



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

PEDRO GONÇALVES DOS SANTOS NETO

**ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: TENDÊNCIAS E DESAFIOS**

CAMPINA GRANDE 2020 PEDRO GONÇALVES DOS SANTOS NETO

**ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: TENDÊNCIAS E DESAFIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado a/ao Coordenação
/Departamento do Curso de Enfermagem
da Universidade Estadual da Paraíba,
como requisito parcial à obtenção do título
de bacharel em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Claudia Santos Martiniano Sousa

CAMPINA GRANDE 2020

S237a Santos Neto, Pedro Goncalves dos.
Atuação do agente comunitário de saúde na atenção primária à saúde [manuscrito] : tendências e desafios / Pedro Goncalves dos Santos Neto. - 2020.
23 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2020.
"Orientação : Profa. Dra. Claudia Santos Martiniano Sousa, Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."
1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde da Família. 3. Saúde pública. 4. Sistema Único de Saúde - SUS. I. Título
21. ed. CDD 610.73

PEDRO GONÇALVES DOS SANTOS NETO

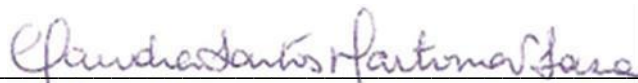
ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: TENDÊNCIAS E DESAFIOS

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado a/ao Coordenação
/Departamento do Curso de Enfermagem
da Universidade Estadual da Paraíba,
como requisito parcial à obtenção do título
de bacharel em Enfermagem.

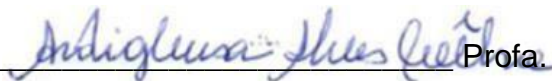
Área de concentração: Saúde.

Aprovada em: 21/12/2020.

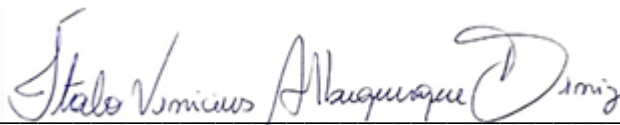
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Claudia Santos Martiniano Sousa (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Ardigleusa Alves
Coêlho
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Ítalo Vinícius Albuquerque Diniz
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
SESP	Fundação Serviços de Saúde Pública
SINAB	Sistema de Informação da Atenção Básica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	O PERCURSO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	9
3	DE ELO DE LIGAÇÃO À PROFISSIONALIZAÇÃO – CAMINHOS DA REGULAMENTAÇÃO PROFISSIONAL DO ACS -	13
4	TENSÕES E DESAFIOS ATUAIS DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	16
5	DESAFIOS E ENFRENTAMENTOS PARA O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	17
6	CONCLUSÕES.....	19
	REFERÊNCIAS	20

ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: TENDÊNCIAS E DESAFIOS

Pedro Gonçalves dos Santos Neto¹

Claudia Santos Martiniano Sousa²

RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde atua nas práticas de saúde reconhecidamente como profissão a partir de 2002. Seu trabalho inclui a adscrição de famílias, e responsabilizando por, no máximo 150 famílias ou 750 pessoas, em base geográfica definida, realizando atividades de prevenção às doenças e promoção da saúde, através de visitas domiciliares, educativas individuais e coletivas, sob supervisão e acompanhamento do enfermeiro instrutor-supervisor. Entretanto, a Política Nacional de Atenção Básica de Portaria nº 2.436/2017 traz novas atribuições a esse profissional, para além do escopo usual até então. Este trabalho objetiva analisar as mudanças estruturais na carreira do ACS, bem como a aplicabilidade de suas atribuições legais no contexto cotidiano de sua rotina de trabalho. O presente estudo consiste em um ensaio teórico sobre o percurso profissional do Agente Comunitário de Saúde e sua regulamentação, as tensões e desafios, bem como suas implicações e enfrentamentos. Adotou-se como ponto de partida uma análise sobre a evolução das atribuições, seguida da discussão sobre a origem, função e a prática do ACS neste contexto, finalizando com uma reflexão sobre a necessidade de capacitação permanente deste profissional e readaptação de suas rotinas laborais. Por fim, constatou-se o enfraquecimento do vínculo do ACS com a comunidade resultante do processo de institucionalização, além de ressaltar a importância da valorização política do que foi conquistado pelo ACS como agente da comunidade e das contraposições exigidas pelo Estado.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Saúde pública; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The Community Health Agent acts in health practices recognized as a legal profession since 2002. His work includes the affiliation of families, and taking responsibility for a maximum of 150 families or 750 people, on a defined geographical basis, performing activities of disease prevention and health promotion, through home visits, individual

¹ Graduando em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba.
Email: pedro.neto@aluno.uepb.edu.br

² Professora do curso de Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba.

and collective education, under supervision and monitoring of the nurse instructor/supervisor. However, the National Policy of Basic Attention of Ordinance nº

2.436/2017 brings new attributions to this professional, beyond the usual scope until then. This

work aims to analyze the structural changes in CWA's career, as well as the applicability of its legal attributions in the daily context of its work routine. The present study consists of a theoretical essay on the

professional career of the Community Health Agent and its regulation, tensions and challenges, as well as its implications and confrontations. We adopted as starting point an analysis on the evolution of assignments, followed by the discussion on the origin, function and practice of the CWA in this context, ending with a reflection on the need for permanent training of this professional and readaptation of their work routines. Finally, it was verified the weakening of the bond of the CWA with the community resulting from the institutionalization process, besides emphasizing the importance of the political valorization of what was conquered by the CWA as an agent of the community and the oppositions required by the State.

