



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS**  
**DEPARTAMENTO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

**RENATO SANTOS DA SILVA**

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (PACS) NO  
MUNICÍPIO DE MARACANAÚ/CE**

**FORTALEZA**

**2023**

RENATO SANTOS DA SILVA

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (PACS) NO  
MUNICÍPIO DE MARACANAÚ/CE

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de Concentração: Políticas Públicas e Mudanças Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Fernando José Pires de Sousa.

FORTALEZA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas

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

---

- S583a Silva, Renato Santos da.  
Avaliação do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) no Município de Maracanaú/Ce /  
Renato Santos da Silva. – 2023.  
92 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2023.  
Orientação: Prof. Dr. Fernando José Pires de Sousa.
1. agentes comunitários de saúde. 2. avaliação de programas e projetos de saúde. 3. atenção primária em saúde. I. Título.

CDD 320.6

---

RENATO SANTOS DA SILVA

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (PACS) NO  
MUNICÍPIO DE MARACANAÚ/CE

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de Concentração: Políticas Públicas e Mudanças Sociais.

Aprovada em: 30/01/2023

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Fernando José Pires de Sousa (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Celecina de Maria Veras Sales  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Marlon Cavalcante Santos  
Secretaria de Educação do Estado do Ceará (SEDUC)

---

Prof. Dr. Carlos André Moura Arruda  
Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA)

## **AGRADECIMENTOS**

A finalização deste trabalho representa para mim uma etapa bastante significativa em minha vida, e, portanto, os agradecimentos não poderiam deixar de existir. Finalizar um trabalho como este traz consigo um misto de sensações e dentre elas a do dever cumprido e de contentamento. Portanto, manifesto minha gratidão, primeiramente a Deus pelo dom da vida e por ter me sustentado com saúde e disposição para enfrentar os desafios propostos. Nas minhas limitações, Ele me fez forte, mostrando-me que tudo na vida é um processo e que sempre saímos mais forte dele.

Terço agradecimentos também a minha família pelo apoio e suporte, que mesmo nos momentos em que não poderiam ajudar diretamente, estavam ali mostrando e emanando forças para prosseguir. A vocês, meus eternos agradecimentos.

Também deixo registrado meus agradecimentos ao meu orientador, Professor Fernando Pires, pelo apoio, compreensão e ajuda nos momentos que foram necessários. Aos professores do PPGAPP/UFC pelo apoio e pelo dom de ensinar, de transmitir conhecimentos, e, sobretudo, de pensar criticamente. À Karla, por todo o suporte necessário nas questões mais burocráticas na secretaria do programa, que sempre muito solícita e cordial estava pronta para ajudar.

Agradeço à banca que aceitou o convite para a defesa deste trabalho, Professora Celecina, Professor Marlon e Professor Carlos André. O Meu muito obrigado a vocês.

Aos meus colegas do mestrado, que mesmo atravessando um dos piores momentos de pandemia, nos mantivemos firmes para concluir mais esta etapa. A vocês, meu muito obrigado pelo convívio e reflexões compartilhadas.

A todos os Agentes Comunitários de Saúde de Maracanaú, em especial as ACS do posto de saúde Juarez Isaías Araújo. Sem a colaboração e o apoio de vocês este trabalho não teria sido concluído.

“O meu delírio é a experiência com coisas reais.”

Belchior

## RESUMO

A presente pesquisa propõe a avaliar o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), em Maracanaú/CE. Tem como objetivo avaliar as estratégias e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e seus impactos na saúde preventiva na rede de Atenção Básica oferecida no município, e mais recentemente, no contexto da pandemia causada pela COVID-19. No que se refere aos aspectos metodológicos, este estudo se caracteriza pela predominância de aspectos de natureza qualitativa, utilizando-se como técnicas de um conjunto de instrumentos, os quais permitem a triangulação dos dados e de sua análise por meio da análise documental, observação-participante, diários de campo, entrevistas e questionários, sob a perspectiva de uma avaliação de base construtivista e experiencial proposta por Guba e Lincoln (1989). Quanto aos resultados, observa-se que existe uma forte disputa pela concepção dos sentidos da Atenção Primária à Saúde (APS) que, inevitavelmente, conformou as práticas e as atribuições dos ACS no contexto de formação e implementação da política pública. Ademais, em meio às reformas liberalizantes do Estado e da pandemia causada pela COVID-19, há a face de uma política pública que, junto ao SUS, vem sofrendo os efeitos do subfinanciamento e desfinanciamento crônicos ao longo do tempo. Sobre a atuação dos ACS, sobretudo no contexto da pandemia de COVID-19, o que se desenhou foi a subutilização desse trabalhador e da Atenção Primária como um todo, revelando o direcionamento adotado pelos governos para os casos graves e a desconsideração do lugar da APS como centro de irradiação de saúde preventiva. Inserir considerações finais

**Palavras-chave:** agentes comunitários de saúde; avaliação de programas e projetos de saúde; atenção primária em saúde.

## ABSTRACT

This research proposes to evaluate the Community Health Agent Program (PACS), within the scope of the Family Health Strategy (ESF), in Maracanaú/CE. Its central objective is to evaluate the strategies and actions of Community Health Agents (ACS) and their impact on preventive health in the primary care network offered in the municipality, and more recently, in the context of the pandemic caused by COVID-19. With regard to methodological aspects, this study is characterized by the predominance of aspects of a qualitative nature, using techniques and a set of instruments, which allow the triangulation of data and their analysis through document analysis, participant observation, field diaries, interviews and questionnaires (CHIZZOTTI, 2014; GIL, 2007), from the perspective of a constructivist and experiential base assessment proposed by Guba and Lincoln (1989). As for the results, it is observed that there is a strong dispute over the conception of the meanings of Primary Health Care (PHC) that inevitably shaped the practices and attributions of the ACS in the context of formation and implementation of public policy. Furthermore, amid the liberalizing reforms of the State and the pandemic caused by COVID-19, there is the face of a public policy that, along with the SUS, has been suffering the effects of chronic underfunding and underfunding over time. Regarding the performance of the ACS, especially in the context of the pandemic and COVID-19, what emerged was the underutilization of this worker and of Primary Care as a whole, revealing the direction adopted by governments for serious cases and the disregard of the place of PHC as a preventive health irradiation center.

**Keywords:** community health agent; evaluation; primary health care.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Território abrangido pela UBS Juarez Isaías Araújo.....	53
Figura 2 – Mapa da área territorial abrangida pela equipe de Saúde 025 UBS Juarez Isaías Araújo.....	54

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Atribuições dos ACS na PNAB 2011 e PNAB 2017.....	35
Quadro 2 – Atribuições da PNAB 2017 e outras funções exercidas pelos ACS.....	60

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos ACS do município de Maracanaú-CE.....	48
Tabela 2 – Caracterização das ACS da UBS Juarez Isaías Araújo.....	50
Tabela 3 – Famílias cadastradas por microárea na UBS Juarez Isaías Araújo.....	55
Tabela 4 – Modificação do processo de trabalho dos ACS em tempos de COVID-19.....	70
Tabela 5 – Fornecimento de EPI.....	71
Tabela 6 – Formação do ACS no contexto da Pandemia da COVID-19.....	72

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
AVISA	Área de Vigilância em Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEB	Comunidades Eclesiais de Bases
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CF	Constituição Federal
CIRM	Centro Integrado de Reabilitação
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONACS	Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
EC	Emenda Constitucional
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EMEF	Escola Municipal de Ensino Fundamental
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EqAP	Equipe de Atenção Primária
EqSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NASF	Núcleo de Apoio de Saúde da Família
NOB SUS	Norma Operacional Básica do SUS
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PPGAPP	Programa de Pós-Graduação de Políticas Públicas
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa Agente Comunitários de Saúde
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PIASS	Programa de Interiorização das Ações em Saúde e Saneamento

PLAMEG	Plano de Metas de Governo
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PROFAGS	Programa de Formação Técnica em Enfermagem para Agentes de Saúde
PSB	Programa Saúde Bucal
PSF	Programa Saúde da Família
RMF	Região Metropolitana de Fortaleza
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBASF	Unidade Básica de Atendimento à Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>CONCEPÇÕES EM DISPUTAS PELOS SENTIDOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1</b>	<b>Atenção Primária em Saúde no Brasil: novas faces e embates a partir do SUS.....</b>	<b>24</b>
<b>2.2</b>	<b>O Programa Agente Comunitário de Saúde – PACS: a inserção do trabalhador comunitário em saúde.....</b>	<b>29</b>
<b>2.3</b>	<b>Entre a norma e a forma: avanços e retrocessos frente ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde.....</b>	<b>31</b>
<b>3</b>	<b>PERSPECTIVAS EM AVALIAÇÕES DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS: CAMINHOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA AVALIATIVA .....</b>	<b>38</b>
<b>3.1</b>	<b>Procedimentos para coleta e análise dos dados.....</b>	<b>40</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>43</b>
<b>4.1</b>	<b>A ação da Atenção Primária em Saúde nos territórios: Maracanaú em evidência.....</b>	<b>43</b>
<b>4.2</b>	<b>Caracterização do município de Maracanaú/CE.....</b>	<b>45</b>
<b>4.3</b>	<b>A rede de atenção à saúde em Maracanaú.....</b>	<b>47</b>
<b>4.4</b>	<b>Abrangência e perfil dos ACS em Maracanaú.....</b>	<b>48</b>
<b>4.5</b>	<b>Caracterização e perfil das ACS da UBS Juarez Isaías Araújo.....</b>	<b>50</b>
<b>5</b>	<b>NOS CAMINHOS DAS ACS: ONDE O CAMINHAR É SEMEAR CUIDADOS.....</b>	<b>56</b>
<b>5.1</b>	<b>De ACS para ACS: uma avaliação.....</b>	<b>61</b>
<b>5.2</b>	<b>Visão das ACS pela comunidade.....</b>	<b>64</b>
<b>6</b>	<b>A ATENÇÃO PRIMÁRIA E AS RE(EXISTÊNCIAS) NA PANDEMIA DA COVID-19.....</b>	<b>67</b>
<b>6.1</b>	<b>O plano municipal de contingência da COVID-19 em Maracanaú/CE.....</b>	<b>68</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>74</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>78</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO.....</b>	<b>85</b>
	<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA AGENTE COMUNITÁRIO</b>	

<b>DE SAÚDE.....</b>	<b>86</b>
<b>APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADA AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE – GRUPO FOCAL.....</b>	<b>90</b>
<b>APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA USUÁRIOS DO SUS ABRANGIDOS PELO PSF E PACS.....</b>	<b>91</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Com o processo de redemocratização ocorrido no Brasil, no final da década de 1980, surge um novo contexto de efervescência social que trouxe novas perspectivas na luta por direitos sociais e pela defesa dos ideais democráticos, tencionando modificações sociais, políticas e econômicas. No âmbito do direito à saúde, tais tensionamentos resultaram em diversas mudanças na Política Nacional de Saúde, as quais reorganizaram o setor.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) incorporou as ideias defendidas pelo Movimento de Reforma Sanitária, elegendo um sistema de saúde único, público e universal com ações coordenadas no território nacional, abrindo-se a sua gestão à participação popular e promovendo a construção de um sistema de financiamento por meio de transferências de recursos financeiros para realização dos serviços prestados, a partir de repasses do governo federal em conjunto com estados e municípios.

O processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu de fato em 1990, com a Lei nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90, as quais dispuseram sobre os princípios e diretrizes que nortearam o sistema (BRASIL, 1990). Por meio dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, bem como das diretrizes com foco na descentralização, reorganizou-se o sistema de saúde brasileiro tendo por base a hierarquia do cuidado.

Assim, nessa perspectiva, a Atenção Primária à Saúde (APS) é tida como o primeiro nível de contato das pessoas, famílias e da comunidade com o sistema de saúde, capaz de levar a assistência o mais próximo possível do lugar onde se reside e se trabalha, representando, assim, o primeiro elo de atenção continuada em saúde.

Dessa forma, a perspectiva de saúde adotada seria aquela mais abrangente e universal capaz de atingir o usuário nos mais diversos contextos de sua vida em comunidade. O principal propósito consistiria na inversão do modelo assistencial até então vigente, sabidamente centrado na doença, de cunho privatista e voltado aos cuidados individuais.

Na esteira desse processo, os municípios, reconhecidos como entes federados pela CF/88, passaram a implementar as políticas públicas e os programas de saúde nos territórios municipais. Dessa forma, foram criados programas capazes de alcançar os usuários dos serviços nos contextos locais em que se inseriam.

Assim, com o processo de Reforma Sanitária e a construção do SUS nas últimas décadas do século XX, a saúde tornou-se um direito fundamental do cidadão, garantido pela CF/88 como sendo um dever do Estado, cabendo a este ofertá-la de forma universal e gratuita.



Entretanto, ainda na década de 1990, o Brasil ingressa ativamente, embora dependente, no capitalismo financeirizado, tornando-se uma plataforma internacional de valorização financeira (PAULANI, 2010), dando ênfase aos dogmas neoliberais exigidos por meio do Consenso de Washington para a resolução da dívida externa e do ajuste fiscal dos países latino-americanos.

Assim, as propostas de políticas públicas no setor de saúde, tidas como universais, se apresentaram como um grande desafio na efetivação da democratização e do fortalecimento do SUS. Observa-se, desde a criação do SUS, um sistema subfinanciado, sem compatibilidade com os preceitos de sua universalidade. Desde os primeiros movimentos da luta pelos direitos universais de acesso à saúde até ao atual momento político e econômico brasileiro, uma agenda econômica neoliberal, de privatização e de desmonte da implantação e da gestão de políticas públicas, impacta negativamente o setor de saúde (SOUSA, 2006).

Em uma narrativa de enfrentamento ao desequilíbrio fiscal, adotou-se o modelo de medidas racionalizantes para a resolução da crise econômica. Assim, a flexibilização dos ideais da Reforma Sanitária foi a estratégia utilizada por agências internacionais de fomento e financiamento para efetivar as propostas dos ajustes econômicos, justificando que a realidade fiscal brasileira não concretizaria os princípios norteadores do SUS, principalmente a universalização do acesso ao sistema de saúde tido como idealista e de pouca aplicabilidade prática (SOUSA, 2006).

Desenha-se, a partir dessa conjuntura, a Atenção Primária Seletiva que implicou em um pacote limitado de serviços de baixa complexidade para a população empobrecida e configurou-se no que muitos denominaram de uma “política pobre para os pobres”. É nesse contexto, portanto, que ocorre o processo de institucionalização pelo Ministério da Saúde, no ano de 1991, do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e, no ano de 1994, do Programa Saúde da Família (PSF), representando a assimilação das orientações dos organismos internacionais para o setor e o remanescente de ideias que ainda resistiam do movimento sanitário brasileiro (FONSECA, 2013).

Chama nossa atenção a trajetória percorrida pelo Agente Comunitário de Saúde dentro da Atenção Primária à Saúde. Antes vinculado unicamente aos princípios de solidariedade, esse agente passou a ser um ator de grande importância na estratégia de reorganização do sistema de saúde brasileiro.

A ação dos Agentes Comunitários de Saúde se apresentou relevante para a prevenção e para as garantias da saúde básica que tinham como objetivo inicial reduzir a mortalidade materno-infantil e controlar as doenças diarreicas e a desnutrição ao passo que

aumentou a expectativa de vida ao nascer no Nordeste do país.

Os ACS são pessoas moradoras da própria comunidade, conhecedoras da realidade local, as quais, estando inseridas no território abrangido em sua área de cobertura, vivenciam diariamente o contexto de vida enfrentado pelas comunidades, podendo identificar, junto a elas, os principais problemas e possíveis soluções para a realidade enfrentada.

A vivência com a comunidade é fundamental para a compreensão mais profunda dos valores, das necessidades, do território e da sabedoria das classes populares. Agindo conjuntamente a uma unidade de saúde, o ACS faz parte da equipe de saúde da família e atende aos moradores do território em que é responsável.

Os ACS acabaram por se tornar atores híbridos, burocratas comunitários, ou seja, têm um duplo pertencimento: ao Estado e à Comunidade (LOTTA, 2010). Esses agentes, portanto, se tornam protagonista da ação pública, sendo responsáveis pela mediação das relações cotidianas entre o Estado (representado pelos agentes implementadores das políticas públicas) e os cidadãos (os usuários diretos dos serviços prestados), estando em constante contato com a população.

Entretanto, ao mesmo tempo em que a Atenção Primária teve um crescimento expressivo a partir do PACS e PSF, é preciso constatar a contradição desse mesmo processo, sobretudo, quando se analisam as condições que ainda são submetidos os Agentes Comunitários de Saúde. Com vínculos precários e pouca qualificação para o trabalho, os ACS foram usados como mão de obra com pouca densidade técnica para efetivar o crescimento do oferecimento de serviços primários em saúde. Cabe analisar, nesse contexto, os processos que efetivaram a precarização do trabalhador comunitário em saúde, os vários entendimentos sobre suas atribuições, bem como as recorrentes mudanças nos processos de trabalho desses profissionais no âmbito do SUS.

Além disso, urge a necessidade de ressignificação da APS na atualidade. Com a crise sanitária provocada pela disseminação do novo Coronavírus (SARS CoV-2), sistemas de saúde de todo o mundo foram afetados pelo cenário pandêmico. O foco das ações se concentrou, sobretudo, nas atenções secundária e terciária, revelando o direcionamento adotado pelos governos para os casos graves. Por outro lado, a APS e o seu lugar de centro de irradiação de saúde preventiva, com alto grau de capilaridade nas áreas de abrangência por meio da Estratégia de Saúde da Família, foram desconsiderados.

A partir da discussão engendrada, surge o seguinte problema de pesquisa: **Como a Atenção Primária à Saúde, especialmente no âmbito da Estratégia Saúde da Família que incorporou os programas PACS e PSF, está sendo promovida como política pública no**

### **município de Maracanaú-Ceará?**

Assim, como objetivo geral deste trabalho, busca-se avaliar as estratégias e a atuação dos ACS e seu impacto na saúde preventiva na rede de Atenção Básica no município de Maracanaú-CE. Como objetivos específicos, almeja-se perseguir os seguintes pontos:

- Compreender os projetos em disputas em torno da Atenção Primária à Saúde e a inserção do Agente Comunitário de Saúde na Política Nacional de Atenção Básica;
- Avaliar a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde nas comunidades atendidas;
- Avaliar como a Atenção Primária e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde foram efetivadas no contexto pandêmico de crise sanitária provocada pela disseminação da COVID-19.

Além desta introdução, o trabalho está estruturado da seguinte forma:

O segundo capítulo busca tratar as políticas públicas em saúde evidenciando a Atenção Primária em sua gênese, seu desenvolvimento e implementação no mundo e no Brasil, suas continuidades, descontinuidades e rupturas em um processo pela disputa do sentido de sua concepção. No caso brasileiro, evidencia-se a discussão acerca da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), suas edições, reformulações e as implicações no Programa Agente Comunitário de Saúde, sobretudo no que diz respeito às alterações que conformaram o campo de atuação dos ACS.

O terceiro capítulo evidencia a discussão acerca das perspectivas avaliativas das políticas públicas de cunho social, bem como o caminho metodológico que foi percorrido para a avaliação do PACS no município de Maracanaú/CE.

Já no quarto capítulo, há a exposição dos resultados da pesquisa, buscando caracterizar a APS como uma política pública territorializada, traçando as características gerais da rede de atenção em saúde instalada no município de Maracanaú e identificando o perfil dos grupos em estudo.

O quinto capítulo, intitulado “Nos caminhos dos ACS: Onde o caminhar é semear cuidados”, tem por objetivo discutir os resultados encontrados por meio das entrevistas e observações participantes do trabalho e atuação dos ACS nas comunidades atendidas, trazendo à tona as diferentes visões dos ACS e da comunidade em torno do trabalho desses profissionais.

O capítulo seis avalia como se deu o enfrentamento da pandemia de COVID-19

em Maracanaú, as ações e planos desenvolvidos no âmbito da Atenção Primária, sobretudo no impacto causado no trabalho dos ACS. Por fim, o capítulo sete traz as considerações finais desta pesquisa.

Vale salientar que a aproximação do pesquisador ao objetivo de estudo se deu ainda na graduação de Administração Pública, quando em um dos projetos promovidos pela universidade, houve a oportunidade de participar de um grupo de estudo dos cursos de Enfermagem, Administração e Farmácia que tinha por objetivo promover intervenções em equipamentos públicos de saúde. A Atenção Primária e seus postos de Saúde na cidade de Redenção/CE eram o *lócus* onde tais ações aconteciam. Com a experiência vivenciada, foi possível construir o Trabalho de Conclusão de Curso em Administração Pública, permitindo analisar a gestão e as políticas públicas em que se buscou fazê-lo de forma interdisciplinar.

## 2 CONCEPÇÕES EM DISPUTAS PELOS SENTIDOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Segundo Paim (2008), a saúde é entendida como um campo em disputa permanente em que projetos e interesses divergentes são tencionados em meio às conjunturas do presente, aos fatos ocorridos do passado e às perspectivas futuras. Dessa forma, situa-se a conceituação de saúde em um campo emblemático de rica análise e compreensão da realidade em que projetos políticos para a área encontram barreiras ou acomodações a depender das conjunturas que se apresentam.

