do CEP:

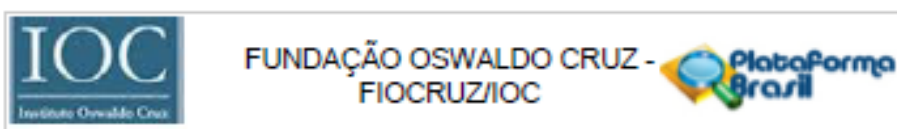
O sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

O pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_703981.pdf	26/04/2016 15:42:09		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_AnuenciaSESA.pdf	26/04/2016 15:35:31	Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto	Aceito
Orçamento	EstOrTrimCAPEF26_abril.xlsx	26/04/2016 15:34:41	Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartEusebio.pdf	26/04/2016 15:32:04	Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartAnTava.pdf	26/04/2016 15:31:23	Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto	Aceito
Declaração de	TermoRoberto.pdf	26/04/2016	Ivana Cristina de	Aceito

Endereço: Av. Brasil 4366, Sala 705 (Campus Esperillo)
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.045-360
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3882-9011 Fax: (21)2561-4815 E-mail: cepfiocruz@ioc.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.536.572

Pesquisadores	TermoRoberto.pdf	15:28:09	Holanda Cunha Barreto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoFatima.pdf	26/04/2016 15:27:49	Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoCristiana.pdf	26/04/2016 15:25:20	Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoVanira.pdf	26/04/2016 15:24:50	Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoSharmenia.pdf	26/04/2016 15:22:59	Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoSabado.pdf	26/04/2016 15:22:31	Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto	Aceito
Outros	CartCoorCEP.pdf	26/04/2016 15:22:07	Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto	Aceito
Outros	PARECERCON_CEP_1159936.pdf	26/04/2016 15:18:59	Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaAnuCruz.pdf	26/04/2016 15:13:52	Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaAnueFortaleza.pdf	26/04/2016 15:11:25	Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUSU.pdf	26/04/2016 15:01:55	Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Prof.pdf	26/04/2016 15:01:34	Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJCAMPESF2016.pdf	26/04/2016 14:58:25	Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto	Aceito
Folha de Rosto	FolRostoPCAMPESF.pdf	26/04/2016 14:58:00	Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Endereço: Av. Brasil 4036, Sala 705 (Campus Expandido)
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.040-360
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3882-9011 Fax: (21)2561-4815 E-mail: cepfio cruz@ioc.fiocruz.br