Keywords: Community Health Agent; Primary Health attention; Family Health; Public health; Health Unic System.

1 INTRODUÇÃO

Nos primeiros anos da década de 2000 surge um novo ator político no setor saúde, que passa a compor a força de trabalho, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), figura nas práticas de saúde sendo profissão reconhecida pela lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. A atuação do ACS acontece somente a partir da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), se apresentando como nova oportunidade no mercado de trabalho. A lei que reconhece a profissão estabelece como pré-requisitos que o ACS resida na área que atua; ter concluído o Ensino Médio e possuir curso de formação inicial, com carga horária mínima de quarenta horas, redação dada pela Lei nº 13.595, de 2018 (BRASIL, 2018).

Em julho de 2020, a cobertura de ACS era de 61,29% da população brasileira, com aproximadamente 258.493 ACS (BRASIL, 2020). Com esse quantitativo de profissionais, pode se afirmar que se trata da maior categoria de trabalhadores do SUS. Entretanto, a sua inserção na rede de Atenção à Saúde (RAS) tem sido um desafio e por vezes, tem suscitado intenso debate a respeito da forma mais adequada de relação de trabalho que deve ser adotado para que se possa contar de modo sustentável com esse tipo de recurso humano (NOGUEIRA, 2002).

O profissional deve desempenhar suas atividades laborativas com a adscrição de famílias, sendo responsável por, no máximo 150 famílias ou 750 pessoas, em base

geográfica definida, devendo ainda desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão e acompanhamento do enfermeiro instrutor-supervisor (WAI, 2007; WAI, 2009).

O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.(BRASIL, 2018)

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) estruturado em 1991, apesar de receber recursos financeiros federais dos fundos especiais de emergência, tinha gestão estadual. E logo passado o período mais crítico da estiagem foram cessados tais recursos, onde a partir desse momento o programa foi mantido apenas com recursos estaduais, nessa segunda fase, a partir de setembro de 1988, abandonou o caráter emergencial, adquirindo características de extensão da cobertura e da interiorização das ações em saúde (SILVA; DALMASO, 2002).

A origem do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) traz em seu cerne uma atuação dúbia. Se, de um lado é parte da comunidade onde atua, por outro seu trabalho pauta-se na sua participação profissional no serviço de saúde. Para Bornstein e Stotz (2009) essa condição lhes garante “o acesso ao saber popular e também ao tecnocientífico”

Maciel (2020) ressalta a conjuntura da institucionalização do ACS é pautada por relações complexas sócio e historicamente estruturadas. Porém, a Portaria nº 2.436/2017, (BRASIL, 2017) que trata da atual Política Nacional de Atenção Básica, ao se reportar ao trabalho do ACS como eixos basilares desse nível de atenção, no que diz respeito a competência cultural e a orientação comunitária, prescreve as atribuições salientando uma atuação distante de uma Atenção Primária à Saúde (APS) efetiva, na medida em que prevê para o ACS a execução de atividades burocráticas, colocando em desvantagem a prevenção de riscos, bem como a promoção da saúde da população do território de cobertura das unidades de Saúde da Família às quais está vinculado. Além disso, a PNAB traz novas atribuições para além do escopo usual até então a esse profissional, que serão melhor discutidas no capítulo 4 intitulado “Tensões E Desafios Atuais Do Trabalho Do Agente Comunitário De Saúde” deste trabalho.

Alguns aspectos e limitações devem ser levados em consideração, pois surgem no trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) pontos positivos e negativos ao se integrarem à equipe de saúde. As oportunidades de aquisição de novos conhecimentos, facilidades de acesso aos serviços e aos profissionais da área da saúde, como também os sentimentos de reconhecimento, pertencimento, prestígio pelo seu trabalho surtem efeito positivo; em contrapartida, não se pode esquecer as insatisfações frustração, insegurança, desamparo e desvalorização do trabalho, somadas a falta de capacitação e/ou treinamentos inadequados, dificuldades de interação e comunicação com outros profissionais da equipe, entre outros.

Neste ponto acrescentamos a discussão de Rosa et al. (2012), em que os autores concluem que a figura deste profissional está bem associada a se reduzir à veiculação de campanhas e entrega de agendamentos, perdendo as especificidades da função, ocasionado pelo desvirtuamento de suas atribuições e enfraquecendo-o no cenário da saúde pública. Portanto, as queixas mais frequentes encontradas neste estudo foram de impotência e de não reconhecimento profissional que estão comumente associadas à precarização da profissão desde o processo formativo. Logo, seu trabalho é caracterizado pelos autores, como a partir de uma dimensão insalubre e geradora de sofrimento, o que não condiz com as atividades cuidadoras do ACS que também requer cuidados. Pode-se aqui relacionar as condições e relações de trabalho com o sofrimento psíquico descrito por estes profissionais, o que pode ser moderado pela efetiva profissionalização e valorização desse trabalhador.

Considerando como Barros et al. (2010) que o ACS surge num cenário de mudanças e influências de ordem social, política, ideológica e técnica, a partir de necessidades nacionais e internacionais e ainda Parafrazeando Silva e Dalmaso (2002), há diversas contradições imbricadas no ser, no saber e no fazer do ACS. E o tempo não foi capaz de trazer as certezas necessárias à profissão, ao contrário, novos elementos contraditórios são postos. Este artigo não tem a pretensão de atualizar o debate das autoras, mas traz questões suscitadas já naquele texto e elementos para contribuir com o debate atual.