Esses processos em tensionamentos são perpassados pelo nível da maturidade da sociedade civil em questão, da consciência da existência social, das lutas de classes, da condução e do direcionamento político dos governos, admitindo-se que existe uma disputa constante pela direção política e ideológica no entendimento e na conceituação da concepção que se torna hegemônica na sociedade (PAIM, 2008).

Para além de uma noção idealista, a compreensão do que seria saúde nas diversas sociedades depende das questões materiais de existência enquanto sociedade que se organiza em função do seu modo de produção, ou seja, é resultado de condições objetivas e materiais da existência humana.

Assim, levando em consideração os aspectos inerentes ao materialismo histórico, considera-se que:

O modo de produção não é para ser considerado apenas do ponto de vista de reprodução da existência física dos indivíduos. Ele é muito mais uma espécie de atividade desses indivíduos, uma maneira de manifestação de sua vida, determinado modo de vida deles mesmos. O modo como os indivíduos exteriorizam a sua vida, revela o que eles são. O que eles são coincide com a sua produção, tanto com o que produzem como também como produzem. (MARX; ENGELS, 2009, p. 21).

Dessa forma, cabe destacar que, por modo de produção, não se faz referência exclusiva à economia, mas sim a todos os níveis da vida social, tais como, religião, moral, costumes, filosofia e a própria saúde. Esses elementos não derivam de características próprias do sujeito humano, mas sim do modo como este desenvolve suas relações com a materialidade, ou seja, como se dá o modo de produção da vida social. Os meios de produção moldam a realidade concreta, transformando-a em realidade material.

Destarte, outro elemento de importância nesse processo seria o papel do Estado frente à acumulação capitalista e sob a análise da perspectiva material. O Estado, de aparente autonomia e neutralidade, acaba por se modificar adaptando-se à lógica dominante do

capitalismo e às suas formas hegemônicas de acumulação.

Para Hirsch (2010), a Teoria Materialista do Estado, como seu nome já sugere, tem suas referências no materialismo histórico e procura fundamentar o porquê de, nas condições das relações capitalistas de produção, ocorrem mudanças na forma de dominação política, além disso, elucidada como as lutas de classes se expressam na extração pelo excedente de produção e conformam a atuação do Estado como provedor das contratendências para manter e estimular a acumulação do capital face à lógica do declínio da tendência decrescente das taxas de lucros. Nessa lógica do capital, o autor defende que a forma do Estado capitalista e as suas funções são derivadas da crise geral do capitalismo, sendo essa inerente à superprodução.

Sobre a concepção de Estado, Hirsch considera que este “não é uma coisa, um sujeito ou uma organização racional, mas um complexo de relações sociais. Ele é gerado e reproduzido pelos indivíduos ativos, mas sob condições que fogem a sua consciência imediata e ao seu controle” (HIRSCH, 2010, p. 19). O Estado é definido, assim, como a expressão de uma relação de socialização antagônica e contraditória (HIRSCH, 2010).

Hirsch (2010) diferencia o Estado de outras formas históricas de dominação política e tem a sua apreensão a partir da concepção do Estado Moderno. Para ele, quando o capitalismo surgiu, a dominação econômica e a dominação política foram formalmente separadas. Assim, o “Estado” e a “sociedade”, o “público” e o “privado” separam-se em esferas particulares” (HIRSCH, 2010, p. 23). Para ele, o Estado, com “E” maiúsculo, é diferente de outras formas de dominação pretérita, como o “Estado medieval”. Assim:

O capitalismo e o Estado moderno surgiram no curso de um complexo processo histórico, e seu desenvolvimento foi condicionado reciprocamente. Tal processo apoiou-se em precondições políticas, econômicas e culturais que não estavam dadas em todo o mundo. Foram as particulares condições econômicas-políticas existentes na Europa ocidental, especialmente a estrutura do feudalismo europeu e sua crise, que o tornaram possível. (HIRSCH, 2010, p. 61)

Sobre a forma política da sociedade capitalista, Hirsch (2010) considera que o Estado é a expressão de uma forma social determinada que assume as relações de domínio, de poder e de exploração e que, nessa sociabilidade, “é caracterizada pela propriedade privada dos meios de produção, pelo trabalho assalariado, pela produção particular, pela troca de mercadorias e pela concorrência (HIRSCH, 2010).

Quanto à forma social, a sociedade capitalista caracteriza-se pela relação que se dá entre os indivíduos no não estabelecimento por eles mesmos de maneira direta e consciente, mas por processos que se operam atrás deles, exatamente por meio da produção privada e da

parcialidade e da troca de mercadorias, exteriorizando-se a partir de formas coisificadas, exteriores e opostas a eles próprios (HIRSCH, 2010).

O autor procurará desenvolver a noção de “forma política enquanto expressão do modo de socialização contraditório do capitalismo” (HIRSCH, 2010, p. 28), fazendo-o a partir da noção clássica sobre a forma de um aparelho impessoal de poder público assumido pelo aparelho de coerção estatal.

Sobre o caráter burguês do Estado, Hirsch considera que:

A relação de reprodução material do capitalismo, mantida através da eficácia da lei do valor, é – enquanto produção e realização de mais-valia – fundamentalmente portadora de crise. E isso em um sentido duplo: o processo de acumulação do capital, que é ao mesmo tempo luta de classes, luta pela produção e apropriação do sobreproduto, está permanentemente sujeito a paralisações e colapsos. Ele se apoia simultaneamente sobre condições sociais e sobre precondições da natureza, que não podem ser criadas e tampouco mantidas pelo processo mercantil capitalista. Ele inclusive tende a destruí-las. (HIRSCH, 2010, p. 33).

O autor formula a hipótese de que, na passagem para o Estado burguês neoliberal, nos países capitalistas avançados, houve uma mudança quanto à hegemonia das burguesias, passando de um caráter nacional para um caráter de hegemonia interna. No período de hegemonia da burguesia nacional, a política do Estado assume as características do protecionismo, do intervencionismo na produção e da regulação das relações de trabalho. Já com a hegemonia da burguesia interna, os traços da política estatal são a abertura comercial, as privatizações e a desregulamentação da economia (HIRSCH, 2010).

Dessa maneira, Estado, governos, sociedade civil e as próprias concepções de políticas públicas passam a se transformar de forma a refletir a relação de forças na sociedade capitalista, respondendo aos estímulos reproduzidos sob a lógica do sistema em que está inserido.

Assim, no tocante à recuperação histórica da construção do entendimento da Atenção Primária à Saúde (APS), evidencia-se que as distintas concepções existentes foram produzidas pelos aspectos políticos, econômicos, culturais e sociais que perpassaram as práticas e finalidades do sistema de saúde. Essas concepções localizam o surgimento da ideia de atenção primária no debate acerca da necessidade de constituição de um sistema de saúde hierarquizado, baseado na integralidade e com maior capacidade de resolutividade (MOROSINI, 2017).

O Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido, em 1920, foi um desses primeiros documentos governamentais que encorajou a organização de um sistema de saúde a utilizar o conceito de Atenção Primária em uma perspectiva sistêmica,

regionalizada e integral dos serviços prestados, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. As concepções desse documento influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico, em 1948, passando a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (FAUSTO, 2005).

Anos após, no Canadá, em maio de 1974, é divulgado o “Informe Lalonde”. O documento sintetizou um conjunto de ideias que preconizou um arcabouço conceitual sobre saúde. Morosini (2018) destaca que os fundamentos desse relatório influenciaram as políticas sanitárias de outros países e estabeleceram as bases para a I Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, que teve como proposta “Saúde para todos no ano de 2000” e a “Estratégia de Atenção Primária à Saúde”.

Assim, foi com a I Conferência de Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão, em 1978, que se discutiu, pela primeira vez, a Atenção Primária à Saúde em âmbito internacional (FAUSTO, 2005), sendo organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Assim, após as discussões ocorridas na realização da conferência, foi desenvolvido o conceito do que seria adotado para se entender a Atenção Primária em Saúde:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (UNICEF/OMS, 1978, p. 3).

A APS teria a função central de organizar o sistema de saúde de forma universal, equitativa, tornando-se o principal nível de assistência baseada em métodos e tecnologias apropriadas – que não quer dizer necessariamente mais barata –, cientificamente comprovada e socialmente aceitável, cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, mediante sua plena participação contrapondo-se ao reducionismo do atendimento assistencial médico (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Enfatizava-se que os problemas de saúde mais prevalentes na população poderiam ser melhor resolvidos se fossem considerados os determinantes ambientais, socioeconômicos e os estilos de vida das comunidades. A APS teria ainda ações mínimas necessárias para o seu desenvolvimento nos diversos países, como a educação em saúde; distribuição de alimentos e



nutrição apropriada; tratamento de água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; fornecimento de medicamentos essenciais (PAIM, 2012).

Entretanto, em oposição aos interesses dessa perspectiva ampliada de saúde, um ano após a Conferência de Alma-Ata, a Fundação Rockefeller financiou a realização da Conferência de Bellagio, na Itália, disseminando-se internacionalmente uma noção seletiva de APS. A proposta surgiu da crítica feita à concepção de APS presente na Declaração de Alma-Ata, interpretada como uma concepção idealizada, muito ampla e com poucas chances de aplicabilidade, sendo considerada, portanto, não aplicável à realidade econômica nos países (MACHADO, 2007).

Além disso, a disseminação de programas seletivos de APS em países subdesenvolvidos foi divulgada e financiada por agências e organismos internacionais. Mattos (2001) traça um panorama da atuação das agências internacionais no oferecimento de recursos financeiros e projetos na área de políticas públicas de saúde para países não desenvolvidos, sendo tais recursos condicionados a uma série de requisitos e exigências na implementação das políticas públicas e na condução da política econômica.

O Banco Mundial, por exemplo, ganhou destaque nos debates referentes às políticas de saúde, interferindo nas políticas públicas de saúde, sobretudo pelo fato da capacidade de mobilizar quantias consideráveis de recursos financeiros e do aproveitamento das vantagens de atuação em diversos setores (MATTOS, 2001).

Assim, essa concepção seletiva de APS ganhou espaço ante a conjuntura favorável na crise capitalista da década de 1970. Com a Crise do *Welfare State*, nos países de capitalismo central, provocada pela alta do preço do petróleo, na década de 1970, as economias mundiais começaram, paulatinamente, a sair do padrão produtivo de acumulação e entraram na lógica da valorização do capital pela via financeira, inaugurando o processo de financeirização das economias capitalistas com os postulados e políticas econômicas receitadas e praticadas pelo neoliberalismo de países como Estados Unidos e Inglaterra (MOROSINI, 2017).

A UNICEF também, nesse novo contexto econômico e social, passou a defender um pacote mais efetivo em termos de custo, seletivo e de caráter não universal, focalizado no grupo infantil (UNICEF, 1996). Baseada na formulação de programas com objetivos focados em problemas específicos de saúde para atingir grupos populacionais em situação de pobreza, observou-se o aumento da difusão da atenção primária como um pacote de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres (GIOVANELLA;

MENDONÇA, 2012). Esse pacote ficou conhecido como “medicina pobre para pobre” (PAIM, 2012).

Nos anos seguintes, intervenções e práticas em saúde voltadas ao acompanhamento, crescimento e desenvolvimento infantil, reidratação oral, aleitamento materno e imunização – conhecidas como GOBI, por suas iniciais em inglês – passaram a ser difundidas entre os países pobres, com o suporte da UNICEF e de outras agências internacionais, que eram consideradas objetivos claros, fáceis para avaliar e medir o alcance de metas propostas (MOROSINI, 2017).

## **2.1 Atenção Primária em Saúde no Brasil: novas faces e embates a partir do SUS**

O Brasil como país que faz parte do mundo subdesenvolvido (SANTOS, 2008) tem como um dos seus grandes desafios garantir aspectos do Estado de Bem-Estar social para sua população, que, dentre estes, se encontra o oferecimento de serviços de saúde de qualidade. No âmbito da assistência em saúde, garantir esse acesso é uma dimensão que o Estado, inserido nesses moldes e como agente provedor dos serviços básicos para a sobrevivência do cidadão, não consegue prover a contento.

Costa (2014) afirma que, durante séculos, pouco se fez em relação à saúde no Brasil. No Período Colonial, a assistência em saúde provinha, sobretudo, de serviços de hospitais filantrópicos, e a relação entre filantropia e cuidados médicos era característica recorrente na condução dos cuidados com a saúde dos brasileiros.

Essas ações de assistência promovidas pela caridade foram definidas, sobretudo, pela atuação das Santas Casas de Misericórdia por volta do século XVIII, que, advindas da experiência portuguesa, surgiram no Brasil com as fundações dos primeiros núcleos urbanos (ABREU, 2021).

“As misericórdias” que atuavam no Brasil antecederam a própria organização do Estado brasileiro quanto a um sistema de saúde, cabendo a elas atender a população. Dessa forma, a filantropia chega à sociedade como ações não governamentais, as quais vêm para mediar as necessidades dos excluídos na distribuição da assistência hospitalar, médica, funerária e asilar (TOMASCHEWSKI, 2007).

Ainda nos primeiros anos de República, as Santas Casas permaneciam como sendo a única assistência à saúde disponível às populações mais pobres. No contexto epidemiológico, prevaleciam as doenças pestilenciais transmissíveis, fruto das imigrações e da formação de aglomerados urbanos com precárias condições de saneamento básico.

As ações sanitárias que foram desenvolvidas nesse período estiveram, na sua maioria, atreladas aos interesses existentes de grupos hegemônicos ligados à economia agroexportadora de café, que restringiam suas ações não no conjunto dos problemas de saúde e carências da população, mas sim naqueles que diziam respeito a interesses específicos da economia das oligarquias agroexportadoras (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Para atender a esse fim, sanear espaços públicos de grande movimentação de pessoas, sobretudo os portos e locais de escoamento da produção, era a prioridade. Tal movimento ficou conhecido como Sanitarismo Campanhista e marcou as primeiras ações em saúde no Brasil (MENDES, 1999).

Com o avanço da industrialização no Brasil, na década de 1950, a importância foi dada não mais em sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas em “atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva” (MENDES, 1999, p. 65). Surge, nesse período, um complexo médico assistencial privatista cujas características privilegiavam a prática médica curativa e individual, em detrimento da saúde pública, beneficiando o serviço privado.

Os questionamentos e críticas referente à forma verticalizada, desconexa e seletiva dos programas de saúde até então implantados, tendo o modelo privatista como referência, foram a base para surgir no Brasil o Movimento Sanitário Brasileiro, que sintetizou as críticas feitas por uma série de movimentos ocorridos na década de 1970 e que propunham uma Reforma do Setor de Saúde brasileiro em meio ao processo de redemocratização do país (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Também a busca pelo caráter universal das políticas em saúde surge como fruto desses movimentos que pretendiam um afastamento do modelo biomédico e a construção do modelo orientado na assistência em saúde com foco na integralidade e nas necessidades ampliadas de saúde (FERTONANI *et al.*, 2015).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, foi um importante marco na construção das bases do que viria a constar na Constituição Federal de 1988, contemplando a saúde como direito social, cuja garantia a todos é um dever do Estado, assegurando ainda duas condições básicas: o direito de todos os brasileiros ao acesso a serviços e ações de saúde e políticas públicas econômicas e sociais capazes de garantir o financiamento do setor.

No que diz respeito à conceituação de Atenção Primária à Saúde, aos moldes dos preceitos de Alma-Ata, o Movimento Sanitário Brasileiro também se contrapôs às ideias que ganhavam espaço no mundo de caráter seletivo e excludente (MACHADO, 2007).

A Constituição Federal, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), inaugurou no ambiente sociopolítico brasileiro uma macroestrutura de direitos sociais que tinham por objetivo criar um Estado de Bem-Estar social, sobretudo em relação ao Capítulo IV da Constituição Federal de 1988 – Da Ordem Social.

O SUS tem como diretriz estratégica a hierarquização do atendimento em níveis de atenção, tendo por estratégia alcançar a cobertura universal e dar acesso qualificado às ações de saúde ao conjunto da população de um território adstrito, reformulando, readequando e reorganizando os recursos disponíveis.

A forte tendência à descentralização em grande parte das políticas sociais também foi objeto de consolidação no Brasil, sendo firmada como eixo à democratização dos processos decisórios e da equidade dos resultados das políticas públicas (ALMEIDA, 2005).

A descentralização, sob a perspectiva democratizante, não significava apenas a delegação de responsabilidades, mas uma nova forma de irradiação do poder, contribuindo com a democratização das relações entre Estado e sociedade e o efetivo acesso aos serviços.

Dentre essas funções descentralizadas, encontram-se as políticas públicas em saúde – em especial, a Atenção Básica como sendo o primeiro nível de atenção em saúde, que se caracteriza por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, o qual abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2019), tendo na figura dos municípios e de seus agentes públicos o protagonismo da implementação dessas ações.

Entretanto, a crise econômica mundial, provocada pelo aumento do preço do petróleo e pela elevação das taxas de juros pelos Estados Unidos, em consonância com o endividamento e o descontrole inflacionário dos países emergentes, acabou por conduzir ao ajuste estrutural, preconizado pelos organismos internacionais, e à reconfiguração do Estado brasileiro aos moldes neoliberais, ensejando, dessa forma, outras formas de descentralização, tendo como base a falência do Estado enquanto provedor dos serviços públicos (FLEURY, 2008).

Soma-se a isso o descompasso vivido pelo Brasil em relação ao mundo, pois, nessa época, ainda estava se industrializando e sendo financiado por meio da obtenção de empréstimos externos. Como consequência, a economia brasileira foi fortemente atingida pelo binômio – crise da dívida e alta inflação –, provocando o aumento da dívida externa e causando instabilidade macroeconômica (PAULANI, 2010).

Dessa forma, para tentar resolver tais descompassos, o Estado brasileiro se articula e promove a passagem da economia aos imperativos neoliberais que tinham como

ideário o movimento à financeirização (PAULANI, 2010). A política de privatizações, nos anos 1990, questionava os gastos com saúde pública e, tal como nos períodos anteriores, buscava beneficiar o setor privado, o qual acabou sentindo-se prejudicado com as propostas de saúde universal do movimento sanitário (FLEURY, 2008).

Na condição de elemento participante da lógica capitalista, o Estado responde a tais estímulos reproduzindo a lógica do sistema econômico, a qual ele está inserido, promovendo as principais ferramentas para a valorização dos recursos de rentistas internos e externos (PAULANI, 2010).

O papel do Estado frente a uma economia mundializada nos países periféricos, como o Brasil, revela um Estado cada vez mais passivo e com baixos investimentos na área social e com pouca autonomia estatal frente aos interesses do mercado. Dessa forma, a influência hegemônica de empresas e os organismos transnacionais dominam os espaços do poder, tendo como consequência o tratamento residual do interesse social local (SANTOS, 2000).

No tocante à saúde, a atuação das agências internacionais orientou-se para o fomento do oferecimento de atenção em sua concepção seletiva, sob o pretexto de que a realidade fiscal do país não sustentaria a concretização de princípios universais de acesso ao sistema de saúde elencados na CF/88 (MATTOS, 2001).

Em 1987, o Banco Mundial publicou o documento *Financiando os serviços de saúde nos países em desenvolvimento: uma agenda para a reforma*, cujo conteúdo congrega as intenções de financiamento e fortalecimento dos setores não governamentais, bem como a descentralização dos serviços públicos de saúde em uma perspectiva liberalizante. O objetivo seria o repasse de responsabilidades para a iniciativa privada e para as organizações não governamentais, as quais receberiam recursos financeiros para a prestação de serviços de saúde (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011).

A Reforma do Aparelho do Estado também foi utilizada para compatibilizar a estrutura do Estado brasileiro às concepções neoliberais que haviam sido adotadas. Para a concretização dessas intenções, foi apresentado o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado – PDRAE, desenvolvido no âmbito do Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (PEREIRA, 1997).

O PDRAE remete a uma concepção de Estado alinhada à racionalidade neoliberal que exige uma menor presença do Estado na promoção das políticas públicas. Nessa concepção de Estado mínimo, a crise do Estado brasileiro se justificava pelo argumento de que o Estado se afastara de suas funções básicas e que havia uma inadequação da atuação do

Estado na economia.

Tais mudanças promovidas pelo Plano ensejaram a proposição de novos modelos institucionais, uma vez que redefiniu o papel do Estado na condução das políticas públicas, desistindo de ser executor e tornando-se regulador dos serviços prestados. O Estado, nessa perspectiva, deveria atuar somente nas atividades consideradas exclusivas (PEREIRA, 1997).

No que se refere à Reforma Administrativa do Sistema de Saúde, uma das ideias-força do receituário do Banco Mundial para a reforma do setor de saúde no país foi explicitada no documento *Informe sobre a reforma do setor saúde no Brasil*, sobre a reforma do setor de saúde no Brasil em 1993 (COSTA; RIBEIRO, 1997).

Numa concepção que aglutinou as intenções do PDRAE e das agências internacionais, o setor saúde viu surgir novos atores e intuições na execução dos serviços públicos. As Organizações Sociais (OS), reguladas pela Lei 9.637, de maio 1998, e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), reguladas pela Lei 9.790, de março de 1999, passaram a executar serviços públicos considerados não exclusivos ao Estado (MOROSINI, 2018).

Assim, as políticas macroeconômicas, a agenda de reforma do aparelho do Estado e a coalizão de forças políticas não foram favoráveis a fomentar uma estruturação efetiva de um sistema de saúde com pretensões universais. Dessa forma, o SUS foi adquirindo novos contornos, ajustando-se e sendo ajustado pelo modelo econômico adotado, sendo a concretização da democratização da saúde um grande desafio a ser implementado (DRAIBE, 1999).

A única política possível apontada pelos ideais neoliberais seria a adoção de programas em saúde não universal, seletivos e focalizados na população mais pobre. Adotou-se, dessa forma, a focalização do cuidado em saúde à medida que se reconheceu a necessidade de estabelecer prioridades de ação em um contexto de ajuste fiscal do Estado brasileiro (CALIXTRE; FAGINANI, 2017).

É nesse contexto, portanto, que ocorre o processo de implementação da Atenção Básica nos anos 1990 no Brasil. Com a institucionalização do PACS e do PSF – que, nos anos iniciais, priorizaram as áreas compreendidas no Mapa da Fome delimitadas pelo IPEA –, observou-se a ampliação da cobertura de serviços em saúde simples e de baixo custo, sobretudo em áreas rurais onde a população não tinha acesso ao sistema de saúde existente (CALIXTRE; FAGINANI, 2017).

Isto posto, cumpre constatar a contradição fundamental do crescimento da cobertura da Atenção Primária na década de 1990 em uma conjuntura onde se pretendia

eliminar os direitos sociais preconizados pela CF/88 com a implementação de contrarreformas liberalizantes e da Reforma Administrativa do Estado brasileiro (MOROSINI, 2017).

No que se refere à incorporação de agentes comunitários de saúde, tal circunstância se apresenta como uma forma de racionalização dos custos, com o emprego de uma mão de obra barata, com fracos vínculos empregatícios e de baixa qualificação (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011). O resultado observado foi o desenvolvimento de ações de caráter preventivo que, mesmo com viés de seletividade, impactaram positivamente os índices de mortalidade materno-infantil, a desnutrição e o aumento da vacinação nas populações atendidas.

## **2.2 O Programa Agente Comunitário de Saúde – PACS: a inserção do trabalhador comunitário em saúde**

No Brasil, as primeiras experiências com trabalhadores comunitários em saúde antecederam a criação formal do PACS e do PSF. Observa-se que, desde a década de 1920, foram implantados serviços que guardam relação com atribuições desenvolvidas pelos atuais agentes comunitários de saúde, sobretudo no que se refere à realização de visitas domiciliares nas comunidades e à promoção de ações de educação em saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A exemplo dessas práticas, pode-se citar as visitadoras sanitárias dos centros de saúde que atuavam tanto nas unidades de saúde quanto nas comunidades, acompanhando famílias de grupos de risco (FARIA, 2006).

Também a medicina comunitária nos anos 70, do século XX, contribuiu para a introdução de trabalhadores comunitários na assistência em saúde, incentivando as bases para os investimentos necessários para ações descentralizadas. Por meio do Programa de Interiorização das Ações em Saúde e Saneamento (PIASS), em 1978, foi redefinida a política de saúde (FAUSTO, 2005).

Há que se mencionar também a iniciativa pioneira do Instituto de Medicina Preventiva da UFC que teve como referência o modelo de saúde de Cuba com os líderes de bairro, que dentre outras ações, criaram o Programa Integrado da Comunidade, por meio apoio técnico e operacional da UFC (ARRUDA, 2021).

Ainda na década de 1970, a iniciativa de organizações religiosas católicas, por meio do uso da Teologia da Libertação e do voluntariado, como a base para explicar as ações das instituições eclesiais e a opção pelos pobres, teve papel fundamental na formação do espaço da saúde preventiva em comunidades carentes do semiárido nordestino e em grandes

regiões metropolitanas (COSTA *et al.*, 2010).

Em uma relação entre fé, política e assistência à saúde, a Pastoral da Criança, ligada à Igreja Católica, e as Comunidades Eclesiais de Bases (CEB)<sup>1</sup> auxiliavam líderes comunitários que atendiam às comunidades, as quais se constituíam de pequenos grupos de pessoas tendo como principal protagonista o povo organizado, sobretudo mulheres, atuando com uma intensa capilaridade nos territórios, promovendo ações no combate à mortalidade infantil (COSTA *et al.*, 2010).

O Programa Agentes Comunitários de Saúde do Estado do Ceará, criado em 1987, por meio de uma frente de trabalho no âmbito do programa emergencial de combate à seca, originou-se como emprego de mão de obra de mulheres e como estratégia capaz de ajudar a melhorar os indicadores alarmantes da saúde infantil por meio de ações simplificadas (TENDLER, 1998).

Segundo Andrade (1998), a experiência cearense revelou-se pioneira no Brasil, pois, embora o trabalhador comunitário de saúde já existisse, faltava-lhe a institucionalização. O projeto foi encampado e, em 1991, o Ministério da Saúde institucionalizou o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), primeiramente em algumas áreas do Nordeste e do Norte do país.

O surgimento do PSF, que foi gestado após a experiência positiva do PACS, deu-se ao longo do ano de 1993 após ampla discussão sobre sistemas locais de saúde e modelos assistenciais. Experiências ocorridas no sertão cearense juntamente às experiências de médicos da família em Niterói, São Paulo e Rio Grande do Sul; além disso, destacam-se as casas de parto do programa do médico Galba Araújo, que ofereceram as bases que serviriam para a institucionalização e para a federalização do programa (ANDRADE, 1998).

O PSF apresentou-se com imenso potencial, na medida em que foi constituído no Brasil como importante ação estratégica de reestruturação das práticas de atenção primária à população, construindo um modelo de saúde sintonizado com os princípios de territorialização, intersetorialidade, controle social e abordagem multiprofissional (SCOREL *et al.*, 2007).

A partir de 1996, os programas PSF e PACS são aglutinados e passam a ser

---

<sup>1</sup> As Comunidades Eclesiais de Base (CEB) têm uma relação intensa com as comunidades paroquianas vulneráveis. Tais movimentos da Igreja Católica tinham relações com os pensamentos ligados à Teologia da Libertação, e sua atuação foi intensa nos anos de 1970, 1980 e 1990. Atualmente, algumas dioceses, por meio de suas paróquias, sediam movimentos de atenção a comunidades e a territórios vulneráveis. Hoje, a Pastoral da Criança é presente em vários municípios, primando pelo combate à mortalidade infantil e pelo aumento da expectativa de vida de criança, não só no Brasil, mas em diversos países da América Central e Países Africanos.



denominados como Estratégia de Saúde da Família (ESF), tornando-se prioridade na agenda do Ministério da Saúde com o intuito de expandir a cobertura dos serviços e promover a reorientação do modelo de atenção. Com isso, a ESF passou a ser adotada como o fator de reorganização do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, possibilitando sua expansão por meio da reorientação do cuidado em saúde prestado (BRASIL, 2012). Como resultado trouxe novo status à Atenção Básica e favoreceu mudanças e inovações institucionais tanto na regulação quanto no financiamento, trazendo avanços na expansão da cobertura dos serviços (MACHADO, 2007).

A implantação de Equipes de Saúde da Família (EqSF), por meio de repasses de incentivos financeiros de forma regular e automática aos municípios, foi a estratégia utilizada para ampliar a extensão e a cobertura do programa. Com a criação da Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01/96), observa-se a priorização da ESF para nortear e reorganizar os serviços de Atenção Básica, incentivando a caracterização de primeiro nível de atenção, instituindo-se os componentes de financiamento do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável (BRASIL, 2010).

A ESF é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, um médico; enfermeiro; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2012). Cada equipe de Saúde da Família (EqSF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012).

Em 2020, a ESF registrava o total de 43.286 equipes cadastradas e abrangia cerca de 133.710.730 milhões de pessoas (63,62 % da população brasileira). Além da concepção original, o PSF se expandiu para atuar em conjunto com o Programa Saúde Bucal, que inclui um cirurgião-dentista, um auxiliar de consultório e um técnico em higiene bucal. Estima-se que há cerca de 28.442 equipes assim compostas que atendem a 87.525.635 milhões de pessoas – 42,14% da população brasileira (BRASIL, 2020).

### **2.3 Entre a norma e a forma: avanços e retrocessos frente ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde**

Segundo Bornstein e Stotz (2008), as atribuições desenvolvidas pelos ACS

correspondem a um tema relevante e objeto de pesquisa para compreensão do processo saúde-doença no âmbito da atenção primária. Também, dentro dessa perspectiva, o trabalho do ACS é fortemente impactado pelas disputas existentes na conceituação de Atenção Primária em Saúde, revelando uma pluralidade de entendimento das atribuições desses profissionais na literatura.

Essa multiplicidade de entendimentos é constatada ao se analisar as dimensões do trabalho do ACS, revelando uma dimensão técnica e outra mais política, que, por meio da capacidade de liderança, conseguem desenvolver suas atribuições balizadas no perfil social (SILVA; DALMASO, 2002).

Corroborando as citações anteriores, Kluthcovsky e Takayanagui (2006) concluem que os ACS trabalham em três dimensões distintas: a técnica, a política e a assistência social, esta última possibilitando o acesso e a equidade nos serviços de saúde.

Os ACS, como demonstrado no estudo de Lotta (2010), realizam também a mediação entre a população local e poder público, permitindo conectar a política pública ao cotidiano da comunidade. Isso se torna possível pelo fato de o ACS possuir o senso de pertencimento à comunidade e se assemelhar à população usuária do serviço (BORSTEIN; STOTZ, 2008).

A Portaria n.º 1886/GM, de 1997, e o Decreto nº 3189, de 1999, representam os primeiros documentos que normatizaram o processo de trabalho dos ACS e que foram publicados anos após a criação do PACS e do PSF (BRASIL, 1997; 1999).

Esses dois documentos reafirmam a gênese da ideia do conjunto de atribuições desenvolvidas pelos ACS, voltadas às atividades sanitárias de baixa complexidade tecnológica e alto impacto, e se expressavam na orientação, acompanhamento e monitoramento de grupos específicos (gestantes e crianças); desenvolvimento de ações de educação em saúde; identificação de sinais de riscos; encaminhamento e criação de alternativas de facilitação do acesso a serviços de saúde; cadastramento das famílias e sua atualização; participação no diagnóstico socio sanitário; e supervisão de pessoas em tratamento, por meio da realização de visitas domiciliares.

Esses normativos iniciais estabeleceram ainda a ideia de um trabalhador polivalente na medida em que abriu a possibilidade do desenvolvimento de atribuições não elencadas em lei, bem como de atividades a serem desenvolvidas de acordo com prioridades locais. Como resultado desse processo, observou-se a contínua inclusão de novas atribuições para os ACS, gerando tensão e sobrecarga no trabalho e sendo eles, constantemente, requisitados para executar as mais diversas demandas.

Somente em 2002, foi instituída a profissão de Agente Comunitário de Saúde por meio da Lei nº 10.507/2002 (BRASIL, 2002), que manteve as atribuições do Decreto nº. 3.189, de 1999, em seu seio normativo, e reafirmou a sua atuação na prevenção de doenças e a promoção de saúde por meio de visitas domiciliares.

Definiu ainda requisitos básicos para o exercício da profissão como o da necessidade de morar na área da comunidade em que irá atuar, ter concluído o ensino fundamental e ter participado do curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde.

Sobre a forma de contratação, ainda se percebia a fragilidade dos vínculos institucionais aos quais a categoria se submetia. A Lei 10.507/2002 não avançou em relação ao Decreto nº 3189/1999, que preconiza a prestação de serviços ao gestor local do SUS, mediante vínculo indireto, definindo-se como padrão a contratação via OSCIP<sup>2</sup> pelos municípios.

Outra demanda a ser atendida nesse processo foi pela qualificação desses trabalhadores. Assim, em resposta, foi publicado o Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, em 2004 (BRASIL, 2004), porém nunca implementado em todo o território nacional. O que de fato aconteceu, em diversas unidades da federação, foi a conclusão de apenas uma das três etapas do curso em nível técnico para os ACS. Dessa forma, deixaram de ser oferecidas, de modo sistemático, as bases para uma compreensão mais ampliada, histórica e crítica das práticas de educação e de saúde.

Em 2006, foi publicada a Lei nº 11.350, que evidenciou uma dimensão mais política do trabalho do ACS ao estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde e possibilitar o elo entre setor de saúde e outras políticas (BRASIL, 2006). Também avançou em relação à contratação e vinculação dos ACS e preconizou que o exercício das atividades de ACS se desse mediante vinculação direta, sendo precedida de um processo seletivo público de provas ou de provas e títulos.

Outro avanço importante para a categoria foi a criação da Emenda Constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006, acrescentando os parágrafos 4º, 5º e 6º ao artigo 198 da Constituição Federal, prevendo a admissão de ACS e agentes de endemias mediante processo seletivo público.

Em síntese, os documentos publicados até 2006 concentram as atribuições dos

---

<sup>2</sup> Organização da Sociedade Civil de Interesse Público ou OSCIP. Trata-se de um título cuja finalidade é facilitar o aparecimento de parcerias e convênios com todos os níveis de governo e órgãos públicos, seja na esfera federal, estadual ou municipal.

ACS em atividades de caráter educativo, de orientação e acompanhamento das famílias e de grupos específicos, de mobilização social, de articulação intersetorial e de produção de informação, estruturadas em torno da presença do ACS no território, tendo a visita domiciliar como estratégia principal.

Com a publicação da PNAB, revisada em 2006, ocorre um esvaziamento das atribuições dos ACS quanto às atividades de educação em saúde, à participação popular e à atuação e mobilização política presente nos normativos anteriores, à medida que se abriu a possibilidade do desenvolvimento de atividades dentro das unidades de saúde, flexibilizando assim sua forma de atuação no território (BRASIL, 2006).

Apresenta-se, a partir desse normativo, uma transformação no sentido do trabalho do ACS. Anteriormente, identificava-se uma finalidade própria, centrada na educação em saúde, e um papel de articulação. Hoje, esse trabalho se caracteriza, cada vez mais, como uma atividade meio, instrumentalizada, fragmentada e desprovida do compromisso com objetivos mais estruturantes dentro do sentido ampliado da concepção de saúde. Há a perda de atribuições relativas à participação popular e política, bem como atribuições relativas ao diagnóstico demográfico e sociocultural das comunidades atendidas.

A Portaria nº 2.488, de 2011 – PNAB 2011 –, acrescenta a atribuição pelo acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa-Família e de qualquer programa de transferência de renda e de enfrentamento de vulnerabilidades, os quais sejam promovidos pelas três instâncias de governo (BRASIL, 2011).

Outro ataque à organização da categoria se deu por meio da publicação da Portaria GM/MS nº 958/16 (BRASIL, 2016), que pretendia alterar a composição mínima das equipes de Atenção Básica, criando a possibilidade de substituição dos ACS por auxiliares ou técnicos em enfermagem. Como resultado a esse movimento, a categoria organizada a nível nacional e as entidades que os representavam, a exemplo da CONACS<sup>3</sup>, pressionaram o poder legislativo para que fosse editada a Lei nº 13.595 (BRASIL, 2018a), a qual reafirma a presença dos ACS na ESF, elencando atribuições que lhes são privativas.

Assim, foi definida como atividade privativa dos ACS a realização de visitas domiciliares rotineiras em sua base geográfica de atuação, casa a casa, para a busca ativa de pessoas com sinais ou sintomas de doenças agudas ou crônicas, de agravos ou de eventos de importância para a saúde pública, com consequente encaminhamento para a unidade de saúde de referência (BRASIL, 2016).

---

<sup>3</sup> A Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) é uma entidade criada pela classe organizada dos ACS.

Entretanto, com a PNAB 2017, foram postas em discussão novas configurações de equipes de saúde sob a justificativa de atender às necessidades locais e regionais. Com o novo texto, abre-se a possibilidade do financiamento e do incentivo à criação de equipes de Atenção Básica (AB) com carga horária diferenciada em relação às EqSF.

Nas equipes de AB, a presença dos ACS não é obrigatória na sua composição mínima. Já nas EqSF, flexibiliza-se a cobertura ao não definir o número de ACS por equipes, estando essa garantia de cobertura assegurada apenas em territórios considerados de risco e de vulnerabilidade social.

Sobre as atribuições dos ACS na nova PNAB, percebe-se novamente a redefinição do escopo de atuação dos ACS, incorporando atividades dos Agentes de Combate a Endemias (ACE) e dos trabalhadores técnicos em enfermagem na tentativa de transformá-los em um mesmo profissional.

De acordo com o novo texto da PNAB 2017, há a incorporação de atividades ligadas à enfermagem no rol de atribuições dos ACS: aferição de pressão arterial, medição da glicemia capilar, aferição da temperatura axilar e realização de técnicas limpas de curativo. Para que as mudanças indicadas pela PNAB 2017 se tornem realidade, edita-se a Portaria nº 83, de 2018, que institui o Programa de Formação Técnica em Enfermagem para Agentes de Saúde (PROFAGS) (BRASIL, 2018b).

Com a edição da PNAB 2017, admite-se que o ACS é pouco resolutivo e que não é necessário em todos os contextos dentro da lógica da racionalidade biomédica. Dessa forma, para se manter necessário ao sistema de saúde, teria de incorporar atribuições clínicas. Para operacionalizar as mudanças indicadas referentes às atribuições do ACS na PNAB 2017, foi criado o “Programa Saúde com Agente”, que articulou a oferta dos cursos técnicos em todo território nacional por meio de parcerias com prefeituras e centros de ensino.

Quadro 1 – Atribuições dos ACS na PNAB 2011 e PNAB 2017

PNAB 2011	PNAB 2017
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ACS obrigatório na ESF (1 para cada 750 pessoas; máximo de 12 por equipe) e facultativo na EAB;</li> <li>- Coordenação do trabalho do ACS apenas pelo enfermeiro;</li> <li>- Sem atribuições relacionadas à vigilância.</li> <li>- Atribuições do ACS vinculadas ao Curso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ACS obrigatório na ESF (quantidade a depender da necessidade e perfil epidemiológico local / em áreas de vulnerabilidade, 1 para máximo de 750 pessoas, cobrindo 100% da população / excluído máximo por equipe) e facultativo na EAB;</li> <li>- Coordenação do trabalho do ACS passa a ser</li> </ul>

Técnico de Agente Comunitário de Saúde; - ACE não compunha ESF/EAB;	responsabilidade de toda a equipe (nível superior);
--	---

*Continua.*

Quadro 2 – Atribuições dos ACS na PNAB 2011 e PNAB 2017

*(Conclusão)*

PNAB 2011	PNAB 2017
- Processo de trabalho e território diferentes; - Sem atribuições dos ACE.	- Inseridas ações de integração da AB e Vigilância. - Atribuições do ACS vinculadas ao Curso Técnico em Enfermagem para Agente Comunitário de Saúde; - ACE pode ser membro da ESF/EAB; - Território único e planejamento integrado das ações; - Incorpora as atribuições do ACE (Lei 11.350) e acrescenta 11 atribuições comuns ACE e ACS.

Fonte: PNAB 2011 e PNAB 2017.

Destaca-se, nesse processo, a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016, conhecida como a emenda do 'Teto dos Gastos', que institui novo regime fiscal e congela, por 20 anos, a destinação de recursos públicos e produz efeitos nas diversas políticas, especificamente no financiamento do SUS (BRIONES; SOUSA, 2020).

Uma luta coletiva antiga, e que merece destaque pela organização e articulação da categoria, se refere ao Piso Salarial. Após pressões dos profissionais organizados em sindicatos, associações, federações e confederações em âmbito nacional, foi aprovada a Lei n.º 13.708/18, que fixou o piso salarial profissional nacional dos ACS no valor de R\$ 1.550,00 (mil quinhentos e cinquenta reais) mensais a partir de janeiro de 2021. Em 2022, com a Emenda à Constituição (EC) 120/2022, foi aprovado um piso salarial nacional de dois salários-mínimos (BRASIL, 2018c; 2022).

Em 2020, entrou em curso o início de um novo financiamento da Atenção Básica por meio do Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979/2019. Os repasses de

recursos são distribuídos tendo por base três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para Ações Estratégicas (BRASIL, 2019). Assim, o PAB fixo, que tinha como base critérios populacionais e repasses per capita, e o PAB variável deixam de existir.

Ganham destaque, nesse contexto, os critérios referentes à quantidade de usuários efetivamente cadastrados no município em Equipes de Saúde da Família (EqSF) e de Equipes de Atenção Primária (EqAP) como critério para focalização do repasse dos recursos, (BRASIL, 2017).

Dessa forma, ao compreender o PACS, no contexto atual, percebe-se uma estreita reorientação do conceito de resolutividade na Atenção Primária sob o viés de uma visão biomédica e utilitarista da concepção de saúde. Essas mudanças desconsideram a existência do potencial dos ACS como educadores em saúde e os transformam em trabalhadores cuja importância é conferida pela realização de procedimentos técnicos específicos de enfermagem, correspondendo a uma determinada concepção sobre efetividade voltada ao custo-efetividade, caracterizando um quadro de crescente perda de autonomia, instrumentalização e fragmentação do trabalho em um cenário de subfinanciamento da Atenção Básica.

Assim, como pressuposto quanto aos elementos inerentes ao contexto social, político e econômico que circundam o PACS, encontram-se diferentes concepções de trabalho, de educação e de saúde que configuram os múltiplos projetos políticos em disputa pela concepção política que orienta o processo de trabalho no qual o ACS se insere, alterando seus sentidos e suas práticas cotidianas.