Diante do exposto, este trabalho objetiva refletir sobre as atuais tendências e desafios do trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Atenção Primária à Saúde.

O presente estudo consiste em um ensaio teórico, que consiste na capacidade reflexiva para compreender a realidade. Meneghetti (2011) esclarece que o ensaio é um meio de análise e elaborações a respeito de determinado objeto, independentemente de sua natureza ou característica. Desse modo, por meio do ensaio é possível chegar a novos conhecimentos, ou seja, um meio para apreender a realidade.

Em busca de uma estética do ensaio com matizes próprios, toma-se como ponto de partida o percurso do ACS nos serviços de saúde, perfazendo uma análise sobre a sua inserção nos serviços e evolução das suas atribuições. Em seguida discute-se a regulamentação do profissional, com ênfase na discussão sobre a origem, função e a prática do ACS neste contexto. A discussão segue trazendo as tensões atuais do trabalho do Agente Comunitário de Saúde; por fim, apresentamos as atuais tendências e desafios do trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Atenção Primária à Saúde.

2 O PERCURSO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Em um resgate histórico do trabalho do ACS, Flores (2007) encontra um antecedente importante presente na Europa durante a Idade Média que seria a figura do inspetor sanitário. Este atuava em caso de pestes ou outras epidemias, obedecia a um regulamento de urgência e tinha sob sua responsabilidade a quarentena, a segregação temporária preventiva, por exemplo, práticas iniciadas no século XIV. Sua atuação se restringia a um território urbano devidamente delimitado para tal finalidade, onde seus encargos seriam segundo Foucault (1984) e Rosen (1994), desinfecção dos

domicílios, controle e comunicação da ocorrência de óbitos, além da inspeção diária dos domicílios e habitantes.

Durante o período medieval era costumeiro existir edificações isoladas, ilhas, aldeias isoladas, os ditos burgos e afins para segregar portadores de lepra, por exemplo. Gradativamente, as cidades passaram a apresentar edificações como medidas de marginalização espaciais voltadas aos acometidos de doenças dermatológicas ou contagiosas (TOLOS,1994). Foucault (1984) nos relata que nestes locais o inspetor também possuía função educativa, que paulatinamente foi sendo incorporada às funções socioeconômicas e políticas, de natureza normatizadora e disciplinar, investido de poder de fiscalização, para a verificação das medidas de isolamento.

Já nos séculos XVII e XVIII, França, Inglaterra e Alemanha passam por necessidades de controle de população, consolidação do Estado, salubridade do meio-ambiente e do provimento das condições para a produção e consumo de mercadorias. Tais necessidades originaram modelos de estrutura sanitária que ainda hoje orientam ações de saúde pública (SEMERARO, 2001).

Na experiência brasileira, assim como na europeia, durante a passagem do século XIX para o XX, o inspetor sanitário seria o quem entenderíamos por ACS. Tais profissionais se fizeram presente, resguardando suas devidas circunstâncias, no processo de institucionalização das práticas em saúde. É possível identificar o trânsito desse processo por três fases: a) práticas antecedentes ao período de colonização características das comunidades tribais; b) práticas desenvolvidas durante o período colonial, que de acordo com Pires (1988), era mediante a atuação dos barbeiros, algebristas, curandeiros, cirurgiões-barbeiros, etc.; c) práticas de saúde referentes ao processo de consolidação do Estado brasileiro.

Flores (2007) destaca que tais fases não representam um roteiro linear, como exemplo disso, tem-se que durante o período colonial, o isolamento e a construção de lazaretos, por exemplo, já eram práticas instituídas no Brasil, o que nos prova que no final do século XVIII já existiam os espaços para intervenção sanitária que só vieram a se consolidar no século XIX. Já na transição do século XIX para o XX, Diretorias, Conselhos, Inspetorias e Serviços de Saúde Pública foram implantados com o intuito de prevenir o surgimento de epidemias, como a Febre Amarela. O Rio de Janeiro, por exemplo, sob a orientação de Oswaldo Cruz, foi dividida em zonas com base na população e no pessoal de saúde para atuar nessas áreas. De acordo com Mehry (1987), a reforma do Serviço Sanitário de São Paulo foi outro exemplo de organização das práticas de saúde, onde em 1911 o território paulista foi repartido em quatorze distritos sanitário e são colocados sob a responsabilidade de um inspetor sanitário.

Podemos entender que a figura do profissional ACS como estava sendo implantado aos poucos ainda sem uma denominação tão definida, tem sua origem baseada em experiências cubanas e chinesas, apresentadas em 1978 na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada no Cazaquistão. A inserção dos ACS na Declaração de Alma Ata figura quando se formulam as competências e ações que regem os cuidados primários de saúde como lastro de organização dos sistemas de saúde. (WAI, 2007; WAI, 2009).

Entretanto, a emergência do profissional como conhecemos surgiu na sequência de políticas e respectivas reformas no campo da Saúde Pública no espaço temporal compreendido entre 1920 e 1990, período esse que corresponde desde a formulação até a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Porém, é com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) na década de 1940 que existe um avanço na definição do perfil do ACS. Seu objetivo inicial, considerando um contexto da segunda guerra mundial, seria combater a malária e prestar serviços médico-sanitários principalmente às populações vinculadas à produção estratégica da borracha, cristal de rocha e mica. Logo, foi primeiramente instalado nos estados de Goiás, Minas Gerais e Espírito Santo, assim como na Região Amazônica, onde prestava serviços desde a profilaxia da transmissão de doenças, higiene, educação sanitária, estatística vital, assistência médica, exames laboratoriais etc. Logo, o visitador sanitário era quem fazia as funções que atualmente reconhecemos como ACS, atendendo nas unidades de saúde e nos domicílios (SILVA, 2002).