Em 2020, o Brasil contava com 257.061 Agentes Comunitários de Saúde que atendiam a 128.257.416 pessoas, o que correspondia a 61,03% da população brasileira.

### **3 PERSPECTIVAS EM AVALIAÇÕES DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS: CAMINHOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA AVALIATIVA**

As políticas públicas são planos e ações que envolvem formulação, implementação e avaliação de programas e projetos direcionados ao atendimento das demandas sociais. Essas ações também envolvem processos decisórios de gestores públicos e ocorrem, geralmente, como consequências de demandas e reivindicações dos mais diversos e diferentes grupos sociais. É nos contrapontos entre grupos sociais e gestores públicos que se encontram as decisões sobre “‘o que fazer’ ou ‘não fazer’ e, sobretudo, ‘como fazer’, ou seja, a orientação política que deverá direcionar a ação pública e regular as formas de interação entre agentes promotores, parceiros e público-alvo da política” (BELLUZZO; VICTORINO, 2004, p. 101).

Quanto à avaliação de tais políticas, essa atividade estratégica propicia a compreensão das políticas e do próprio Estado em ação ou omissão, sendo um instrumento para a tomada de decisões, bem como para a viabilização do controle social. Não há uma única definição para avaliação, o que existe de fato são vários paradigmas aos quais os avaliadores lançam mão para chegar a um determinado desenho metodológico de avaliação de uma política pública. Tais paradigmas representam a adoção de referências iniciais do avaliador, as quais, por sua vez, revelam seus valores, predisposições e visões de mundo a partir do paradigma adotado.

No Brasil, até os anos de 1980, as políticas públicas foram marcadas por uma forte centralização decisória a nível federal. Aos municípios cabia apenas a atribuição de executor das políticas formuladas e controladas centralmente. As políticas públicas eram, portanto, formalizadas longe de onde de fato seriam implementadas, ou seja, havia uma desarticulação entre as etapas de formalização e implementação das políticas nos níveis federal e municipal. Além dessa fragmentação institucional, havia também a falta de articulação e o caráter setorial e especializado das áreas que dificultavam a coordenação das políticas, resultando em baixa eficiência, eficácia e efetividade destas (FARAH, 2000).

O debate para a reformulação desse processo se iniciou na década de 1970, se fortalecendo nos anos 80, com o processo de democratização do país, com o engajamento de movimentos sociais e com as categorias profissionais interessadas em tais reformas. As propostas enfatizavam a descentralização e a participação dos cidadãos na formulação e implementação das políticas públicas, baseando-se na concepção universalista dos direitos sociais (FARAH, 2000).



A partir dos anos de 1980, sobretudo impulsionado pela exigência das agências financiadoras internacionais na elaboração de sistemas avaliativos dos projetos por elas financiados – com parâmetros de avaliação que estavam balizados em contemplar aspectos positivistas, os quais, segundo Stephanou (2005), privilegiavam abordagens lineares, testes de hipóteses pela mensuração do objeto de estudo – houve o aumento de avaliações dessa natureza.

Assim, pode-se perceber que, até então, as avaliações de políticas públicas se constituíam, sobretudo, na tradição sistêmica, voltada para o caráter fiscalizatório, e policialesco, formal e burocrático, privilegiando o modelo técnico-formal-cientificista, o qual, no âmbito avaliativo, é hegemônico. Tais avaliações sustentam-se em um discurso de uma suposta neutralidade das avaliações e mascaram seu compromisso com pressupostos adotados no âmbito político, econômico e social (OLIVEIRA; GUSSI, 2017).

Entretanto, quando se trata de pesquisas em Ciências Sociais, as avaliações precisam revelar as multiplicidades de dimensões da vida social, econômica, política, cultural e simbólica. Esse tipo de avaliação necessita ir para além da técnica, sendo imprescindível relacionar as múltiplas tessituras do conhecimento com a articulação dos vários sentidos que os diversos atores sociais atribuem a uma política pública.

Após a década de 1990, ganha espaço entre as abordagens de avaliação de políticas e programas sociais, o método interpretativo-analítico, caracterizado por privilegiar aspectos de integração do processo de compreensão da dinâmica da política (LEJANO, 2006). A partir dos paradigmas emergentes que se situam no campo contra-hegemônico, encontram-se perspectivas que privilegiam aspectos hermenêutico-compreensivos por meio da diversidade metodológica adotada, privilegiando perspectivas multidimensionais e contextualizadas em tempos, espaços e territórios específicos.

Em uma perspectiva construtivista de avaliação, nega-se a existência da realidade como sendo única e objetivada. As várias realidades são construções sociais existindo dinâmicas que criam também outras realidades a partir da interação observador - observado e o meio. Assim, fatos só possuem significado dentro de uma estrutura valorativa, e a verdade é tida como uma questão de consenso entre os diferentes interessados na política pública (GUBA; LINCOLN, 2011).

Há, nessa perspectiva avaliativa, a renúncia ao controle total sobre o processo. Dessa forma, substitui-se a certeza pela relatividade, o controle pela concessão de poder a outros atores, e as explicações generalizadas são substituídas pela compreensão local. Assume-se uma dimensão responsiva à medida que se procura articular as diferentes visões

existentes dos grupos de interesses, enfatizando a necessidade de considerar a visão de diferentes sujeitos e contextos sociais sobre os quais incidem o fenômeno a ser avaliado (GUBA; LINCOLN, 2011).

Assumindo a noção de experiência como central, Lejano (2006) propõe o método experimental como modelo que considera as múltiplas dimensões da experiência e do entendimento, atentando para a complexidade dos fenômenos ocorridos na prática, não se limitando àquilo que ocorre formalmente. Partindo de uma lógica não linear, tais hipóteses/pressupostos vão surgindo por meio de um processo que considera a situação empírica e a reflexão conjunta.

### **3.1 Procedimentos para coleta e análise dos dados**

Dentre as condições metodológicas adotadas, esta pesquisa buscou apreender em diversas dimensões a ação da Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo como pressuposto o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como um sujeito central para a concretização da assistência e serviços de saúde no município de Maracanaú-Ce.

Dessa forma, pretendeu-se avaliar o Programa Agente Comunitário de Saúde por meio da abordagem compreensiva, a qual, segundo Rodrigues (2008), privilegia aspectos da extensão, densidade, detalhamento, amplitude e a interdisciplinaridade do PACS em Maracanaú-Ce.

Para a compreensão do objeto de estudo, fez-se necessário debruçar-se sobre os aspectos subjetivo e relacional da realidade social, a qual, segundo Minayo (1996), é tratada por meio da história de vida, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos sujeitos sociais para a compreensão do lugar comunitário (CHIZZOTTI, 2014).

Em um primeiro momento, foi verificada a literatura sobre a temática relacionada ao assunto pesquisado, em bibliografia publicada na internet, bibliotecas e em centros de pesquisa, como a Escola de Saúde Pública do Ceará, o Portal DataSUS, leis, portarias, projetos, relatórios, dentre outros documentos do âmbito federal, estadual e municipal, capazes de revelar contextos a serem apreendidos para a compreensão da política pública no tempo e no espaço pesquisados.

Dessa forma, a partir da bibliografia aprofundada da temática, foi possível a aplicação do trabalho de campo no território pesquisado, no caso o município de Maracanaú-Ce, para a compreensão da forma, função e dinâmica do PACS. Tal condição deu suporte para

a compreensão do tema pesquisado sob os aspectos políticos e socioeconômicos à época da formulação e implementação do PACS, bem como da realidade atual que o programa atravessa.

A aplicação do questionário foi realizada por meio da plataforma *Google Docs Formulário*, sendo direcionada para a maior quantidade possível de ACS do município de Maracanaú. Por meio do questionário, foi possível traçar o perfil profissional e social dos ACS que atuam nos territórios abrangidos pela ESF de Maracanaú, bem como apreender questões que envolvem as mudanças dos processos de trabalho em meio à transformação do Estado brasileiro e à pandemia de COVID-19 enfrentadas pelos ACS.

Utilizando-se da técnica de formação de grupo focal para a apreensão de questões que necessitam de maior discussão ou que não ficaram esclarecidas no momento da aplicação dos questionários, essa etapa foi realizada com as ACS<sup>4</sup> integrantes da ESF Juarez Isaías Araújo, sendo, segundo Morgan (1997), usada como técnica de pesquisa que coleta dados por meio das interações grupais ao se discutir tópicos específicos importantes para a compreensão do pesquisador acerca do objeto em estudo.

Dessa forma, foi possível reunir informações detalhadas e sistemáticas sobre o programa, centrando-se na compreensão da dinâmica do contexto local que, segundo Gil (2007), caracteriza-se por envolver um estudo profundo e exaustivo de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento.

A observação participante foi realizada por meio da descrição detalhada e da transcrição das ações e posições das pessoas envolvidas no ambiente da unidade de saúde, bem como por meio da participação em reuniões de equipe, constituindo-se, portanto, como uma técnica de observação atenta às circunstâncias, às falas e às interações no ambiente pesquisado (CHIZZOTTI, 2014).

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os ACS, os demais profissionais da equipe de saúde e com usuários da ESF Juarez Isaías Araújo, dispondo de recursos como a gravação, quando autorizado, dos áudios junto ao entrevistado. Dessa forma, pretendeu-se levantar aspectos sobre a avaliação do trabalho e a atuação dos ACS e as múltiplas visões pelos diferentes grupos considerados.

Como forma de compreensão do cotidiano das Agentes Comunitárias de Saúde nas comunidades atendidas, foi realizado o acompanhamento de visitas domiciliares de ao menos um turno de trabalho das ACS integrantes da ESF Juarez Isaías Araújo.

---

<sup>4</sup> É utilizado o artigo feminino por, nesse caso, estar se referindo às agentes comunitárias da UBS Juarez Isaías Araújo, as quais são todas do sexo feminino.

A pesquisa que subsidia a elaboração deste trabalho obteve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), após registro na Plataforma Brasil, com Parecer Consubstanciado nº 5.281.938, e cumpre as normas éticas do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos, dispostas nas Resoluções nº 466 do ano de 2012 e nº 510 de 2016.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 A ação da Atenção Primária à Saúde nos territórios: Maracanaú em evidência

Leal (2012) afirma que é nos municípios o local onde as políticas públicas são aplicadas, onde o cidadão vive e onde há o resultado direto dos efeitos das políticas implementadas na vida da população. Portanto, o território municipal é, além do *lócus* de ação das políticas públicas, o espaço e o campo de forças de tensionamentos onde essas ações acontecem (RAFFESTIN, 1993). “O território é o chão, sendo esse território usado e utilizado pela população” (SANTOS, 2000, p. 96-97), sofrendo modificações por iniciativa de diversos agentes – Estado, sociedade civil, movimentos sociais, entre outros.

Dessa forma, a ação, a delimitação e as relações de poder se constituem no surgimento de territórios. Para Haesbarth (2004), “[...] todo território é, ao mesmo tempo e obrigatoriamente, em diferentes combinações, funcional e simbólico, pois exercemos domínio sobre o espaço tanto para realizar “funções” quanto para produzir “significados”. (HAESBARTH, 2004, p. 3).

Como assinalado por Haesbarth (2004), o território assume diversas dimensões, sendo que as ações são combinadas e funcionais, resultando em relações de poder. Toda ação delimitada no espaço é funcional e simbólica, e, quando existem relações de poder, há formação de território, pois este necessariamente se constitui a partir de relações de poder em espaços definidos. Ribeiro (2003) afirma que o território, como fato e condição, manifesta e condiciona o exercício do poder.

A ação territorializada da Estratégia Saúde da Família, no âmbito do SUS, e seus programas de saúde, PSF e o PACS, se localizam e se realizam no território municipal. Assim, o território é o substrato de ação dos programas levando-se em consideração as relações de poder. Investimentos, direcionamento de recursos, construção de postos de saúde e a própria ação do funcionalismo público se relacionam ao poder e à importância municipal, tendo o território como norteador para a implementação dos programas de saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Diante de tal afirmativa, nota-se que delimitar as áreas de atuação, fortalecendo as relações dos ACS e dos usuários, permite uma formação de território, pois há uma delimitação, mesmo que não seja no território clássico no sentido nacional, mas um território mutável no tempo e no espaço, conforme algumas necessidades específicas para o

atendimento.

Ademais, essa territorialização, preconizada pelo SUS, é um dos pressupostos básicos da organização do processo de trabalho da ESF. O reconhecimento do território da área adstrita a uma UBS é essencial para a caracterização da população e de seus problemas de saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005). Tal conhecimento, que extrapola uma simples descrição de sua população e dos serviços de saúde delimitados por famílias, é uma importante ferramenta de gestão no processo de cuidado e construção de saúde coletiva.

A ação da territorialização permite que se desenvolva um conhecimento progressivo de um segmento geográfico-populacional delimitado, homogêneo em características históricas e culturais, com o objetivo de acumular informações para a ação sobre condições e estilo de vida, exposições ao risco de adoecer ou morrer, barreiras de acesso aos serviços de saúde, equipamentos sociais e locais, problemas prioritários de família e comunidade, liderança e atores sociais impulsionadores ou opositores de mudança e condições ambientais, tanto físicas como sociais (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Dessa forma, a ESF age em territórios definidos dentro de seus municípios. Dentro de sua função de prover serviços no âmbito da Atenção Básica, os ACS e os programas de saúde são delineados em territórios para uma atuação coordenada e organizada junto à política de saúde municipal.

Segundo o MS, cada equipe de saúde da família deve ter, sob sua responsabilidade, uma população definida de 600 a 1000 famílias, com o limite máximo de 4.000 habitantes. Esse critério deve ser flexibilizado em razão da diversidade socioambiental da região, levando-se em conta fatores como as vulnerabilidades a que essas populações estão expostas (BRASIL, 2017).

A equipe de Saúde da Família deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes naquela comunidade, elaborar programas de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença identificados, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da Atenção Básica.

Tais ações permitem um olhar que ultrapassa o rigor técnico das ações que reduzem o sujeito pela objetivação da doença, inserindo-se o contexto, passando pelas questões subjetivas da população e considerando os aspectos econômicos, culturais e sociais, o que garante a continuidade e a longitudinalidade do cuidado fortalecido pelo vínculo e responsabilização entre a equipe e a população adstrita (SOUZA, 2000).

Entretanto, embora seja definido, o território para a atuação da ESF e do PACS, dentro de uma área de abrangência, não necessariamente estará delimitado e estático. Para Souza (2000), o território é construído e desconstruído ao longo de diversas escalas temporais, “territórios podem ter um caráter permanente, mas também podem ter uma existência periódica” (SOUZA, 2000, p. 81). Assim, mesmo alicerçados em territórios definidos, tal ação no espaço não pode ser caracterizada como estática, mas sim funcional e dinâmica na organização e ação de agentes nos territórios da saúde.

Assim, além de mutável no espaço e tempo, o território, segundo Souza (2000), é funcional e interligado desde as maiores e menores escalas, a exemplo da política nacional do SUS e de sua aplicação no território municipal.

#### **4.2 Caracterização do município de Maracanaú/CE**

Com a institucionalização da Região Metropolitana de Fortaleza (RMF) na década de 1970, por meio da Lei Complementar Federal nº 14, de 08 de junho de 1973, se acentuou na região um forte crescimento populacional. Para Souza (2000), nos anos 1970, esse crescimento de Fortaleza se deu, entre outros aspectos, por meio de uma alta participação de migrantes vindos principalmente do interior do estado. Silva (1992) confirma que esse grande contingente buscava Fortaleza e sua periferia pobre na tentativa de sair do interior do Ceará em busca de melhores condições de vida na capital.

Silva (2009) afirma que a RMF é emblemática pela ausência de políticas públicas na busca por uma melhor qualidade de vida dos seus habitantes e diminuição da fragmentação e vulnerabilidade socioambiental. Para tal autor, o universo da RMF é problemático devido à ausência de políticas públicas capazes de discutir e propor em conjunto vários aspectos da gestão urbana e ambiental.

Inserido na metrópole de Fortaleza, Maracanaú<sup>5</sup> é escolhido para sediar o Polo Industrial do Ceará, com tal característica, o município foi receptor de diversos grupos de pessoas em busca de trabalho.

Pereira Júnior (2011) diz que, no Ceará, fora criado o Distrito Industrial de Maracanaú, atraindo indústrias tradicionais. O autor afirma que os empreendimentos têxteis e confeccionistas foram os que receberam maiores investimentos e condições de se implantar

---

<sup>5</sup> Fez parte do I Plano de Metas de Governo (PLAMEG) do governo Virgílio Távora, no final dos anos 1950, cujo objetivo era desenvolver o estado por meio da industrialização e da racionalização da máquina administrativa (SILVA, 2009).

no estado.

Pequeno (2009) afirma que o município esteve associado à reestruturação produtiva do setor secundário, gerando a propagação de loteamentos populares desde a década de 1990. Pereira Júnior (2013) analisa que as indústrias tradicionais, no caso sendo essas preponderantes em Maracanaú, são responsáveis por uma expressiva locação de força de trabalho. Santos (2017) ressalta que, além dos trabalhadores ligados ao galpão de fábrica e com carteira assinada, há um contingente considerável de trabalhadores, nas áreas mais pobres de Maracanaú, ligados à indústria de confecção em domicílio.

Embora Maracanaú tenha relativa integração com Fortaleza, por meio de modais como o metrô e linhas de ônibus regulares, muitas áreas do mesmo município estão em condições fragmentadas e desarticuladas com a metrópole Fortaleza.

Áreas que margeiam o rio Maranguapinho e seus afluentes carecem de presença do Estado em várias dimensões, e para o presente caso a dimensão da saúde. Muitas vezes, a atenção está no PSF e em seus agentes comunitários de saúde, responsáveis por uma demanda das populações em maiores riscos, como crianças e idosos inseridos em territórios vulneráveis sócio e ambientalmente. Pequeno (2009) afirma que tais áreas que margeiam o rio Maranguapinho e seus afluentes são “reconhecidas como a origem de rotas de sucateiros e ambulantes que simbolizam o extremo dos fluxos do circuito inferior<sup>6</sup> da metrópole” (PEQUENO, 2009, p. 76).

Costa (2002, p. 187) afirma que “a degradação ambiental é desigual e seletiva”, restando para as populações pobres terrenos e ocupações em áreas degradadas ou intensamente vulneráveis a riscos ambientais. Por sua vez, Pequeno (2009) afirma que há uma ausência de políticas de regulação urbana e ambiental, havendo “a interligação entre a condição de moradia precária e exclusão territorial” (p. 76).

Assim sendo, o município torna-se populoso por grupos vulneráveis e dependentes da presença do Estado principalmente em serviços de infraestrutura, saúde e educação. Maracanaú tem uma população, segundo o Censo (2010), de 209.057 e com estimativas, para 2018, de 226.128, sendo o terceiro município mais populoso da RMF.

Como município que abriga diversas indústrias, principalmente as indústrias tradicionais, o território municipal foi e é ocupado por expressivo índice de operários, familiares e agregados, os quais, muitas vezes, vêm de outros locais do estado do Ceará e da

---

<sup>6</sup> O professor Milton Santos, na obra *O Espaço Dividido*, traz uma discussão sobre a existência de dois circuitos no espaço geográfico, responsáveis por diversas e intensas dinâmicas no espaço, principalmente, de países pobres.



própria RMF. Assim, mesmo sendo um município que tem um dos maiores PIB do Ceará, o município de Maracanaú tem de ser pensado como um território que é ocupado por uma extensa periferia. Silva (2009) afirma que,

se observa um acentuado processo de transferência da população pobre para os municípios localizados ao sul e sudoeste do município polo. Agravam a situação de pobreza, a precariedade e o déficit que atingem os setores de infraestrutura, equipamentos e serviços nas áreas do saneamento básico, habitação, saúde e educação (SILVA, 2009, p. 17).

Como o autor afirma, há uma complexidade da formação social no caso da RMF, tendo uma expressiva dinâmica econômica. Há a face de um território ocupado por populações que têm baixas condições financeiras e dependência dos serviços públicos.

### **4.3 A rede de atenção à saúde em Maracanaú**

A rede de atenção à saúde em Maracanaú é composta por serviços de saúde próprios como também mantém convênio com um sistema de rede de hospitais/clínicas privados ou filantrópicos para atendimento à população. A secretaria municipal de saúde tem por finalidade estabelecer e coordenar as políticas municipais de saúde, sendo dividida da seguinte forma: Coordenadoria da Atenção Básica de Saúde, Vigilância à Saúde, Controle de Endemias, Zoonoses, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, SOS Maracanaú, Saúde Mental e Central de Abastecimento Farmacêutico.

A rede de saúde conta ainda com o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Apoio Psicossocial (CAPS Adulto, Infantil e AD), Centro Integrado de Reabilitação (CIRM), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU Maracanaú), Hospital Municipal João Elísio de Holanda e o Hospital da Mulher. A rede conveniada é composta por clínicas e hospitais (dentro e fora do município) que prestam serviços de consultas, exames e internações.

A porta de entrada dos serviços públicos de saúde está nas Unidades Básicas de Atendimento à Saúde da Família (UBASF). As unidades comportam as Equipes de Saúde da Família, que são constituídas por enfermeiros, dentistas, médicos e ACS; e as equipes do NASF, formadas por outros profissionais, como assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, nutricionista, psicólogos.

É nesse contexto, portanto, que se insere o Programa Agente Comunitário de Saúde em estudo. O PSF em Maracanaú-CE foi implantado em agosto de 1997, inicialmente com 15 equipes. Em 2022, contou com 59 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), 30

Unidades Básicas de Atendimento à Saúde da Família (UBASF) e 283 Agentes Comunitários de Saúde (DATASUS, 2021). Todos esses equipamentos e Recursos Humanos são distribuídos em 06 Áreas de Vigilância em Saúde (AVISA)<sup>7</sup>, cada uma delas é responsável por uma parte estratificada do território municipal, integrando a Atenção Básica e a Vigilância, as quais, por meio de dados georreferenciados coletados, buscam soluções para as principais doenças e agravos que acometem o território.

As AVISA, segundo Relatório de Gestão de 2000 (MARACANAÚ, 2008), “constituem-se de espaços territoriais com características geográficas, políticas, epidemiológicas e de gestão descentralizada, de planejamento público próprio, cujo objetivo é alcançar a melhoria da qualidade de vida e saúde dos indivíduos, das famílias e da população como um todo”.

#### 4.4 Abrangência e perfil dos ACS em Maracanaú

A Tabela 1 apresenta o perfil dos ACS que participaram do estudo. Responderam ao questionário os ACS vinculados as seis AVISA existentes no município e, dessa forma, pode-se obter uma amostra representativa de todo o território municipal. Dos 63 ACS questionados, os quais corresponde a 22,3% do total de agentes, observou-se que a maioria era constituída por mulheres (94%), predominantes na faixa etária de 40 a 49 anos (35%), com companheiro(a) (81%) e com 2 a 3 filhos (60%). Quanto à escolaridade, observou-se que a maioria possui o ensino médio (93%).

Tabela 1 – Caracterização dos ACS do município de Maracanaú-CE

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Feminino	59	94%
Masculino	4	6%
<b>Idade</b>		
18 a 29 anos	7	11%
30 a 39 anos	15	24%
40 a 49 anos	22	35%
50 a 59 anos	14	22%
60 aos ou mais	5	8%
<b>Tem Companheiro(a)</b>		
Sim	51	81%

<sup>7</sup> Área de Vigilância em Saúde (AVISA). Com o objetivo de facilitar a coordenação das ações de saúde no município, os territórios foram divididos em seis áreas administrativas e organizacionais. Maracanaú tem atualmente seis AVISA.

Não	12	19%
-----	----	-----

Continua.

Tabela 2 – Caracterização dos ACS do município de Maracanaú-CE  
(Conclusão)

<b>Tem filhos</b>		
Não tem	7	11%
1 filho	13	21%
2 a 3 filhos	38	60%
4 ou mais	5	8%
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental	2	3%
Ensino médio	47	75%
Ensino técnico	6	10%
Ensino superior	8	13%
<b>Tempo de trabalho como ACS</b>		
Menos de 5 anos	2	3%
6 a 10 anos	16	25%
11 a 20 anos	28	44%
mais de 20 anos	17	27%
<b>Tempo de moradia na comunidade</b>		
Menos de 5 anos	0	0%
6 a 10 anos	3	5%
11 a 20 anos	27	43%
mais de 20 anos	33	52%
<b>Famílias cadastradas na microárea</b>		
Menos de 120	3	5%
120 a 169	34	54%
170 ou mais	26	41%
<b>TOTAL</b>		
	<b>63</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

O perfil dos profissionais se assemelha ao referenciado em pesquisa de âmbito nacional realizada com o objetivo de caracterizar os trabalhadores ACS em aspectos relativos à gestão e à prática na gestão do trabalho, cuja predominância era de mulheres na faixa entre 39 e 50 anos, evidenciando a feminização do trabalho e das práticas do cuidado (PINTO *et al.*, 2015).

Em relação ao tempo de moradia na comunidade, 52% dos ACS eram moradores há mais de 20 anos na comunidade em que atuam. Todos os ACS trabalhavam na equipe de saúde há mais de cinco anos, e a maioria (71% deles) já estava há, pelo menos, 10 anos na função.

No que diz respeito à quantidade de famílias e pessoas cadastradas nas microáreas, observou-se que a maioria dos ACS (41%) trabalhava em territórios com excesso de famílias – cada ACS teria de ser responsável por, no máximo, 170 famílias, revelando uma sobrecarga de pessoas e famílias atendidas por eles.

#### 4.5 Caracterização e perfil das ACS da UBS Juarez Isaías Araújo

A Tabela 2 apresenta o perfil das ACS participantes das entrevistas e do grupo focal. Observou-se que as profissionais eram mulheres, predominantes na faixa etária de 40 a 49 anos, com companheiro e com 2 a 3 filhos, todas com o ensino médio completo. Três profissionais têm o nível superior e três ACS têm o nível técnico em enfermagem. Em relação ao tempo de moradia na comunidade, 63% eram moradoras há mais de 20 anos na comunidade em que atuam.

Todas as ACS trabalham na equipe de saúde há mais de cinco anos, que é o tempo de realização do último concurso público para o cargo, sendo que mais da metade delas já estão na função entre 11 e 20 anos. Quanto ao vínculo de trabalho, cinco profissionais são servidoras estaduais ligadas à Secretaria de Saúde Estadual e as outras três profissionais são pertencentes à Secretaria de Saúde Municipal. Dessa forma, o perfil das ACS vinculadas à UBS Juarez Isaías Araújo se assemelha às características dos ACS respondentes dos questionários e que compõem a amostra para os resultados desta pesquisa.

Tabela 3 – Caracterização das ACS da UBS Juarez Isaías Araújo

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Feminino	8	100%
Masculino	0	0%
<b>Idade</b>		
18 a 29 anos	0	0%
30 a 39 anos	2	25%
40 a 49 anos	5	63%
50 a 59 anos	1	13%
60 aos ou mais	0	0%
<b>Tem companheiro</b>		
Sim	7	88%
Não	1	13%
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental	0	0%
Ensino Médio	2	25%
Ensino Técnico	4	50%

Ensino superior	3	37,5%
-----------------	---	-------

*Continua.*

Tabela 4 – Caracterização das ACS da UBS Juarez Isaías Araújo  
(Conclusão)

<b>Tempo de trabalho como ACS</b>		
Menos de 5 anos	0	0%
6 a 10 anos	2	25%
11 a 20 anos	3	38%
mais de 20 anos	3	38%
<b>Tempo de moradia na comunidade</b>		
Menos de 5 anos	0	0%
6 a 10 anos	1	13%
11 a 20 anos	3	38%
Mais de 20 anos	5	63%
<b>Famílias cadastradas na microárea</b>		
Menos de 120	0	0%
120 a 169	0	0%
170 ou mais	8	100%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Com o intuito de se vislumbrar as individualidades das participantes, segue resumo do perfil das ACS entrevistadas:

- **ACS 1:** Mulher de 59 anos, divorciada, mãe de 3 filhos. Reside na comunidade há mais de 30 anos e é ACS há 24 anos. Antes de ser ACS fazia de tudo um pouco para criar seus filhos: diarista, serviços de corte e costura, venda de caldos e sopas. Viu, na seleção promovida pelo Governo do Estado, uma oportunidade de emprego e renda. Atualmente é envolvida em causas sociais e em lutas da categoria, já foi conselheira de saúde no município e já trabalhou como cabo eleitoral de candidatos a vereadores da cidade.
- **ACS 2:** Mulher de 43 anos, mãe de 1 filho. Nasceu na própria comunidade em que atua. É ACS desde os 18 anos, sendo a profissão seu primeiro trabalho. Relata que ser ACS não foi uma escolha, mas uma oportunidade que surgiu. Acreditava não ter perfil para o trabalho, por ser muito tímida, mas passou por todas as etapas da seleção e conseguiu o emprego. Sonhava em trabalhar na área administrativa de alguma empresa da cidade, mas sua vida e escolhas tomaram outros rumos. Diz que não se arrepende de nada, que é feliz com o trabalho que exerce e procura atender bem a todas as famílias que visita.

- **ACS 3:** Mulher de 58 anos, casada, mãe de 2 filhos. Antes de ser ACS, há 18 anos, costurava para os vizinhos para complementar a renda de casa, junto com o esposo. Relata que as funções de ACS a encontraram antes mesmo de ser uma. Ajudava a quem necessitasse de cuidados em relação à saúde: servia de acompanhante em hospitais, fazia curativos e aplicava injeções em pessoas e animais, dava banho em pessoas idosas e acamadas. Ser uma ACS, para ela, é uma realização, pois gosta de estar em contato, a todo momento, com pessoas.
- **ACS 4:** Mulher de 39 anos, casada, mãe de duas filhas. Se divide entre o trabalho de ACS e o de técnica em enfermagem, atuando em hospitais nos plantões noturnos. Escolheu o trabalho de ACS por ter a oportunidade de ser uma servidora pública com estabilidade em concurso realizado no ano de 2010. O fato de trabalhar nas proximidades de onde reside e não precisar enfrentar trânsito nem transporte público é, para ela, um dos benefícios da profissão.
- **ACS 5:** Mulher de 41 anos, casada, mãe de três filhos. Atua como ACS há 20 anos e recentemente graduou-se em enfermagem. Concilia seu trabalho de ACS com os plantões que presta como enfermeira à noite. Relata as dificuldades que surgiram para terminar seu curso de nível superior, as licenças não concedidas para realizar os estágios obrigatórios, as noites perdidas de sono para estudar. Exerce a função de conselheira em saúde no município e é filiada a um partido político, no qual exerce a função de diretora de mulheres.
- **ACS 6:** Mulher de 32 anos, recém-casada, sem filhos. Trabalhava como assistente administrativo em uma escola de cursos técnicos. Além de ACS, é técnica de enfermagem e enfermeira, e desenvolve trabalhos relacionados a autocuidados, terapias e massagens. Viu no concurso para ACS uma oportunidade de trabalho. Gosta de trabalhar com pessoas e se diz grata em ajudar, diariamente, no que está a seu alcance, as pessoas que visita.
- **ACS 7:** Mulher de 52 anos, casada, mãe de 2 filhos. Antes de ser ACS já trabalhava no posto de saúde como técnica de enfermagem na sala de vacina. Decidiu prestar o concurso em 2010, pois vislumbrava a oportunidade de ser funcionária pública concursada, uma vez que seu vínculo como vacinadora era por meio de contratos temporários. Considera que o processo seletivo que concorreu foi bem difícil, sobretudo pela idade avançada que considerava ter na época da seleção. Acredita que, para que uma pessoa possa trabalhar como

ACS, precisa ter/desenvolver três características principais: estar disposta a andar, gostar de pessoas e se comunicar bem.

- **ACS 8:** Mulher de 41 anos, solteira, mãe de 2 filhos. Antes de ser ACS era atendente de uma loja de quadros de arte sem nenhum direito trabalhista, além das comissões de venda. Considera que a informação sobre o concurso que participou foi uma coincidência do destino, pois depois de tantas idas e vindas nas agências de empregos ficou sabendo sobre o concurso e fez a inscrição, ficando em 1º lugar após a prova de títulos. Atua e mora na área mais carente e violenta do bairro.

As ACS pertencem à UBS Juarez Isaías Araújo que faz parte da AVISA V e atende à área abrangida pelos bairros do Novo Oriente, Jardim das Maravilhas, Vila Buriti e Vila da Paz. No território, há também a presença de uma área de ocupação iniciada em 2016, que conta com cerca de 45 famílias, chamada de Terra Prometida, a qual está localizada às margens do canal que corta o bairro. A ocupação apresenta vários tipos de moradia: casas de madeira muito pequenas e algumas casas de alvenaria, sem asfalto nem rede de esgoto.

Dentre os equipamentos públicos existentes no território, constam três praças (Praça do Mercado, Praça Central e Praça da Bíblia), uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF – Juarez Isaías Araújo), três escolas de ensino fundamental (EMEF José Dantas Sobrinho, EMEF Maestro Eleazar de Carvalho, EMEF Deputado Ulysses Guimarães), duas creches – sendo uma filantrópica – (Nosso Lar e Osmira Eduardo de Castro), uma Associação de Moradores e diversos pequenos estabelecimentos comerciais. O território é servido por 4 linhas de ônibus, 2 de transportes alternativos e tem uma estação do metrô em seus limites.

Figura 1 – Território abrangido pela UBS Juarez Isaías Araújo



Fonte: Recorte do Google Maps com adaptações.

Atualmente, a UBS conta com duas ESF, fruto de uma reterritorialização ocorrida em 2014, provocada pelo crescimento populacional nos bairros atendidos, o qual redimensionou o território abrangido pelo programa e criou uma outra Equipe de Saúde da Família. Segundo os dados repassados pela Gerência da UBASF, o território conta com 3.472 famílias cadastradas e um atendimento médio de 1.200 pacientes por mês.



Figura 2 – Mapa da área territorial abrangida pela equipe de Saúde 025 UBS Juarez Isaías Araújo



Fonte: Renato Santos (2021).

Além das duas ESF, funciona junto a elas uma Equipe de Saúde Bucal (EqSB) e um Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) composto por fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, farmacêutico, nutricionista, terapeuta ocupacional e assistente social, estes dando o suporte aos encaminhamentos realizados pelos médicos da ESF.

Quanto à abrangência do PACS no território atendido, a área se divide, oficialmente, em onze microáreas. Existem, atualmente, dez ACS vinculados ao PACS no território analisado, entretanto dois profissionais encontram-se afastados por problemas de saúde, e há uma área descoberta por conta do falecimento de um profissional.

As ACS têm, em suas microáreas, uma média de 182 famílias cadastradas como demonstrado na tabela a seguir:

Tabela 5 – Famílias cadastradas por microárea na UBS  
Juarez Isaías Araújo

<b>MICROÁREA</b>	<b>FAMÍLIAS CADASTRADAS</b>
<b>01</b>	177
<b>02</b>	189
<b>03</b>	180
<b>04</b>	178
<b>05</b>	187
<b>06</b>	171
<b>07</b>	175
<b>08</b>	197
<b>09</b>	181
<b>10</b>	184
<b>11</b>	202

Fonte: dados coletados junto à UBS

## 5 NOS CAMINHOS DAS ACS: ONDE O CAMINHAR É SEMEAR CUIDADOS

Muita gente me pergunta: E aí?  
 Como é ser Agente?  
 Aposto que se arrependeu  
 Ninguém merece esse sol quente.

No começo foi difícil,  
 Mas conquistei meu espaço  
 Às vezes chego pra enfermeira e digo:  
 -E agora? O que é que eu faço?

Eu cheguei numa casa um dia  
 E um homem disse: O que é?  
 Estou atrasado, não está vendo?  
 E eu estou tomando café.

Eu disse: Sou agente de saúde  
 E espero o senhor terminar,  
 Mas a sua esposa está vindo  
 Posso com ela falar.

Falei com propriedade  
 Com muita segurança  
 E pro homem ignorante  
 Eu nem dei nem confiança.

Ele veio se chegando  
 Desculpas então pediu  
 Estava com a pressão alta  
 Pois não tomou o Captopril.

Às vezes pegamos destes  
 Porque nem só de flores é a jornada  
 Então nós usamos a ética  
 E prosseguimos a caminhada.

Mas tirando esses transtornos  
 Tem pessoas boas e educadas  
 Isso nos deixa felizes  
 E trabalhamos motivadas.

(O que é ser Agente? – Carmen Cira,  
 ACS de Maracanaú).

As ACS têm na visita domiciliar o principal meio pelo qual exercem suas funções de acompanhamento e orientação às famílias de sua microárea. É na visita domiciliar que as ACS percebem e identificam condições de saúde que, muitas vezes, ainda não chegaram nem mesmo a serem uma demanda efetiva em uma unidade de saúde, desenvolvendo seu papel promotor e preventivo em saúde.

Assim, para que possam exercer uma das suas principais atribuições, existe, por parte das ACS, a organização do fluxo de atendimento dessas famílias. A gerência do PACS e o supervisor direto das ACS, que são os enfermeiros da ESF, não necessariamente monitoram como se dá essa ordem de atendimento.

Há por parte da supervisão, entretanto, a disponibilização dos dias úteis do mês a fim de definir as metas diárias de atendimento, que seguem o cálculo de uma divisão entre o total de famílias cadastradas na microárea e o total dos dias úteis de cada mês. Cabe às ACS, usando da discricionariedade e de sua experiência no território, definir como será esse fluxo.

Durante o acompanhamento de visitas domiciliares das ACS, observou-se que houve o atendimento preferencial nos primeiros dias do mês aos grupos considerados prioritários pela ESF, ou seja, as crianças de até dois anos de idade, gestantes, acamados, domiciliados, tuberculosos, hansenianos, hipertensos e diabéticos. Por último, foram realizadas as visitas às residências que não apresentam nenhuma dessas prioridades, que nos papéis de trabalho são assinaladas como visitas de rotina.

Atrelado às visitas, há o trabalho de cadastramento de novas famílias e atualização de cadastros já existentes. Nessa atividade, as ACS realizam a inclusão e a exclusão de membros da família do cadastro, atualização de condições de saúde e os dados referentes às condições dos imóveis.

As ACS têm de visitar, uma vez por mês, cada domicílio como preconizado pela PNAB. Entretanto, o que se observou foi que algumas residências são visitadas mais de uma vez no mesmo mês e outras, às vezes, não recebem nenhuma visita. Segundo as ACS, isso acontece porque existem condições de saúde que demandam mais tempo e necessitam de dedicação maior delas no acompanhamento, como é o caso de domicílios que têm pacientes acamados, gestantes de risco, pessoas que fazem tratamento de tuberculose ou hanseníase – nesse último caso, elas têm de administrar e atestar a dose supervisionada semanal do tratamento.

Já para os casos das residências que não recebem nenhuma visita ao longo do mês, as ACS justificam que há situações em que as famílias não se encontram no domicílio, o que exige delas que passem em outro momento e que, por vezes, mesmo passando em outro dia, essas famílias só se encontrarão à noite ou aos fins de semana, ocasionando o não acompanhamento.

Há, entretanto, a prática verificada por algumas ACS de visitar essas famílias à noite ou aos sábados. Essas ACS separam um sábado por mês ou alguns turnos à noite para realizar esse atendimento mesmo fora do seu horário de trabalho. Segundo elas, a realização

de visitas domiciliares em horário diverso da jornada de trabalho acontece pelo fato de que o recebimento de incentivo financeiro concedido pela Prefeitura de Maracanaú está atrelado a um percentual mínimo de 95% de visitas do total de famílias cadastradas na microárea. Dessa forma, para que possam atingir tal percentual, essas ACS se organizam e visitam as famílias faltantes em horário diverso ao de suas jornadas.

O fator produtividade foi percebido diversas vezes ao longo do trabalho de campo, a saber: nas reuniões semanais, quando a enfermeira faz o fechamento da semana e contabiliza os pacientes visitados por grupos prioritários; na preocupação das ACS quando, em suas palavras, ficam receosas quando “a semana não foi boa”; e no preenchimento de diversos relatórios repassados à secretaria de saúde com dados consolidados das equipes.

Sobre atividades que envolvem a temática de educação em saúde, as ACS realizam atividades de forma coletiva ao menos uma vez por mês em suas microáreas. Abordam temas conforme o cronograma fornecido pela Secretaria de Saúde, desenvolvendo essas atividades por meio de palestras, panfletagens, grupos de conversas no mercado público, na associação de moradores, nas filas onde os moradores esperam atendimento na unidade de saúde, escolas ou até nas filas das casas lotéricas que estão perto da unidade de saúde.

A busca ativa de pacientes é uma atividade presente no cotidiano das ACS. Os casos de pacientes que faltam às consultas agendadas são repassados pelo enfermeiro em reunião semanal. Elas, com essas informações, realizam as busca ativas dos faltosos, orientando que reagendem suas consultas. A mesma situação é constatada quando há crianças com vacinas atrasadas. Elas realizam a busca ativa das crianças a fim de saber o motivo do atraso, orientam aos responsáveis da criança que procurem, o mais breve possível, o serviço vacinal da UBS e justificam os casos dos atrasos do calendário vacinal na reunião posterior.

Outra atividade realizada pelas ACS é quanto aos avisos de exames que os pacientes estão esperando para serem liberados. Quando o setor de marcação não consegue contato com os pacientes por meio telefônico, este setor as procura para repassar tal comunicado às famílias. As ACS passam nas casas, avisam aos pacientes e pedem que procurem o setor de marcação de consultas e exames da Unidade de Saúde.

As ACS realizam o monitoramento e mantêm a equipe informada quanto à vigilância em saúde no território por elas abrangido principalmente sobre os casos de doenças diarreicas agudas e seus possíveis surtos, quanto às hospitalizações e óbitos e suas causas e quanto ao nascimento de crianças.

Foi percebido que as ACS são questionadas sobre os serviços oferecidos na UBS e os fluxos e critérios para atendimento. São paradas nas ruas e, mesmo não entrando algumas

vezes, necessariamente, nas casas, repassam tais informações. A comunidade tem, na figura da ACS, um papel de referência tanto para os serviços de saúde quanto para outros serviços que não têm relação direta com a área da saúde, como matrículas em escolas públicas ou esclarecimentos dos serviços de assistência social oferecidos pelo CRAS.