Por conseguinte, é na década de 1970 que o processo de formação do ACS sofre um grande descaminhamento. Salvaguardando o contexto da recessão mundial ocorrida em 1973, houve uma crise da Medicina que expressava na saúde pública a crise do capitalismo. Trata-se de um período de baixas taxas de crescimento com altas taxas de inflação. Novas políticas eram necessárias e foi nesse contexto que surgiu o modelo de Medicina Comunitária, primeiramente destinado às colônias inglesas na África, e posteriormente, adotado pelos Estados Unidos. Assim, surgiu como uma alternativa reformulada e incorporada ao modelo médico brasileiro de forma complementar com fins de redução de custos e aumento da produtividade, simplificação e extensão da cobertura, bem como a participação comunitária.

Seus *modos operandi* era pautado em um formato de equipe piramidal, implantando aqui uma hierarquização das atividades de acordo com a complexidade crescente das ações defendidas na rede de serviço. Tal divisão seguia uma sequência lógica compatível aos diferentes níveis de capacitação, e conseqüentemente, responsabilidade, o que implicava ainda em outro tipo de divisão: a social e de instrução, pois segregava as funções manuais e intelectuais. Conforme Donnangelo (1975), as mudanças supracitadas implicaram em reformulações no tocante à formação/capacitação dos recursos humanos o que permitiu experiências docenteassistenciais com instituições formadoras e de prestação de serviços.

Então, é nas décadas de 1970 e 1980 como desenvolvimento do contexto sociopolítico surgem no Brasil vários movimentos sociais urbanos e, destacamos aqui, no campo da Saúde, o Movimento Sanitário Brasileiro e o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira que culminaram com a construção do Paradigma de Saúde Coletiva que direcionou construção e estruturação do SUS, denunciando a crise do modelo Biomédico em nível mundial; colocando em evidência a precarização de condições de saúde e de vida dos brasileiros; denunciou tendências neoliberais na estruturação e implementação de políticas sociais; gestou o paradigma da saúde coletiva; colocou em foco a crise da medicina, previdência e legitimidade do Estado, mobilizando a sociedade em torno de mudanças no sistema de Saúde e Previdenciário; desenvolveu projetos-piloto à atenção à saúde, e por último, promoveu a adequação e incorporação de novos paradigmas às necessidades de saúde dos brasileiros.

No Brasil, em 1979, apoiado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), 400 ACS iniciaram sua atuação no Maranhão, que serviu como base para a implantação, em 1987, o projeto Programa Agente de Saúde (PAS) do Ceará, coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde. Tal programa visava, inicialmente,

respostas eficientes à situação emergencial do quadro de “seca” e tendo com objetivo primordial, a sobrevivência (MINAYO et al., 1990).

Na década de 1980, surgiram movimentos de reestruturação do modelo de saúde existente até então, tal movimento culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em que todas as ações de saúde passaram a contar com o alinhamento dos serviços baseados na universalidade e integralidade, criando diretrizes básicas focadas na porta de entrada do sistema, priorizando as ações preventivas ao invés das curativas (MADEIRA, 2014)

Na década seguinte, mais precisamente no ano de 1994, o Ministério da Saúde, reorganizou o modelo de atenção à saúde, e implementou o Programa de Saúde da Família (PSF), com grande adesão de municípios implantando a nova política de atendimento à população. A operacionalização da ESF se deu inicialmente por meio da equipe multidisciplinar, composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com o intuito de efetivação da política que visava expressiva melhoria da Atenção Primária à Saúde (APS).

Conforme Loureiro (2017), o PSF foi nomeado posteriormente de Estratégia Saúde da Família (ESF) com intuito de priorizar as ações de saúde na atenção básica, com equipe constituída de profissionais de diferentes áreas acima mencionadas, este mecanismo ajuda a enfrentar com eficácia os diversos determinantes sociais de saúde. De acordo com Sousa (2008), uma das diretrizes operacionais do programa é, principalmente, o estímulo à participação social e, assim sendo, a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o principal elo de aproximação entre os serviços de saúde e a comunidade, uma vez que, ele reside na área onde trabalha, logo, faz parte dela, o que caracteriza um envolvimento pessoal diferenciado com os problemas que comprometem a saúde das famílias acompanhadas.

Logo, é a partir da década de 1990 que o ACS aparece no Brasil, quando alguns estados do Nordeste e procuraram estratégias para melhorar as condições de saúde da população. Destaca-se aqui que a figura deste profissional aparece conjuntamente à implementação de ações ditas simples nas comunidades, a partir de integrantes delas próprias (BRASIL, 1996; BRASIL, 1994).

Em outras palavras, a figura do ACS surge contemporaneamente à intervenção na saúde da população pela própria população. Desse modo, de acordo com Nascimento e Correa (2008) e Nunes et al. (2002), o ACS passa se reconhecer como que, ao mesmo tempo em que é a voz da comunidade, é também aquele responsável pela instrução do conhecimento biomédico que ela necessita (BRASIL, 1996; 2001). Seguindo esta lógica, pressupõe-se que seu papel deveria articular dois espaços: o da saúde institucionalizada, caracterizada como pautada em um discurso biomédico e a proximidade da comunidade.