Quanto ao planejamento de ações que envolvem o Posto de Saúde e o CRAS, as ACS realizam serviços que vão além de suas atribuições. No que se refere às atualizações dos dados de antropometria dos beneficiários do Programa Auxílio Brasil, cabe às ACS, com base nos cadastros repassados pelos CRAS, realizar a busca ativa das famílias beneficiárias do programa e encaminhá-las à Unidade de Saúde.

Entretanto, além dessa atribuição de contato com as famílias e que inclusive está elencada na PNAB 2017, essas ACS realizam outras, como o próprio acompanhamento antropométrico das famílias na Unidade de Saúde, tarefa esta que deveria ser realizada por técnicos de enfermagem, mas que, por conta da falta de pessoal, está sendo executada pelas próprias ACS.

Além disso, elas atuam como tradutoras de falas e são requisitadas pelos pacientes para interpretar falas de outros profissionais de saúde, leem receitas que os pacientes não entendem o que está escrito, como também alguns exames, mesmo não sendo suas atribuições originais.

Isso ficou evidente quando uma paciente trouxe para a ACS um resultado de exame de ultrassom abdominal em que aquela não entendeu o termo “esteatose hepática leve”, o que se observa no excerto abaixo:

*Aqui deu gordura no fígado, vá lá no posto e pega uma ficha para você ser atendida pela doutora (médica) ela vai te orientar melhor. Enquanto isso coma menos gordura, evite beber (bebida alcoólica) e faça caminhadas.  
(ACS 04)*

Nessa fala, fica clara a prática da triangulação de conhecimento praticado pela ACS. Conhecedoras de termos técnicos, ambulatoriais e médico, como também da linguagem não técnica, conseguem traduzir da forma que o paciente possa compreender e os orientam como proceder.

As ACS, em suas visitas, organizam medicamentos de alguns pacientes, principalmente de idosos e daqueles que não sabem ler, orientando-os conforme prescrito nas receitas. Fazem a contagem, verificam a validade e, como observado, por vezes, descartam os medicamentos fora da validade.

Assim, diante das observações aqui expostas, percebe-se que as ACS desenvolvem atividades que vão além daquelas elencadas na Política Nacional de Atenção Básica, refletindo a multiplicidade de entendimentos, sentidos e atribuições em torno do seu trabalho. Por serem encarados como trabalhadoras *sui generis* (NOGUERA *et al.*, 2000), elas, ao longo do tempo, foram incorporando funções dentro e fora do escopo da área da saúde.

Esse movimento se deu, dentre outros motivos, por dois processos: de um lado o caráter solidário e social próprio de suas funções, que tem como base a ajuda aos pacientes atendidos; e, por outro, a sobreposição de funções também por parte do Estado, que as impelem a abarcar um número maior de atribuições.

A incorporação de funções técnicas e cada vez mais próximas da área biomédica é um movimento presente nas últimas atualizações do escopo de trabalho. Pressionadas a serem mais produtivas e efetivas, e tendo como métrica a realização de procedimentos, as ACS vivem atualmente como observado ao longo do acompanhamento das visitas domiciliares, o dilema de um fazer em saúde cada vez mais técnico e alicerçado em procedimentos.

Assim, tendo por base os movimentos recentes nos documentos oficiais e os materiais coletados das entrevistas e das observações-participantes, o quadro a seguir sintetiza o conjunto de funções preconizadas pela atualização, em 2017, da PNAB e os resultados encontrados ao longo da pesquisa.

Quadro 3 – Atribuições da PNAB 2017 e outras funções exercidas pelos ACS

Atribuições segundo a PNAB 2017	Atribuições suplementares às recomendadas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadastrar, acompanhar e visitar todas as famílias de sua microárea;</li> <li>- Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde;</li> <li>- Desenvolver atividades de promoção, prevenção e vigilância em saúde;</li> <li>- Desenvolver atividades educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade;</li> <li>- Aferir pressão arterial e temperatura axilar, durante a visita domiciliar;</li> <li>- Realizar curativos e medição de glicemia capilar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Marcam exames e consultas para os pacientes;</li> <li>- Buscam e entregam aos pacientes medicamentos na unidade de saúde;</li> <li>- Organizam medicamentos nos domicílios;</li> <li>- Atualizam os dados de antropometria dos beneficiários do Programa Auxílio Brasil;</li> <li>- Reinterpretam para os usuários falas e orientações de outros profissionais;</li> <li>- Interpretam resultados de exames e receitas;</li> <li>- Realizam mutirão de visitas em microáreas sem ACS;</li> <li>- Trabalham, por vezes, à noite e fins de semana.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pelo autor (2022)

### 5.1 De ACS para ACS: uma avaliação

O sol aqui é bem quente mesmo  
 Mas vou pra área equipada  
 Protetor, óculos, boné  
 Essa sou eu preparada.

Converso com tanta gente  
 Choro, canto, conto piada  
 Começo a falar no portão  
 E sento até na calçada.

Como banana, bebo água  
 E tapioca não falta não  
 Mas como eu estou bem gordinha  
 Às vezes eu prefiro dizer é não.

Porém tem gente triste e solitária  
 Que quer de nós mais atenção  
 E com essas gastamos tempo  
 Sem pensar na produção.

(O que é ser Agente? – Carmen Cira,  
 ACS de Maracanaú)

Durante as entrevistas realizadas com as ACS, é notável que elas se sentem pertencentes à ESF e atribuem grande importância ao trabalho que desenvolvem junto às famílias acompanhadas, considerando o seu trabalho fator importante para o sucesso ou o fracasso do trabalho desenvolvido por toda a equipe, como visto no excerto que segue:

*A gente conhece o povo todo, estamos com eles dia após dia, conhecemos como eles vivem porque também a gente mora aqui. Com as informações que a gente tem de lá (da comunidade) e com o conhecimento que nós temos de saúde e de cuidados, a gente pode ajudar muitas pessoas. (ACS 02)*

Em muitas falas expressadas pelas ACS, nota-se que elas se reconhecem como “porta de entrada” para o atendimento na Atenção Básica. Fato esse é constatado por umas das atividades que realizam: a emissão de declaração para as famílias recém-chegadas no território de sua abrangência. Essas famílias só podem ser acompanhadas na UBS mediante a confecção de prontuário na recepção da unidade de saúde, sendo um pré-requisito a declaração emitida pelas ACS de que a família reside no domicílio informado, como descrito abaixo:



*Se a agente de saúde não dê a declaração para a família eles não conseguem ser acompanhados no posto, podem até serem atendidos se for uma urgência ou emergência, mas acompanhados rotineiramente, não. A gente tá na ponta e conhecemos quem mora e quem não mora na área, somos a porta de entrada para o atendimento do posto. (ACS 01)*

Elas também reconhecem o vínculo que criam com a comunidade, por meio do seu trabalho, como fundamental na ESF e dizem que, por “estarem na ponta”, esse sentimento é mais perceptível. Como 80% delas estão há mais de uma década acompanhando as famílias das áreas abrangidas, atribuem que esse tempo é de grande importância para a construção de vínculos:

*Na área onde atuo mesmo, eu tenho alguns afilhados e comadres. Conheço essas pessoas depois que comecei a visitá-las, a gente cria vínculos que vão além do nosso trabalho. (ACS 06)*

As queixas e reclamações recebidas dos serviços oferecidos na UBS são relatadas por elas como algo recorrente em suas visitas, justamente por desenvolverem um trabalho de intermediação. Isso fica evidente pelas respostas dadas e quando foram perguntadas sobre qual meio é utilizado com mais frequência pelos usuários quando querem comunicar suas demandas ou queixas.

Em resposta à mudança dos grupos prioritários da campanha de vacinação da Influenza uma ACS destaca:

*Isso só vai sobrar para a gente. Serão muitas reclamações que vamos ter que ouvir dos pacientes que tomaram as vacinas em outros anos e nesse ano não vão poder tomar. (ACS 07)*

As ACS também reconhecem a condição que exercem de mediador entre os usuários de sua área de abrangência com outros profissionais de saúde. Essa constatação se verifica na fala da ACS sobre uma paciente diabética que não estaria tomando os remédios receitados pelo médico – a enfermeira trouxe o fato para ser discutido em reunião:

*Vou falar com ela (com a paciente) e explicar de novo a situação. É que ela é teimosa, só quer fazer o que ela quer, sabe que agora também é diabética e fica nessa de não tomar os metforminas (remédio para tratar o diabetes) direito, depois fica com a glicemia nas alturas (com o diabetes alterado). Vou passar lá amanhã (na casa da paciente) e conversar com ela. (ACS 02)*

Outro ponto a ser observado foi sobre o fato das territorialidades e das definições das microáreas em que cada ACS atua. Foi percebido, ao longo dos acompanhamentos das visitas domiciliares, de forma bastante intensa, que as ACS sabem exatamente qual a sua área de cobertura e os limites com as áreas de outras ACS da equipe, por isso, evitam até mesmo

transitar por áreas e microáreas que não são responsáveis dentro ou fora do período de trabalho. Nas falas, foi possível identificar o sentimento de posse e de responsabilidade por suas áreas de abrangência, sempre com referência aos termos: “minha microárea”; “minhas famílias”; “minha comunidade”; “minhas ruas”, como se observa no excerto abaixo:

*Eu faço de tudo para não andar pelas ruas que não são minhas quando estou no meu horário de trabalho ou até mesmo quando não estou trabalhando. Quando venho ou volto do posto, prefiro andar pela avenida mesmo que é para não passar na área da colega. Acho melhor assim, pois como a comunidade da colega é uma e a minha é outra, prefiro não interferir em nada que minha colega fizer ou orientar. (ACS 05)*

Quanto ao duplo pertencimento que exercem, tanto por representarem o poder público como por também serem moradoras da comunidade onde atuam, elas afirmam que essa característica as deixa com mais propriedade de questionar situações, corrigir desvios e propor melhorias, pois conhecem como a comunidade vive, quais são seus costumes, hábitos, anseios, medos e expectativas, como destacado a seguir:

*Com a nossa opinião já alteramos muitas coisas do atendimento do posto que sabíamos que não iria dá certo e que a comunidade não iria aderir porque conhecemos a realidade deles. As consultas de puericultura das crianças, por exemplo, teve uma vez que o médico queria agendar tudo para as tardes... Aí nós dissemos que não, que o sol é mais quente para as mães trazerem as crianças andando, porque aqui são poucas famílias que tem um carro... ai ficou de manhã mesmo como era pra ser... melhor para a comunidade. (ACS 08)*

Isso mostra que as informações repassadas por elas nas reuniões de equipe podem contribuir para o planejamento das atividades na UBS de modo geral, revelando que o papel do ACS em uma equipe de saúde é de ser, dentre outras funções, mediador de interesses.

As reuniões de equipes são realizadas semanalmente, sendo o meio pelo qual são relatados os problemas encontrados que não conseguiram resolver ou que necessitam de um encaminhamento de outro profissional. Nessas reuniões, estão presentes todas as ACS que compõem a equipe, a enfermeira que dirige os trabalhos e, por vezes, o médico da área. São planejadas também as ações mensais, troca de informações e orientações vindas da Secretaria Municipal de Saúde.

Na reunião semanal, são também definidas as visitas médicas domiciliares daquela semana, elegendo-se os casos mais críticos para se realizar com prioridade, tendo por base as informações das ACS colhidas em visita domiciliar no território.

Indagadas se se sentem valorizadas pela comunidade e pela gestão municipal, a grande parte respondeu que parcialmente:

*Eu gosto muito do meu trabalho e fico feliz quando alguém me diz um muito obrigado verdadeiro... sinto que realmente ajudei alguém e isso não tem preço. A comunidade é muito diversa, há muitas pessoas e todo tipo de gente... há os que reconhecem e os que também não dão valor ao nosso trabalho, mas no geral é uma comunidade muito boa pra se trabalhar. (ACS 03)*

Outras ACS complementam:

*A comunidade de vez em quando sabe reconhecer nosso trabalho, mas acho que sabem mais é cobrar... são muitas funções que a gente tem e às vezes não passar numa casa ou noutra é humano, às vezes não dá tempo com a correria que a gente tem de atender todo mundo... sinto que faço muito e mesmo assim sinto que ainda não é o bastante. (ACS 01)*

*O que temos mais aqui são atribuições, todo dia uma obrigação nova, um novo papel para preencher, a secretaria de saúde nos cobra de diversas maneiras, mas sinto que na hora de nos valorizar de verdade eles não fazem. (ACS 07)*

Relatam que entre as maiores dificuldades de realizar seus trabalhos estão os excessos de atividades; domicílios fechados; violência no território; condições climáticas, como chuvas ou muito calor e sol forte; e a incompreensão, por parte de algumas famílias, as quais não entendem suas funções, atribuindo-lhes funções além daquelas que podem realizar.

## **5.2 Visão das ACS pela comunidade**

Nas entrevistas realizadas com os usuários atendidos na UBS, foi constatado que a comunidade tem no Agente Comunitário de Saúde o elo entre ela e os serviços oferecidos na UBS. Atribuem às ACS os títulos de mediadoras, ponte, facilitadoras, intermediadoras e enxergam nelas o meio mais próximo e rápido de acessar os serviços básicos de saúde. Na fala de uma senhora de 65 anos, moradora do bairro há 27 anos, isso fica evidente:

*Eu gosto de ter uma agente de saúde que passa na minha rua. Fico sabendo das novidades do posto, se está tendo médico, se tem meu remédio e os dias dos dentistas para meus netos. Ela olha minhas receitas e eu já me lembro logo que não posso esquecer da minha consulta que tá marcada, aí vou logo olhar pra não esquecer... ela traz as informações todas de lá do posto. (Usuário 02)*

Isso mostra que os usuários consideram as Agentes de Saúde detentoras de informações e que encurtam a distância entre eles e os serviços de saúde. Foi constatado que muitos usuários, antes de procurar informações diretamente na UBS, procuram suas ACS para sanar dúvidas e obter mais informações sobre algum procedimento que não conhecem. Há, inclusive, os que esperam até a próxima visita da ACS em suas casas para lhes perguntar algo, outros procuram as ACS nas ruas em que atendem, e alguns as procuram diretamente em suas casas. Fato a se observar também é que alguns usuários têm o telefone de contato das suas ACS e outros têm até mesmo as redes sociais.

Foi observado, em muitos momentos, a relação dos usuários para além do que as ACS representam enquanto servidoras públicas. Elas desenvolvem uma relação de amizade e de informalidade com as famílias, parecem conhecer a todos, perguntam por parentes e as visitas são fluidas por esse aspecto. Usam de linguagem acessível, não interessando repassar as informações de forma técnica, mas de forma correta e compreensível.

A comunidade é consciente, de forma geral, de que cabe às ACS realizar as visitas mensalmente nos domicílios e atribuem esta como a principal função, sendo possível, por meio disso, conhecer a realidade das famílias e dar os devidos encaminhamentos e soluções para os problemas enfrentados.

Entretanto, esses mesmos usuários atribuem outras funções que não são inerentes às Agentes de Saúde. Ou seja, as pessoas atribuem às ACS a função de, por exemplo, buscar remédios na UBS e entregá-los nas casas dos pacientes, marcar consultas, exames ou até mesmo reservar fichas de atendimento.

É percebido que há, também, presente na fala de alguns entrevistados pertencentes à comunidade, a não compreensão do que de fato seria uma atividade desenvolvida pelas ACS e há ainda as atribuições de outras categorias, como constatado na fala a seguir.

*Tenho agente de saúde sim que passa lá em casa de vez em quando, mas não olha meu quintal, não vê minha caixa d'água e não coloca os venenos para matar os mosquitos da dengue [...]. (Usuário 02)*

Percebe-se nessa fala a atribuição de uma função de Agentes de Combate à Endemias (ACE) às Agentes de Saúde. As ACS desenvolvem ações de combate à dengue, intimamente ligadas à educação em saúde, sendo voltadas para a prevenção e para as orientações de como evitar a proliferação dos mosquitos. Cabe ao ACE, e não às ACS, além dessas ações, portar e aplicar os inseticidas, inspecionar terrenos e quintais, acionar outros órgãos para limpeza de terrenos baldios etc.

Indagados se sentiriam falta das visitas das ACS e se a falta delas teria algum impacto em suas condições de saúde, todos os entrevistados foram unânimes em dizer que sim, como é retratado na narrativa a seguir:

*[...] Com toda certeza, com a agente passando aqui tudo fica mais fácil, sem ela teria que ir muitas vezes no posto atrás de orientação, além do que não é tão perto daqui e pra mim que sou idosa iria piorar muito. (Usuário 03)*

As ACS são reconhecidas pelos outros profissionais de saúde como mobilizadores de grupos, que exercem liderança em suas respectivas áreas. Quando acontecem os grupos de saúde desenvolvidos no posto, as EqSF e o NASF procuram as ACS para mobilizar o público-alvo, quer sejam idosos, gestantes, hipertensos ou diabéticos.

Em entrevista com a enfermeira da área, percebe-se que ela atribui ao PACS grande importância da Estratégia de Saúde da Família quanto à efetividade do acompanhamento das famílias, como vemos a seguir:

*Sem as ACS compondo a Estratégia de Saúde da Família, seria muito difícil para o médico e enfermeiro tomar conta de um contingente populacional tal grande. Seria muito mais difícil saber dos resultados e os desfechos das condutas que nós iniciamos com os pacientes, pois muitos só voltam para nós novamente muito depois, e com o ACS tudo fica mais fácil. Eles têm a proximidade com os usuários, conhecem a maioria pelo nome e sobrenome e se queremos saber alguma informação posterior do paciente pedimos que passem na residência do paciente e de pronto as ACS trazem a informação, além também de todas as informações que eles coletam nas microáreas que é a base para os fechamentos dos dados no final do mês. (Enfermeira 01)*

Dessa forma, o trabalho de articuladoras e o elo desenvolvido pelas ACS entre os serviços de saúde e a comunidade foram, a todo momento, colocados em evidência tanto pelos usuários do sistema quanto pelos outros profissionais que compõem a rede de Atenção Básica em Saúde. Alicerçado em um perfil do cuidado ao próximo, diferente dos outros níveis de atenção à saúde, a Atenção Básica e seus profissionais, sobretudo os ACS, desenvolvem diária e continuamente relações duradouras de saúde enquanto uma assistência prolongada, estabelecendo e criando vínculos.

## 6 A ATENÇÃO PRIMÁRIA E AS RE(EXISTÊNCIAS) NA PANDEMIA DA COVID-19

Com a crise de propagação da COVID-19 (SARS CoV-2) elevada à categoria de pandemia, em 12 de março de 2020, pela Organização Mundial da Saúde, os sistemas de saúde de todo o mundo sofreram o impacto do aumento da demanda por complicações que evoluíram para os casos mais agudos da doença.

No Brasil, com o reconhecimento pelas autoridades sanitárias da transmissão comunitária do vírus, no dia 20 de março de 2020<sup>8</sup>, muitos estados viram seus sistemas públicos de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) à beira do colapso. No âmbito do estado do Ceará, o Governo Estadual publicou o Decreto nº 33.510, de 16 de março de 2020, adotando significativas medidas de contingenciamento da pandemia (CEARÁ, 2020).

Assim, com a crise sanitária instalada pela pandemia, o modelo de atenção adotado foi alicerçado na criação de leitos de UTI, construção de hospitais de campanha, gasto com insumos e equipamentos hospitalares (sobretudo respiradores), revelando o foco adotado pelos governos nos casos graves.

Na falta de uma integração nacional de enfrentamento à pandemia, o Ministério da Saúde, como articulador central, não se utilizou do sistema de saúde que tem disponível, a exemplo da ESF, que é caracterizada por ser uma política capilarizada em todo o território nacional.

Coube às secretarias estaduais e às secretarias municipais de saúde desenvolverem e criarem estratégias para a adaptação ao contexto pandêmico, embora com medidas também tomadas de forma desarticulada. Com pouco planejamento e a falta de articulação entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária, o monitoramento de sinais e sintomas dos casos leves e moderados, os quais não necessitavam de internação, foram deixados em segundo plano.

As ações implementadas foram, em grande maioria, voltadas para o atendimento hospitalar e direcionadas às formas graves da doença, o que suscitou a discussão da importância da Atenção Primária em saúde no enfrentamento da pandemia.

Em relação aos ACS, estes têm a vantagem de possuir uma proximidade com a comunidade, conhecem as pessoas pelo nome, sabem suas condições de saúde, porque também moram nos territórios onde trabalham e conseguem realizar estratégias de monitoramento, rastreamento de contatos e o acompanhamento de casos suspeitos.

---

<sup>8</sup> Portaria nº 454 de 20 de março de 2020

Os dez municípios<sup>9</sup> cearenses com maior quantidade de casos confirmados, até o dia 23 de setembro de 2020, revelam que foram registrados um total de 210.066 casos. Dentre esses, foram registradas 10.974 hospitalizações, revelando uma relação de 5% de internações em proporção aos casos confirmados. Isso demonstra que 95% das infecções são da forma branda, sendo tratadas fora dos hospitais. Esses casos, portanto, poderiam ser acompanhados e monitorados nos domicílios, com o suporte da Atenção Primária.

Mesmo no momento da Pandemia de COVID-19, 85% dos problemas de saúde estavam sendo resolvidos na Atenção Básica (CASTRO, 2020). Destes, aproximadamente, 80% dos pacientes se recuperam sem complicações, sendo classificados como casos leves ou moderados (sem pneumonia ou com pneumonia viral leve).

Os outros 20% dos casos evoluíram com dispneia e hipoxemia secundárias à pneumonia viral extensa, por isso, necessitaram de internação, além de outras intervenções. Um quarto desses (cerca de 5% do total) evoluiu para o estado crítico da doença devido à insuficiência respiratória, coagulação intravascular disseminada, choque circulatório ou disfunção orgânica múltipla, requerendo cuidados de terapia intensiva.

Dessa forma, a maioria dos casos de COVID-19 se apresentou da forma assintomática ou das formas leves da doença, com indicação de isolamento domiciliar, ou seja, deveriam ser monitorados pela APS e encaminhados a outros níveis do sistema, se fosse necessário. Soma-se a isso o fato de que, na maioria dos municípios brasileiros, o único serviço de saúde disponível corresponde às UBS, e, dessa forma, uma ação assertiva ainda nos primeiros sintomas da doença poderia ter contribuído para uma melhor gestão da pandemia.

## **6.1 O plano municipal de contingência da COVID-19 em Maracanaú/CE**

Em Maracanaú, tão logo o Governo do Estado do Ceará declarou estado de emergência, a prefeitura decretou ponto facultativo em todos os órgãos da administração pública municipal direta e indireta. O decreto municipal não se aplicou aos equipamentos da área de saúde, que continuaram funcionando em horário regular, como a Secretaria de Saúde, o Hospital Municipal, Hospital da Mulher, UPA 24h da Pajuçara e postos de saúde, bem como os órgãos que prestavam serviços essenciais, os quais continuaram funcionando em regime de

---

<sup>9</sup> Os dez municípios que tinham a maior quantidade de casos confirmados até a data de 23 de setembro de 2020 foram Fortaleza, Sobral, Caucaia, Juazeiro do Norte, Maracanaú, Quixeramobim, Crateús, Tianguá, Maranguape e Itapipoca, segundo portal do IntegraSus. Disponível em: <https://indicadores.integrasus.saude.ce.gov.br/indicadores/indicadores-coronavirus/mapas-tematicos-covid>. Acesso em: 23 set. 2020.

plantão.

Quanto aos servidores, ficaram suspensas, enquanto perdurasse a situação de emergência e calamidade provocada pela COVID-19, a concessão de férias ou afastamentos.

*Aqui o posto não parou um só dia. Pelo contrário, foi reativado os plantões nos sábados e no terceiro turno para que a população pudesse ser atendida. Trabalhamos muito, tanto na fase inicial da pandemia e mais ainda quando começou a segunda onda da doença, em março de 2021. (Enfermeira 02)*

O Plano Municipal de Contingência contra o Novo Coronavírus foi elaborado apresentando recomendações aos diferentes níveis de atenção à saúde, englobando a Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Laboratorial, Atenção Primária à Saúde, Atenção Secundária, além das ações de comunicação e divulgação, tendo como objetivo atuar na prevenção e no controle da disseminação da COVID-19 no município.

No que se referiu ao fluxo de atendimento na Atenção Primária, o plano trouxe uma série de recomendações que impactou significativamente o processo de trabalho e da oferta rotineira dos serviços prestados nesse nível de atenção à saúde. A Atenção Primária foi eleita a entrada prioritária para o atendimento dos casos leves; e, nos postos de saúde, foram instituídas Salas de Isolamento para os casos suspeitos.

Quanto aos atendimentos rotineiros que eram agendados nas UBS, como a marcação de consultas e exames eletivos, esses serviços foram suspensos e a prioridade foi dada aos casos sintomáticos para a COVID-19. As consultas de pré-natal foram mantidas, porém com uma série de limitações e mudanças. Os atendimentos odontológicos e dos profissionais do NASF também sofreram interrupções.

Para que os pacientes assistidos pela ESF não ficassem sem seus medicamentos, a secretaria de saúde redesenhou os fluxos e modalidades de atendimento, os quais passaram a ter a renovação automática de receitas para aqueles medicamentos classificados como contínuos, bem como a ampliação do prazo de validade dessas receitas para seis meses, como se observa abaixo:

*Fizemos uma lista com todos os nossos pacientes que eram hipertensos e diabéticos para que as receitas fossem feitas e que eles conseguissem receber a medicação. Depois passamos de casa em casa para entregar e orientar eles que as receitas iriam ficar valendo durante seis meses, que bastava apenas ir na farmácia do posto buscar. (ACS 02)*

Indagadas se o contexto da pandemia da COVID-19 impactou o processo de trabalho, as ACS afirmam que tal condição colocou em suspensão e/ou diminuição as



principais funções dessas profissionais: a visita domiciliar e a realização de atividades educativas.

A principal orientação preconizada nos normativos do Ministério da Saúde e no plano de contingência municipal foi que realizassem as suas visitas domiciliares sem entrarem nas residências, ou seja, só poderiam permanecer nas áreas peridomiciliares.

*[...] No início, nós não fomos afastadas e continuamos nosso trabalho porta-a-porta. Não podíamos entrar na casa das pessoas, só fazer uma visita de portão, ficando na calçada ou quintal. Não podíamos também recolher as assinaturas das pessoas visitadas nem pegar em nada que fosse do paciente, como alguma receita ou remédios. Não podíamos fazer muita coisa e quando tinha alguém com suspeita de contágio, já mandávamos procurar o posto de saúde. (ACS 05)*

Em contraponto, os ACS que permaneceram trabalhando e que não foram afastados por condições de comorbidades pré-existentes relataram o aumento de funções administrativas na Unidade de Saúde e de acolhimento e triagem de pacientes sintomáticos que chegavam para serem atendidos na UBS.

Dessa forma, houve, com a pandemia da COVID-19, a reconfiguração do trabalho do ACS nos territórios atendidos, impactando negativamente sua permanência nos espaços de atuação.

Tabela 6 – Modificação do processo de trabalho dos ACS em tempos de COVID-19

<b>Visitas domiciliares</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Suspensão de visitas	51	81%
Redução de visitas	8	13%
Aumento de visitas	4	6%
Não houve mudanças	0	0%
<b>Atividades educativas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Suspensão de atividades educativas	59	94%
Redução de atividades educativas	3	5%
Aumento de atividades educativas	0	0%
Não houve mudanças	0	0%
<b>Acolhimento de usuários na UBS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Aumento na função de acolhimento	29	46%
Redução na função de acolhimento	24	38%
Não houve mudanças	10	16%
<b>Trabalho administrativo na UBS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Aumento de tempo	37	59%
Redução de tempo	17	27%
Não houve mudanças	9	14%

*Continua.*

Tabela 7 – Modificação do processo de trabalho dos ACS em tempos de COVID-19  
(Conclusão)

<b>Buscative de sintomáticos para COVID-19</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Aumento de buscas	49	78%
Diminuição de buscas	12	19%
Não houve mudanças	2	3%
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Quanto às respostas dadas a respeito dos equipamentos de proteção individual (EPI), os 63 ACS de Maracanaú entrevistados responderam, em sua maioria, que não tiveram acesso adequado a itens básicos de proteção, como máscaras e álcool em gel em quantidade e qualidade suficientes.

Tabela 8 – Fornecimento de EPI

<b>Fornecimento de EPI (Máscaras, álcool em gel, luvas)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Qualidade Suficiente	3	5%
Qualidade Insuficiente	60	95%
Quantidade Suficiente	5	8%
Quantidade Insuficiente	58	92%

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

ACS 07 complementa:

*A gente só recebia apenas duas máscaras por dia, daquelas descartáveis. Depois aumentou para três porque a gente suava bastante no sol. As máscaras eram muito finas, não tinham proteção dupla e também não eram de qualidade boa, desprendendo com facilidade os elásticos. (ACS 07)*

A falta de fornecimento de itens de EPI em quantidade e qualidade adequadas fez com que toda a categoria fosse afastada de suas funções por algumas semanas. Soma-se a isso o fato da falta de testes clínicos para o diagnóstico da COVID-19 nos profissionais, inviabilizando a segurança da realização dos trabalhos no território, o que se observa abaixo:

*Nós ficamos afastadas de nossas funções porque faltou o básico para a gente ir trabalhar. O nosso sindicato pressionou a prefeitura por melhores condições de trabalho, o mínimo e digno que fosse, e como não tinham condições de oferecer fomos afastadas por quase um mês. (ACS 07)*

Analisando os documentos e normativos de orientação disponibilizados pelo Ministério e Secretarias de Saúde, fica evidente que, para os governos, os profissionais de saúde considerados como linha de frente no combate à COVID-19 eram apenas os médicos e o pessoal de enfermagem.

Entretanto, uma condição que não é considerada é o fato de que, mesmo antes de o paciente chegar a uma UPA ou ao hospital, por exemplo, muito provavelmente, ele esteve antes em uma Unidade Básica de Saúde ou o ACS já esteve na casa dele. Um normativo que retrata essa situação é o Decreto nº 343/2020, da prefeitura de Maracanaú, que criou um auxílio financeiro apenas para os profissionais que trabalham na “Ala COVID” do hospital municipal de Maracanaú.

No tocante à formação dos ACS para a atuação no combate à pandemia, essa oferta foi considerada insuficiente pela maioria dos profissionais que responderam ao questionário. De acordo com os resultados da pesquisa, 97% dos ACS consideraram que não receberam formação e orientação suficientes para atuar no combate à COVID-19.

Tabela 9 – Formação do ACS no contexto da Pandemia da COVID-19

<b>Formação para atuação no combate a COVID-19</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Formação Suficiente	2	3%
Formação Insuficiente	61	97%
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

ACS 06 diz:

*Tudo o que aprendemos da COVID foi no dia-a-dia do trabalho mesmo, pelo que escutávamos na televisão ou nos jornais. Não tivemos assim uma capacitação, um curso sabe..., que pudesse nos dar as informações corretas e embasadas. Aprendemos por aqui mesmo, umas com as outras e fomos levando as informações para a comunidade. (ACS 06)*

Assim, foi apenas no dia 21 de julho de 2020, por meio da Lei Federal nº 14.023/2020, que foi reconhecida a essencialidade do trabalho do ACS no combate à pandemia, garantindo-lhe prioridade de testagem e acesso aos EPI adequados.

Entretanto, o que se constatou foi que as condições de trabalho continuaram as mesmas: sem capacitação, sem orientações mais eficientes e sem treinamento adequado, os ACS foram subutilizados e continuaram a terem acesso precário aos itens básicos de proteção para o trabalho.

Tal situação, com base nas respostas dos questionários, foi bastante semelhante entre o primeiro e o segundo pico de COVID-19, os quais ocorreram nos meses iniciais de 2020 e 2021, respectivamente.

Cumpre destacar que os ACS como trabalhadores do território são capazes de realizar monitoramento e busca ativa, conhecem todas as famílias de sua área de abrangência

e têm a confiança delas.

*[...] Teve uma senhora que estava com o esposo em casa, cansando muito e sem poder se levantar. Ela apenas dando chá e remédios para febre. Quando percebi a situação, rapidamente liguei para a minha enfermeira para repassar o caso e ela pediu que a família levar o idoso para o posto de saúde. Foi examinado e testou positivo para a Covid. Como estava muito debilitado precisou se internar, mas se recuperou e voltou para casa alguns dias depois. (ACS 01)*

Dessa forma, a gênese da Política de Atenção Primária à Saúde sofreu grandes alterações, passando de um serviço de assistência prestado no território a uma completa suspensão dos atendimentos, a qual negligenciou o lugar da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento à pandemia, desconhecendo a APS como centralidade no processo de cuidado das populações atendidas.

Especificamente sobre os Agentes Comunitários de Saúde, perdeu-se a força que esses trabalhadores têm de intervir na saúde preventiva nas suas respectivas áreas de atuação que, por conta da falta de planejamento de recursos materiais e logísticos, deixou de ser um importante serviço em meio à pandemia:

*[...] Agora temos outros problemas, pois muitos pacientes estão com a pressão e diabetes descompensas, tem uma senhora na minha área que precisou amputar alguns dedos do pé, porque se machucou e era diabética. (ACS 01)*

Com efeito, considerando o fato de que a pandemia não anulou as outras doenças e condições de saúde da população, em breve tal situação provocará a sobrecarga das demandas reprimidas nos sistemas de saúde, bem como possíveis agravamentos de casos em pacientes com comorbidades que ficaram sem acompanhamento tempestivo. Tal situação revela a necessidade urgente de se trabalhar de forma conjunta e sistemática de modo a evitar novos e piores colapsos na área da saúde.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Somos um pouco psicólogos,  
Sacerdotes e mediadores  
E através do nosso abraço  
Curamos também muitas dores.

E temos também aquelas  
Que a casa querem mostrar  
E a história de suas vidas  
Todinha querem contar.

Não sou política ou empresária  
Nem tão pouco parlamentar  
Mas vou dizer uma coisa  
Se quiser pode anotar.

Ajudamos a população  
Com dinamismo e união  
E eu quero profetizar  
Que dias melhores virão.

Vamos, pois trabalhar bem  
E esse elo fortalecer  
Pois ser Agente de Saúde  
Não é obrigação, é um prazer.

(O que é ser Agente? – Carmen Cirra,  
ACS de Maracanaú)

O Programa Agente Comunitário de Saúde remonta suas experiências iniciais no fazer solidário e voluntário em diversos contextos, quando as práticas de saúde não eram institucionalizadas e quando não existiam estruturas de ação governamental que pudessem suprir as necessidades da população, sobretudo daquelas pessoas mais desfavorecidas. Como política pública, em 1991, sob a sigla de PACS, o programa foi encampado e institucionalizado pelo Ministério da Saúde a nível nacional.

Atualmente inseridos na Estratégia Saúde da Família, os ACS atuam estratégica e conjuntamente à equipe de saúde, reforçando o modelo de saúde alicerçado na Atenção Primária, tendo por referência o protagonismo desses profissionais nas áreas abrangidas pelo programa.

É com base no território, portanto, que cada equipe de saúde atua identificando os problemas de saúde e as situações de risco existentes naquela comunidade; elabora programas de atividades para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença identificados; desenvolve ações educativas e intersetoriais relacionadas aos problemas de

saúde; e presta assistência integral e contínua às famílias no âmbito da Atenção Primária.

O presente trabalho teve por objetivo avaliar as estratégias e atuação dos ACS e seus impactos na saúde preventiva da rede de Atenção Básica à saúde no município de Maracanaú-CE. Este estudo se configurou a partir de um processo avaliativo da política, de forma que os agentes implementadores e seus usuários tiveram papel fundamental na avaliação pretendida.

Para tanto, utilizou-se de uma concepção de uma avaliação compreensiva para analisar os processos e os impactos das ações dos ACS nos territórios em que atuam. Como estratégias de investigação, foram utilizados documentos oficiais, entrevistas e questionários com os ACS e os usuários da política pública.

Foi possível verificar que os ACS são agentes híbridos no contexto em que se inserem, ora representando o Estado, ora sendo representantes das demandas da comunidade. Possuem o domínio da linguagem técnica da área da saúde e da linguagem coloquial, típica da comunidade atendida, possibilitando um diálogo entre os mais diversos tipos de saberes, pois conhecem a realidade vivenciada pelas pessoas e conseguem inserir as práticas da saúde nesses contextos.

Realizam um papel de mediação, e os usuários, em sua maioria, os identificam como ponte de acesso aos serviços básicos de saúde, apesar da sobrecarga de atividades e do contingente populacional a ser atendido por eles nos territórios.

Incompreendidos por alguns e elogiados por outros, muitos são os desafios enfrentados por esses profissionais no seu andar e em suas visitas diárias. O PACS tem na personificação dos ACS todo o seu executar, tomando emprestado de seus agentes os pés e o caminhar para desenvolver as ações preconizadas pelo programa.

O ACS é antes de tudo um ser que anda e observa: anda a pé debaixo de um guarda-sol, nos dias mais quentes, ou debaixo de uma capa de chuva, nos dias chuvosos, e adentra de forma peculiar nos lares em que visita.

Conhecem como poucos a realidade vivenciada pela comunidade nos territórios onde atuam e desenvolvem uma relação de proximidade e confiança com as famílias visitadas, exercendo ações que vão além do escopo de saúde e que permitem maior integração e adesão das práticas por parte da população sendo, muitas vezes, uma das poucas políticas públicas a qual o cidadão mais carente tem acesso.

Essa, e por vezes esse, ACS se utiliza de seu conhecimento de mundo e, com base em um fazer solidário, usa de sua experiência como mãe, técnica de enfermagem, enfermeira ou cuidadora de idosos para prestar assistência e orientações àqueles que dependem de tais

informações e cuidados.

Entretanto, toda essa perspectiva de protagonismo e de evidência na Atenção Primária foi colocada em outro patamar. Devido a sua atuação em diversos contextos, essa categoria sofreu, ao longo do tempo, diferentes transformações em suas atividades e atribuições originais. Há a pressão por parte de diversas entidades pela execução de procedimentos cada vez mais técnicos no trabalho desenvolvido pelos ACS, revelando uma filiação à visão mais biomédica das atividades exercidas nos territórios e o anseio por abandonar as funções de prevenção e promoção à saúde, tendo por argumento que seriam pouco resolutivas.

A atual situação do SUS, que se encontra enfraquecido por uma série de legislações, as quais o descaracterizaram de sua universalidade e integralidade no cuidado, escancara a situação crônica do seu processo de subfinanciamento. Isso se deu, sobretudo, mais recentemente, por estar atravessando um processo de desfinanciamento por questões orçamentárias a partir de quando se aprovou a Emenda Constitucional nº 95, a qual congela o investimento de recursos públicos para a saúde.

Ademais, tal situação se apresentou de forma mais dramática com a emergência sanitária da pandemia da COVID-19. As medidas tomadas pelas autoridades, sobretudo pelo Ministério da Saúde, revelaram o esquecimento, ou até mesmo a falta de conhecimento, das importantes ações de prevenção e promoção em saúde, desenvolvidas pelos ACS e por toda a Atenção Primária, capazes de combater e diminuir epidemias. A APS foi, no contexto da pandemia de COVID-19, deixada de lado, revelando a prioridade no tratamento apenas quando os casos estavam mais agravados.

Soma-se a isso a falta de um plano nacional de enfrentamento que envolvesse as esferas federal, estadual e municipal. O Ministério da Saúde, abdicando de sua responsabilidade enquanto coordenador central do SUS, adotou uma postura negacionista do problema, subestimando seus efeitos.

Uma APS forte, organizada, com pessoal qualificado e em número suficiente e adequado, poderia contribuir para diminuir a incidência da infecção na população, com impacto direto na diminuição da morbimortalidade, ajudando a identificar situações de vulnerabilidade individual ou coletiva e, principalmente, poderia garantir o acesso a cuidados de saúde, monitorando sinais e sintomas de casos leves em isolamento domiciliar e o necessário encaminhamento nas fases iniciais do contágio, sobretudo daqueles que já possuem doenças crônicas, evitando inclusive a sobrecarga na atenção hospitalar, o que diminuiria o risco de adoecimento e de agravamentos dos casos.

Assim, urge a ressignificação e a readaptação da Atenção Primária, a qual necessitará ser fortalecida, principalmente em um trabalho conjunto com todos os outros níveis de Atenção à Saúde, no intuito de devolver o seu status de centralidade e conseguir desenvolver seu papel de irradiador preventivo e promotor do cuidado em saúde do Sistema Único de Saúde brasileiro.



## REFERÊNCIAS

- ABREU, Laurinda. O papel das misericórdias dos ‘lugares de além-mar’ na formação do Império Português. **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 591-611, set./dez. 2001.
- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. Recentralizando a Federação? **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 24, p. 29-40, jun. 2005.
- ANDRADE, F. M. **O programa de saúde da família no Ceará**. 1. ed. Fortaleza: Expressão Gráfica, 1998.
- ARRUDA, Gisele Maria Melo Soares. **Construção político-institucional do campo da saúde coletiva na Universidade Federal do Ceará**. 276 f. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2021.
- BELLUZZO, Lilia; VICTORINO, Rita de Cássia. A juventude nos caminhos da ação política. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 8-19, out./dez 2004.
- BORNSTEIN, V.; STOTZ, E. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6, n. 3, p. 457-480, nov. 2008.
- BRASIL, 1990. Lei 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Acesso em 27. Setembro de 2021.  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
- BRASIL, 1997; 1999 Portaria n.º 1886/GM, de 1997, e o Decreto n.º 3189, de 1999,
- BRASIL. **Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002**. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Referencial curricular para o curso técnico de agente comunitário de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL, 2011 - Portaria nº 2.488. 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). 2011
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 6.437, de 8 de novembro de 2016.** Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre as atribuições das profissões do agente comunitário de saúde e do agente de combate às endemias, ampliar o grau de formação profissional, e estabelecer as condições e tecnologias necessárias para a implantação dos cursos de aprimoramento dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Transformado na Lei Ordinária 13595/2018. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Série E: Legislação em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portal/dab/smp\\_o\\_que\\_e.php](http://dab.saude.gov.br/portal/dab/smp_o_que_e.php). Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.595, de 05 de janeiro de 2018.** Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL, 2018b - **Portaria nº 83, de 2011.** Dispõe sobre a formação profissional dos agentes comunitários de saúde (ACSs) e dos agentes de combate a endemias (ACEs) e cria o Programa de Formação Técnica em Enfermagem para Agentes de Saúde, o PROFAGS. 2011

BRASIL, 2018c; 2022 **Lei n.º 13.708/18.** Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para modificar normas que regulam o exercício profissional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. 2018

BRASIL, 2019. Portaria nº 2.979/2019. ***Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.*** 2019

BRASIL, 2020. Secretaria de Atenção Primária em Saúde (SAPS). Equipe Saúde da Família. <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/esf/modalidades>. Acesso em 18 de fevereiro 2020

BRIONES FM; SOUSA, F. J. P. de. Iniquidades nas contribuições das fontes de financiamento da saúde na Pesquisa de Orçamentos Familiares no Brasil . Cad. Ibero Am. Direito Sanit. [Internet]. 30º de junho de 2020

CALIXTRE, André; FAGNANI, Eduardo. **A política social e os limites do experimento desenvolvimentista (2003-2016).** Campinas: Unicamp, 2017.