Não tão diferente dos dias atuais, naquela década, o Estado tinha dificuldades em atrair profissionais de saúde para cidades e microrregiões sem recursos sociais, econômicos e culturais, além de ter uma grande fatia da população local sem desempenhar atividades geradoras de renda. (MINAYO, SUITONE, 1990).

Por fim, a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde em 1991 ocorreu em um contexto marcado por investidas às reformas neoliberais do Governo Collor que afetou negativamente diretamente o SUS, através do sucateamento da rede pública de serviços; arrocho salarial; destruição das burocracias do Estado e terceirização; ações neoliberais e privatistas, etc., fatores esses somados a crises no campo internacional.

3 DE ELO DE LIGAÇÃO À PROFISSIONALIZAÇÃO – CAMINHOS DA REGULAMENTAÇÃO PROFISSIONAL DO ACS -

No debate sobre o Agente Comunitário de Saúde, segundo Nogueira (2002, p. 3) há unanimidade em torno da assertiva de que o ACS é um elo entre o Estado e a comunidade. Para o autor, isso implica dizer que “de um ponto de vista filosófico e administrativo, ele não deveria ser considerado como membro da equipe do PSF primeiro porque não é um profissional, segundo, porque deveria manter um vínculo permanente de pertinência com a comunidade e suas organizações”. Esse é um dos aspectos mais contraditórios e polêmicos acerca do ACS.

Antes de sua institucionalização nacional em 1997, uma experiência do Programa Agentes de Saúde (PAS) foi implantada no Ceará. Seu objetivo consistia em otimizar a capacidade da comunidade em cuidar da própria saúde, promovendo ações que como: visitas regulares às famílias cadastradas, tendo maior frequência às visitas a famílias que possuíam crianças menores de dois anos e gestantes, o foco das visitas era a promoção a educação em saúde, o controle de vacinação, o controle de diarreias por hidratação oral, o controle de infecção respiratória aguda, o acompanhamento do crescimento infantil, o fornecimento de medicações e os encaminhamentos às unidades de saúde. A supervisão dos profissionais ficava a cargo de funcionários do nível superior da Secretaria Municipal, Secretária do Estado do Ceará, Fundação Serviços de Saúde Pública (SESP).

Os autores asseguram também que as ações previstas para o ACS eram: a promoção, organização e colaboração para o desenvolvimento social da comunidade. O número de famílias que competiam aos agentes tinha variações baseadas em tamanho e distância da localidade do trabalho, se esta área estava inserida no cenário rural ou urbano. De sua criação até então, o ACS foi elo de ligação da comunidade e equipe, sem, no entanto, lograr a profissionalização.

A profissão do ACS foi criada legalmente por meio da Lei nº 10.057 de 10 de julho de 2002, após cerca de 5 meses do seu encaminhamento a Câmara Federal, por ocasião das comemorações de 10 anos do PACS. Embora essa lei tenha sido revogada pela Lei nº 11.350, de 2006, trazemos aqui o escopo básico de atribuições dadas ao ACS correspondentes a 33 itens, numa vasta gama que contempla todos os problemas de saúde que devem ser acompanhados em sua rotina laboral, desde o cadastramento de famílias ao diagnóstico sócio demográfico, econômico, ambiental, do monitoramento de gestantes, puérperas, recém nascidos, a diarreias, infecções respiratórias agudas, dermatoses, parasitoses, além de busca ativa de doenças infectocontagiosas, como também as ações educativas e de promoção à saúde, desde a educação nutricional, bucal, até preservação do meio ambiente, passando pelos direitos humanos, e o estímulo à participação comunitária.

Anteriormente era exigido o registro das atividades realizadas em um sistema de informação denominado Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) através da Portaria nº 648, de 28/03/2006. Nos dias atuais é utilizado para esse registro o SISAB que foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação em vigência para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica.

O ACS, como parte da equipe de Saúde da Família, deve participar de reuniões periódicas, em que o cotidiano da prática e as situações-problemas sejam refletidas coletivamente, buscando soluções, caminhos, ajustes. Os ACS podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Estratégia Saúde da Família; e b) ligados a uma Unidade Saúde da Família como membro da ESF. (BRASIL, 2009).

Para dar suporte às atribuições realizadas pelos ACS, o Ministério da Saúde iniciou uma formação ao curso técnico de Agente Comunitário de Saúde, que teve início em 2007, distribuídos em três etapas formativas. A etapa I, por contar com financiamento do governo federal foi concluída em todos os estados. As demais etapas não foram finalizadas em alguns deles.

Quanto a capacitação dos agentes, houve enfoque na educação em saúde, principalmente nos cuidados com diarreia, imunizações, pré-natal, controle de crescimento infantil, preenchimento de fichas e promoção da participação comunitária. Porém, os agentes realizavam atividades técnico-curativas por questões de larga demanda, gerando um grande reconhecimento popular.

É importante ressaltar que as atividades desenvolvidas pelos agentes são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro lotado em uma unidade de saúde (na proporção máxima de 30 ACS para cada enfermeiro), o qual atua como instrutor-supervisor. Esse enfermeiro também é responsável pela capacitação dos ACS, que é desenvolvida de acordo com as necessidades identificadas na comunidade. (BRASIL, 2001, p.8)

Os resultados qualitativos deste programa foram difundidos pela mídia em cadeia nacional, também tendo propagação a nível internacional pela UNICEF. Baseado nos pontos fortes e fracos destas experiências, houve uma reestruturação do programa, que em 1991 se tornou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), agora tendo amplitude nacional, mantendo pensamento de estruturação dos objetivos gerais e específicos: incentivar o autocuidado, reduzir os índices de morbimortalidade materno-infantil e responsabilização coletiva e individual da saúde (BRASIL, 2018).