CASTRO, Márcia. EUA e Brasil: "negligência à ciência" leva às piores crises do hemisfério. Entrevista à Amy Goodman. <https://www.ufjf.br/ladem/2020/06/30/eua-e-brasil-negligencia-a-ciencia-leva-as-piores-criises-do-hemisferio-democracy-now-entrevista-com-a-professora-de-harvard-marcia-castro/> Aceso em 27.setembro de 2020

CEARÁ, 2020. Decreta situação de emergência em saúde e dispõe sobre medidas para enfrentamento e contenção da infecção humana pelo novo coronavírus. Acesso em 27 de abril de 2020.

CHINELLI, Filippina; LACERDA, Alda; VIEIRA, Monica. A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. *In.*: VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna V.; LOPES, Marcia Raposo. (org.). **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2011. p. 33-78.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em Ciências Humanas e Sociais**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

COSTA, Fabrício Roberto *et al.* Comunidades eclesiais de base e teologia da libertação: algumas reflexões sobre o catolicismo liberacionista e ritual. **Intratextos**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 33-50, 2010.

COSTA, Maria Clélia. **O discurso higienista e a ordem urbana**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/45187>. Acesso em: 16 mar. 2021.

COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. **Inovação política e mudança de modelo organizacional na saúde**. Brasília, DF: Ipea/PNUD, 1997.

DATASUS. Composição das equipes de Saúde da Família [S. l.]: Datasus, 2021. Disponível em: [21http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equipes.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp). Acesso em: 27 nov. 2020.

DRAIBE, Sonia Miriam. As políticas sociais nos anos 1990. *In.*: BAUMANN, R. (org.). **Brasil: uma década em transição**. Rio de Janeiro: Editora Campus/Comissão Econômica para América Latina e el Caribe, 1999.

ESCOREL, S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam Saluda Publica/Pan Am J Public Health**, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FARAH, M. F. S. Governo local, políticas públicas e novas formas de gestão pública no Brasil. **Organizações e Sociedade**, [S. l.], v. 7, n. 17, p. 59-86, jan./abr. 2000.

FARIA, Lina. Educadoras sanitárias e enfermeiras de saúde pública: Identidades profissionais em construção. **Cadernos Pagu**, [S. l.], n. 27, p.173-212. 2006.

FAUSTO, M. C. R. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira**. 2005. 261f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FERTONANI, Hosanna Patrig; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 20, p. 1869-1878, 2015.

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis M. Política de Saúde: uma política social. *In.*: GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de V. C.; NORONHA, José C. de; CARVALHO, Antonio Ivo (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 23-64.

FONSECA, Angélica F. **O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na Educação em Saúde.** 2013. 239f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados.** Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

GUBA, Egon G. **Avaliação de quarta geração.** Trad. Beth Honorato. Campinas: Editora Unicamp, 2011.

HAESBARTH, R. **Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade.** Porto Alegre: UFRGS, 2004.

HIRSCH, Joachim. **Teoria materialista do Estado.** Rio de Janeiro: Revan, 2010, 328p.

IBGE. **Maracanaú: panorama.** [S. l.]: IBGE, 2019. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/maracanau/panorama>. Acesso em: 27 jan. 2019.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. O agente comunitário de saúde: uma revisão da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 14, p. 957-963, 2006.

LEAL, V. N. **Coronelismo, enxada e voto: o município e o regime representativo no Brasil.** 7. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

LEJANO, R. P. **Frameworks for policy analysis.** Mergin text and context. Nova York: Routledge, 2006.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O; HOCHMAN, Gilberto. 2005. A saúde na construção do Estado Nacional brasileiro: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. *In*: LIMA, Nísia (org.). **Saúde e Democracia, História e Perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 27-58.

LOTTA, G. **Implementação de políticas públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no Programa Saúde da Família.** 2010. 294f. Tese (Doutorado em Ciências Políticas) – Departamento de Ciência Política da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MACHADO, Cristiani V. **Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002.** Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

MARACANAÚ. **Decreto nº 3.942, de 17 de março de 2020.** Declara situação de emergência no município de Maracanaú ante ao contexto de decretação de emergência de saúde pública de interesse nacional pelo Ministério da saúde e dá outras providências. Maracanaú: Prefeitura de Maracanaú, 2020 Disponível em: <https://www.maracanau.ce.gov.br/download/decreto-no-3-942-de-17-de-marco-de-2020/>. Acesso em: 7 out. 2020.

MARACANAÚ. **Decreto nº 3.963, de 03 de abril de 2020.** Decreta ponto facultativo os expedientes dos dias 6 a 10 de abril de 2020, da Administração Pública Municipal, disciplina o funcionamento da Administração Pública Municipal durante o período de enfrentamento da infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19), de que trata o Decreto nº 3.942, de 17 de março de 2020, e dá outras providências. Maracanaú: Prefeitura de Maracanaú, 2020. Disponível em: <https://www.maracanau.ce.gov.br/download/decreto-no-3-963-de-03-de-abrilde-2020/> Acesso em: 7 out. 2020.

MARACANAÚ. **Plano de Contingência Municipal do Controle do Novo Coronavírus (Covid-19).** Maracanaú: Prefeitura de Maracanaú, 2020. Disponível em: <https://www.maracanau.ce.gov.br/download/plano-de-contingencia-municipal-do-controledono-novo-coronavirus-covid-19/>. Acesso em: 7 out. 2020.

MARX, K; ENGELS, F. **A ideologia alemã.** Trad. Álvaro Pina. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MATTOS, Ruben Araújo de. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. **Ciênc. saúde coletiva.** [S. l.], v. 6, n. 2, p. 377-389, 2001.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1996.

MONKEN M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio/jun. 2005.

MORGAN, D. **Focus group as qualitative research.** Qualitative Research Methods Series. 16. London: Sage Publications. 1997.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso. **Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990-2016:** a precarização para além dos vínculos. 357 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

MOROSINI, M. V. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate.** Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018.

NOGUERA, R. P. *et al.* **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis:** o agente comunitário de saúde. [S. l.: s. n], 2000.

OLIVEIRA, Breyner Ricardo de; GUSSI, Alcides Fernando. Políticas públicas e outra perspectiva de avaliação: uma abordagem antropológica. *In.*: CONGRESO INTERNACIONAL EN GOBIERNO, ADMINISTRACIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS, 8., 2017, Madrid. **Anais [...]** Madrid, 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul./set. 2012.

PAULANI, Leda. A inserção da economia brasileira no cenário mundial: uma reflexão sobre a situação atual à luz da história. *In.*: DIRETORIA DE ESTUDOS E RELAÇÕES ECONÔMICAS E POLÍTICAS INTERNACIONAIS. (org.). **Boletim de economia e política internacional/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.** Brasília: Ipea; Dinte, 2010. v. 1. p. 21-45.

PEQUENO, L. R. Estrutura intraurbana sócio-ocupacional e condição desigual de moradia na Região Metropolitana de Fortaleza. *In.*: COSTA, Maria Clélia Lustosa; DANTAS, Eustóquio Wanderley Correia (org.). **Vulnerabilidade socioambiental na Região Metropolitana de Fortaleza.** Fortaleza: Edições UFC, 2009. p. 55-98.

PEREIRA, J. R. **Território e economia política: uma abordagem a partir do novo processo de industrialização no Ceará.** 2011. 450f. Tese (Doutorado em Ciências e Tecnologia) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Tecnologia, 2011.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **A Reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle.** Brasília, DF: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. 58p.

PINTO, Isabela C. de M. *et al.* **Avaliação do perfil dos agentes comunitários de saúde no processo de consolidação da atenção primária à saúde no Brasil.** Relatório de Pesquisa. Projeto de cooperação entre o Ministério da Saúde (MS) e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Salvador: Universidade Federal da Bahia; Instituto de Saúde Coletiva, 2015.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma Geografia do poder.** Trad. Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993.

RIBEIRO, Ana Clara Torres. Pequena reflexão sobre categorias da teoria crítica do espaço: território usado, território praticado. *In.*: SOUZA, Maria Adélia Aparecida de (org.). **Território brasileiro: usos e abusos.** Campinas: Edições Territorial, 2003. p. 17-32.

RODRIGUES, Lea Carvalho. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **Aval – Revista de Avaliação de Políticas Públicas.** Fortaleza, n. 1, p. 7-15, 2008.

RODRIGUES, Lea Carvalho. Análises de conteúdo e trajetórias institucionais na avaliação de políticas públicas sociais: perspectivas, limites e desafios. **CAOS - Revista Eletrônica de Ciências Sociais,** João Pessoa, v. 1, n. 17, p. 55-73, abr. 2011.

SANTOS, Marlon Cavalcante. **Um estudo dos circuitos da economia urbana na indústria confeccionista do Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco e Bahia.** 2017. 250f. Tese (Doutorado em Geografia) – Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal, 2. ed. Rio de Janeiro, 2000.

SANTOS, Milton. **Técnica, espaço, tempo**: globalização e meio técnico-científico informacional. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

SILVA, J. B. **Quando os incomodados não se retiram**: uma análise dos movimentos sociais em Fortaleza. Fortaleza: Multigraf, 1992.

SILVA, J. B. Características gerais da Região Metropolitana de Fortaleza. *In*: DANTAS, E.; COSTA, M. C. L. (org.). **Vulnerabilidade Socioambiental na Região Metropolitana de Fortaleza**. 1. ed. Fortaleza: Edições UFC, 2009, v. 1. p. 15-24.

SILVA, Joana; DALMASO, Ana S. **Agente Comunitário de Saúde**: o ser, o saber, o fazer. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002.

SOUZA, M. J. L. de. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. *In*: CASTRO, I. E. *et al.* (org.). **Geografia**: conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000. p. 13-28.

SOUSA, F. J. P. de. Globalização e condicionantes da proteção social no Brasil. *In*: CARLEIAL, A. N. (org.). **Projetos nacionais e conflitos na América Latina**. Fortaleza: Edições UFC, 2006. p. 173-188.

SOUSA, M. F. **Programa Saúde da Família no Brasil**: análise da desigualdade no acesso à Atenção Básica. Brasília, DF: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.

STEPHANOU, M. C. Análise comparativa das metodologias de avaliação das agências de fomento internacionais BID e BIRD em financiamentos de projetos sociais no Brasil, **Civitas**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p.127-160, jan./jun. 2005.

TENDLER, J. **Bom governo nos trópicos**: uma visão crítica. Brasília, DF: ENAP, 1998.

TOMASCHEWSKI, Cláudia. **Caridade e filantropia na distribuição da assistência**: a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas - RS: 1847-1922. 2007. 257f. Dissertação (Mestrado em História) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

UNICEF/OMS. Cuidados Primários de Saúde *In*: UNICEF. (org.). **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata: UNICEF/OMS, 1978. p. 6-12

UNICEF, 1996. Convenção sobre o direito da criança. Disponível em: <https://www.unicef.org/child-rights-convention/what-is-the-convention> Acesso em 07 de novembro de 2021

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar desta pesquisa: Avaliação do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) no Município de Maracanaú-Ceará. O objetivo desse estudo é estudar a política de atenção básica em Maracanaú-Ceará especialmente o PACS e o PSF, e suas implicações como política pública nos territórios onde estão presentes. Assim, se você decidir se integrar neste estudo, você participará de uma entrevista e as informações serão utilizadas em meu trabalho final como parte do objeto de pesquisa. Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. Estas serão ouvidas por mim e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. Serão utilizadas somente para coleta de dados. Fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos. Conforme confiabilidade, seu nome não aparecerá nas fitas de áudio. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, não divulgarei nenhum dado desta pesquisa no qual você seja identificado. Conforme dúvidas e reclamações, esta pesquisa faz parte de um estudo realizado por mim, Renato Santos da Silva, aluno do Curso de Pós-Graduação do Programa de Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará (UFC). Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa entrar em contato em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura:

Data:

Endereço:

Telefone de contato:

Assinatura (Pesquisador): Renato Santos da Silva



## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

### DADOS GERAIS

Nome do/a entrevistado/a:

SEXO ( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Não desejo informar

IDADE ( ) de 18 a 29 ( ) de 30 a 39 ( ) 40 a 49 ( ) 50 a 59 anos ( ) 60 ou mais

Tem Companheiro ( ) sim ( ) não ( ) Não desejo informar

Número de filhos ( ) não tenho ( ) 1 ( ) 2 a 3 ( ) 4 ou mais

Contratante: ( ) Prefeitura de Maracanaú ( ) Governo do Estado do Ceará ( ) Outro

### ESCOLARIDADE:

( ) Ensino fundamental ( ) Ensino Médio ( ) Curso Técnico: Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Ensino Superior: Qual? \_\_\_\_\_

### Há quanto tempo trabalha como ACS?

( ) Menos de 5 anos ( ) de 6 a 10 anos ( ) 11 a 20 anos ( ) mais de 20 anos

### Tempo de moradia na comunidade:

( ) Menos de 5 anos ( ) de 6 a 10 anos ( ) 11 a 20 anos ( ) mais de 20 anos

Numero de famílias cadastradas na microárea ( ) menos de 120 ( ) 120 a 169 ( ) 170 ou mais

### Com que frequência se reúne a equipe de Saúde da Família?

Diária ( ) Semanal ( ) Mensal ( ) Não sabe ( ) Outra \_\_\_\_\_

Nas reuniões, vocês discutem casos específicos de pacientes? Não ( ) Sim ( )

Nas reuniões, vocês discutem o planejamento de atividades? Não ( ) Sim ( )

Nas reuniões, vocês discutem a qualidade do trabalho feito? Não ( ) Sim ( )

Quando foi realizado o último levantamento da área de abrangência de sua equipe?

( ) menos de 2 nos ( ) de 2 a 5 anos ( ) mais de 5 anos

Com que frequência você visita cada domicílio?

Semanal ( ) Mensal ( ) Não sabe ( ) Outra \_\_\_\_\_

### Que papel os agentes desempenham no tratamento de pacientes?

Levam remédios ( ) Levam resultados de exames ( ) Medem pressão ( ) temperatura ( ) glicose

( ) Discutem hábitos como alimentação, sedentarismo, tabagismo ( ) Outros

**O ACS E PANDEMIA DA COVID 19****Acesso a Equipamentos de Proteção Individual (EPI) em tempos de Covid-19**

**01 - A unidade de saúde em que você trabalha forneceu equipamentos de proteção individual (Máscaras, álcool em gel, luvas, protetor ocular ou protetor de face) para os ACS nos momentos iniciais da pandemia de COVID-19?**

- Sim foi fornecido EPI adequadamente para os ACS  
 Não, não foi fornecido EPI adequado para os ACS  
 Não, apenas foi fornecido em parte EPI para o ACS

**02 – Responder a mesma pergunta acima, levando em consideração a a segunda onda de COVID-19 (Meses iniciais de 2021)**

- Sim foi fornecido EPI adequadamente para os ACS  
 Não, não foi fornecido EPI adequado para os ACS  
 Não, apenas foi fornecido em parte EPI para o ACS

**03 - A quantidade de máscaras que você recebeu para trabalhar como ACS foi suficiente? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei**

**04 - Você considera que a qualidade das máscaras que recebeu foi satisfatória para sua proteção no trabalho? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei**

**05 - Sua unidade de saúde garantiu acesso a álcool em gel para o seu trabalho como ACS nos momentos iniciais da pandemia de COVID-19?**

- Sim, em quantidade suficiente.  
 Sim, mas a quantidade não foi suficiente.  
 Não, a unidade não forneceu álcool em gel para o meu trabalho como ACS.

**06 - Você se sentiu seguro com os EPI que recebeu na unidades de saúde?**

- Seguro ( ) Inseguro ( ) Não sei

**PROCESSO DE TRABALHO DO ACS EM TEMPOS DE COVID-19**

**07 - Quais mudanças aconteceram no seu trabalho devido à Covid-19?**

10.1 - Mudanças em relação às visitas domiciliares:

- Suspensão das visitas domiciliares  
 Redução das visitas domiciliares  
 Aumento das visitas domiciliares

Não houve mudanças

**08 - Mudanças em relação às atividades educativas com grupos:**

Suspensão de atividades educativas com grupos

Redução de atividades educativas com grupos

Aumento de atividades educativas com grupos

Não houve mudanças

**09 - Mudanças em relação ao seu trabalho como ACS no acolhimento de usuários na Unidade Básica de Saúde:**

Houve aumento na função de acolhimento de usuários na Unidade Básica de Saúde

Houve redução na função de acolhimento de usuários na Unidade Básica de Saúde

Não houve mudanças

Não fiz acolhimento de usuários na Unidade Básica de saúde

**10 - Mudanças em relação à realização de trabalho administrativo na Unidade Básica de Saúde, no seu trabalho como ACS:**

Houve aumento do tempo de trabalho administrativo na Unidade Básica de Saúde

Houve redução do tempo de trabalho administrativo na Unidade Básica de Saúde

Não houve mudanças

Não fiz trabalhos administrativos na Unidade Básica de Saúde

**11 - Ocorreram outras mudanças no seu trabalho como ACS? (você pode marcar mais de uma resposta) \***

Aumento da comunicação com os usuários por meio de aplicativos como o WhatsApp

Não houve

Outras mudanças

**12 - Você fez busca ativa de pessoas de maior risco para Covid-19?**

Sim, fiz busca ativa sempre de forma presencial

Sim, fiz busca ativa somente de forma remota (usando telefone, e outros meios de comunicação)

Sim, fiz busca ativa das duas formas, tanto presencial, quanto remota (usando telefone e outros meios de comunicação).

Não fiz busca ativa neste período

**13 - Por conta da Covid-19, como foi o ritmo do seu trabalho como ACS ?**

Mais intenso

Menos intenso

Permaneceu igual

**Condições de saúde do ACS em tempos de Covid-19****14 - Você apresentou sinal ou sintoma associados à Covid-19? \*** Sim  Não**15 - Você esteve afastado do trabalho em algum período por apresentar sinais e sintomas associados à Covid-19? \*** Sim, estive afastado por ter apresentado sinais e sintomas associados à Covid-19 Não estive afastado, apesar de ter apresentado sinais e sintomas associados à Covid19**16 - Você teve acesso ao teste para Covid-19? \*** Sim  Não**17 - Você esteve afastado do trabalho em algum período? \*** Sim, estive afastado do trabalho Não, não estive afastado do trabalho**FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO ACS EM TEMPOS DE COVID-19****18 - A sua Unidade Básica de Saúde ou Secretaria de Saúde proporcionou formação/treinamento sobre a Covid-19 e o novo coronavírus para você nos momentos iniciais da pandemia?** Sim, uma boa formação/um bom treinamento Sim, porém insuficiente Não proporcionou**19 – Responder a mesma pergunta acima, levando em consideração a a segunda onda de COVID-19 (Meses iniciais de 2021)?** Sim, uma boa formação/um bom treinamento Sim, porém insuficiente Não proporcionou

**APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA APLICADA AOS AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE – GRUPO FOCAL**

Por que você escolheu este trabalho? Como foi o processo seletivo que possibilitou a você, tornar-se ACS? Houve uma etapa de capacitação? Como foi?

Qual sua visão sobre a comunidade na qual você trabalha? E sobre a microárea a qual você está vinculado?

Considera seu trabalho importante?

Se sente valorizado pela Comunidade e pelo Posto de Saúde?

Quais as maiores dificuldades enfrentadas por você para realizar seu trabalho?

Como é a equipe na qual você trabalha?

Acha que os outros profissionais de saúde integrantes da sua equipe conseguem usar as informações que você passa para planejarem as atividades deles?

Acha que a comunidade e os funcionários do posto de saúde sabem de fato quais são as atribuições desenvolvidas por você?

Conte-me que mudanças no seu trabalho foram afetadas pelo surgimento da Pandemia da COVID19?

**APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA USUÁRIOS DO SUS  
ABRANGIDOS PELO PSF E PACS**

Local:

Data:

Identificação:

Roteiro

- 1) Na sua opinião qual é o papel desempenhado pelo Agente comunitário de Saúde?
- 2) Qual noção você tem sobre o programa PSF E PACS?
- 3) O que significa para você o atendimento do ACS?
- 4) Esse atendimento é importante pra você? Melhorou sua vida?
- 4) No seu entendimento, que outras ações poderiam melhorar o atendimento?
- 5) Você sentiria falta do atendimento do ACS em sua casa ou não?