A inserção bem como sua integração na ESF está prevista em legislações como membro da equipe multiprofissional, redirecionando seu trabalho passando a focar as famílias sob responsabilidade das equipes da APS. Embora a Portaria nº 2.436 de 2017 tenha definido as seguintes atribuições do ACS:

Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas; orientar as famílias quanto ao uso adequado dos serviços de saúde; identificar, por meio de visitas domiciliares periódicas e monitoramento das famílias, situações de risco; aferição da pressão arterial, medição de glicemia capilar, aferição de temperatura axilar durante a visita domiciliar, encaminhar casos e situações de risco identificados aos outros membros das equipes de saúde; auxiliar no planejamento e implementação das ações de saúde tanto localmente, ao encaminhar informações do território de abrangência para as ESF, quanto nacionalmente, alimentando dados dos sistemas de informação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

Na Estratégia Saúde da Família, portanto, podemos observar que várias situações na relação trabalhador-usuário demandam certo gasto de energia e adaptação. Exemplos são: o contato direto com a realidade das famílias, o sofrimento dos usuários, o relacionamento em equipe, a empatia com usuários e os laços afetivos que muitas vezes estabelecem entre o profissional e a comunidade. “Essas situações, somadas as características individuais de cada trabalhador, podem desencadear o processo de estresse, dependendo das estratégias de enfrentamento adotadas por ele e do suporte oferecido pela instituição prestadora de serviços.” (CAMELO; SAPOROTI, 2002).

Para Queiros (2012), a figura do ACS tem no seu contexto de trabalho e de moradia um importante recorte de classe social. Não obstante da institucionalização do seu trabalho, o ACS mantém sua prática com referências adulteradas na sua atuação comunitária. Tal institucionalização é um processo conflituoso da óptica política institucional, pois a atividade prática é acrescida de saberes e práticas populares que podem gerar tensões, onde é fundamental destacar que o território onde o ACS vive e atua exerce influência no seu trabalho.

No ano de 2018, por meio da Lei nº 13.595 foram designadas mais algumas atribuições aos ACS, desde que este tenha concluído o curso técnico e tenha disponíveis os equipamentos adequados, além de estarem assistido por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe. São elas: a aferição da pressão arterial, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência; a medição de glicemia capilar, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência; a aferição de temperatura axilar, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, com o devido encaminhamento do paciente, quando necessário, para a unidade de saúde de referência.

Essa lei ratifica as novas atribuições previstas na PNAB de 2017. Destaca-se ainda que estas atribuições são pertinentes a função de Auxiliar de Enfermagem, e o ACS não tem formação específica para tanto e não participou de seleção para exercer tais atribuições. Embora, cabe destacar o que diz o quarto parágrafo da Lei nº 13.595/2018:

No modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, desde que o Agente Comunitário de Saúde tenha concluído curso técnico e tenha disponíveis os equipamentos adequados, são atividades do Agente, em sua área geográfica de atuação, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe (BRASIL, 2018).

A realização de tais procedimentos desvirtuaria os objetivos e gera fusão de profissões. Como visto, o ACS não precisa ser auxiliar de enfermagem, ele tem que possuir o curso técnico em ACS. E, por vezes, isso poderia criar uma sobrecarga de trabalho seletiva entre os que possuem o curso, e os que não possuem.

É importante ressaltar, que mediante a publicação da PNAB, a categoria da enfermagem, por meio do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e a Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias (CONACS) criticam o desvio de função dos ACS e reconhecem que, ao

atribuir ações de outro profissional para os ACS enfraquece o Sistema Único de Saúde, além de denunciar o governo de usá-los como auxiliares de enfermagem. (COFEN, 2020).

4 TENSÕES E DESAFIOS ATUAIS DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Atualmente, o trabalho do ACS necessita de reflexões dada às mudanças que vem ocorrendo em seu processo de trabalho. Silva et al. (2020) apontam diversas implicações à atuação do ACS a partir da incorporação de certas atribuições propostas pela nova PNAB 2017. A primeira delas é possibilidade de redução no quantitativo de ACS nas equipes de saúde da família em função da política de redução de gastos com a saúde, assim se prevê uma flexibilização da presença deste profissional nas equipes de saúde da família (não obrigação de um quantitativo mínimo); além da descaracterização do cunho educacional atribuído à prática, logo a atuação visando a prevenção de doenças e a promoção de saúde pode ser diretamente prejudicada, além da conformação de uma competição errônea entre a natureza preventiva e de promoção da saúde, assim como a realização de procedimentos julgados mais curativos, que até então, eram atribuídos ao profissional técnico em enfermagem. No mais, esta formação do ACS como técnico em enfermagem, pode ser entendida como oportunidade para adquirir conhecimento e, conseqüentemente, uma maior valorização do seu trabalho, em contrapartida desperta também a fragilização da categoria possibilitando sua extinção.

Se forem efetivamente considerados os dispositivos da PNAB que induzem, impedem ou condicionam mudanças, pode-se dizer que os propósitos centrais dessa política são a diminuição dos ACS e a mudança de seu perfil, bem como a priorização da chamada AB tradicional em detrimento da ESF, com maior autonomia e flexibilidade para a gestão municipal. Se tentarmos configurar uma 'trama', relacionando os elementos da PNAB entre si e com a conjuntura (do SUS e do país), veremos que o seu principal efeito tende a ser o desmonte da ESF (ao invés do enfrentamento dos seus problemas, limites e desafios), em uma conjuntura em que seria desejável manter o que fora conquistado até o momento. (MELO, 2018, p.49)

O agrupamento de novas atribuições, não inerentes à profissão (não possibilitando uma assistência abrangente), traz principalmente duas implicações, a primeira é a imposição de atribuições de Enfermagem à sua rotina de trabalho, como também piora da situação dos ACS que atuam em zonas rurais que normalmente possuem uma sobrecarga atrelada a uma logística difícil, de acesso e demais situações, neste artigo. Silva et al. (2020) tratam de situações específicas, no norte de Minas, caracterizado por extensas áreas rurais e grande distanciamento das unidades de saúde, não podendo ser generalizada a demais/ todas regiões do país.

Ressalta-se que a incorporação dessas novas atribuições foi, a priori, relacionada com a possibilidade de ampliação do acesso da população aos procedimentos. Porém, os dados revelam a debilidade no tocante aos princípios da universalidade e da integralidade do atendimento nessas localidades, ao passo que as visitas domiciliares reduzem. Deve-se ainda levar em consideração as condições, assim como a sobrecarga de trabalho destes profissionais que atuam, principalmente em áreas rurais. (WAI, 2007)

Ainda neste sentido, a qualificação dos ACS direcionada às novas atribuições camufla a possível extinção da categoria profissional, uma vez que há a ligação entre a referida qualificação e a valorização profissional como reflexo do modelo biomédico hegemônico (controle tecnológico da doença, prática em saúde seccionada etc.), bem como o fortalecimento de práticas biomédicas curativas. Ressalta-se ainda a necessidade de reestruturar o processo de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), no intuito de fazer com que um atendimento mais ampliado e prudente chegue à população. (WAI, 2007)

Faria e Paiva (2018) abordam, por sua vez, o não esclarecimento/entendimento das atribuições por parte do ACS, a qualificação voltada à atuação direcionada ao modelo biomédico hegemônico, e por fim, a necessidade de uma atuação voltada ao desenvolvimento de competências para o melhoramento da adesão dos usuários ao serviço de saúde frente aos estigmas socioeconômicos.

No citado estudo onde discute-se o trabalho do Agente Comunitário de Saúde e as diferenças sociais no território, Faria e Paiva (2018) utilizaram como base a identificação das relações de poder, exclusão e dependência presentes no local de estudo, tanto quanto os níveis de organização e aspectos de vida dos usuários na ótica dos ACSs, onde foi possível apreender a existência de grupos e subgrupos. Este estudo contribuiu para um maior conhecimento da atuação deles no tocante à qualidade do atendimento e cobertura prestada pela Estratégia de Saúde da Família, e apontou para possíveis diferenças na adesão da população a esses serviços de saúde da família a partir da ação dos ACSs em distintas configurações sociais, bem como a percepção do profissional acerca das diferenças de condições socioeconômicas, prestígio e/ou poder em seu território de trabalho e local de moradia.

Houve ainda, pelo ponto de vista do ACS, a identificação de problemas existentes no relacionamento entre a equipe de saúde e utilizador, e o que pode resultar de tais conflitos no desenvolvimento das políticas. Por fim, nos levanta a questão sobre especular outras variáveis, para além da dimensão socioeconômica, se produziriam implicações relevantes para o exercício do trabalho desta classe e, como consequência, para o sucesso da atenção primária à saúde (BROCH ET AL, 2020)

A qualificação deficitária é o principal ponto elencado por Broch et al (2020), pois além da escassa distribuição de capacitações, quando há oferta, geralmente é inadequada. Fala-se também da experiência de vida no cotidiano de trabalho desta classe profissional que permeia seu *modus operandi* em saúde, e por muitas vezes revela solidariedade em compartilhar conhecimento com o colega, mas também expõe os limites quando fora do contexto onde este será aplicado, logo a exclusão dos ACSs em problematizações referentes à comunidade é outra questão debatida neste trabalho. Por meio dos relatos foi possível perceber, que as redes de conhecimento formal e informal se complementam e potencializam o cuidado em saúde na junção entre o conhecimento científico e as vivências sociais.

5 DESAFIOS E ENFRENTAMENTOS PARA O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Neste tópico discutiremos um pouco sobre os aspectos que podem estar relacionados aos transtornos que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são submetidos, como por exemplo o desencadeamento de sofrimento psíquico e as

condições/relações de trabalho. Isso se dá devido à sobrecarga de trabalho e tem sido relacionada à vulnerabilidade destes ao sofrimento psíquico (Martines e Chaves, 2007; Wai, 2007; Pupin, 2008). Os citados autores indicam em seus estudos que a maioria dos profissionais deste grupo trabalha com agravamentos que ultrapassam suas atribuições.

Conforme Pupin (2008), altas exigências impostas ao trabalho dos ACS, intenso envolvimento emocional com os usuários e pouca valorização do trabalho são características atribuídas a sobrecarga laboral. Os trabalhadores se deparam com diversas vulnerabilidades da população, ao passo que, vão de encontro com questões técnico-administrativas limitantes a efetividade de suas ações. Tais questões são descritas por Martines e Chaves (2007) e (WAI, 2007) relacionadas à vulnerabilidade destes profissionais ao sofrimento psíquico, o que pode acarretar um quadro de exaustão físico-psíquico, e um decorrente desinteresse pelo trabalho (BENEVIDESPEREIRA, 2002).

No contexto desafiador em que se encontram, nos estudos de Wai (2007), observamos que os ACSs desenvolvem mecanismos de enfrentamento que suavizam as dificuldades. Embora tenham sido observados apenas pelos critérios entre o exercício da profissão, os sentidos e suas características atribuídas. Dessa forma, as acentuadas contradições não colaboram com o trabalho, logo buscamos analisar se tais condições de trabalho são indutoras de sofrimento psíquico em agentes comunitários de saúde e quais correspondências podem ser estabelecidas.

O supracitado autor, ao longo de suas atividades, relata as queixas dos ACSs a partir do eixo de insatisfação com as condições de trabalho. Destaca-se que além da sobrecarga de trabalho, coexistiam ainda as dificuldades nas relações interpessoais. Para Bernik (2002), o sentimento de estresse laboral pode acarretar em transtornos mentais temporários ou potencializar os existentes, desencadeando pensamentos compulsivos e/ou obsessivos, como também hipersensibilidade emocional e angústia. Foram apontadas, na pesquisa de Reis (2020), consequências desses problemas, tais como ansiedade, distúrbio do sono e compulsão alimentar. Situações com remanejamento de funcionários geram tensão devido ao absentismo e desfalques de mão-de-obra.

Enfrentamento é, na perspectiva de Lazarus e Folkman (1984), variável individual correspondente à forma como as pessoas comumente reagem ao estresse. Tal variável é definida por exigências situacionais, fatores pessoais e recursos disponíveis. As estratégias de enfrentamento podem alterar de acordo com os estágios de uma situação estressante e podem ser classificadas em dois tipos: aquele focado na emoção e aquele focado no problema. O que determina o tipo de enfrentamento é a avaliação cognitiva da pessoa, a priori é feita uma avaliação primária que leva em consideração as características pessoais e ambientais. Em seguida, são analisados os meios e recursos disponíveis.

Beresford (1994) defende que a disponibilidade de recursos determina as estratégias de enfrentamento. Os recursos de combate são diretamente associados à noção de vulnerabilidade. Este autor advoga que os recursos pessoais são compostos por variáveis físico-psicológicas que incluem desde características físicas, a experiências prévias, inteligência, moral e crenças ideológicas. No que diz respeito aos recursos sócio ecológicos incluem-se a lista, recursos financeiros, situação familiar, redes sociais, etc.

Wai (2007) dividiu os fatores de sobrecarga em categorias como: gênero, estado civil, carga emocional, relacionamento interpessoal, interface família-trabalho, questões salariais e condições de trabalho. Neste último estão elencadas as dificuldades para cumprir metas, falta de privacidade gerada por ter que morar na mesma micro área de atuação, horários incertos e, às vezes, até impróprios para a realização de visitas domiciliares, além da supervisão de enfermagem. Financeiramente há a insatisfação com o salário e o não recebimento de horas extras. O quesito gênero é um pouco mais difícil para os homens no sentido de formação de vínculo, além da não aprovação social de uma mulher sozinha receber um homem em casa; já para as mulheres recaem o acúmulo de papéis sociais (esposa, filha, mãe, dona de casa). Por fim, os relacionamentos interpessoais são subdivididos em três tópicos: com os usuários, com a equipe e com a própria família ou pessoas significativas.

Para Reis (2020) a resolução de conflitos faz parte de competências gerenciais partindo de aspectos relacionais através de escuta e atitudes imparciais objetivando o aprimoramento de habilidades e competências. Dejours (2015) aborda a defesa coletiva como algo formulado em grupo diante do exposto entre risco e perigo, onde se ponderam os conhecimentos e as experiências, com o intuito de acabar com as sensações possíveis diante do medo nas relações laborais.

Uma relação de liderança baseada no diálogo é caracterizada como horizontal entre os membros da equipe e funciona como importante estratégia no exercício dessa competência, pois se opõe a condutas verticalizadas, onde as decisões não valorizam a autonomia dos funcionários e a equipe muitas vezes não é ouvida quanto a suas opiniões e sugestões. Outro ponto comum às pesquisas sobre enfrentamento é o quanto a religiosidade/espiritualidade atua como estratégia de redução de situações estressoras como defensiva individual na tentativa de reduzir efeitos do estresse no ambiente de trabalho.

6 CONCLUSÕES

O ACS costumeiramente se coloca entre as determinações da instituição e as demandas populares, Serra (1986) coloca que as carências determinadas pelas instituições não correspondem as mesmas consideradas pela população. A atuação como agente mediador não quer dizer receber delegação de poder por parte da instituição ou que não possa optar por outro norteamto.

Verificou-se um enfraquecimento do vínculo do ACS com a comunidade resultante do processo de institucionalização e da forma de recrutamento atualidade. Serra (1986) parte do pressuposto que a vida e o trabalho do ACS são corriqueiramente atravessados pelos problemas sociais existentes nos âmbitos pessoal, social, comunitário e profissional. Logo, intervenções no trabalho do ACS quando não afeta diretamente a sua prática, tenta modificá-la através dos desvios de função. Levando em consideração as origens e o processo histórico de formação da classe de ACS, desde sua vinculação com as classes populares, é de se supor que isso colabore no sentido da incorporação de práticas, como por exemplo do saber popular.

O novo ACS, em sua face atual, expressa-se de diferentes maneiras, uma delas é a contrariedade, ser considerado como figura institucionalizada como extensão do

poder popular. No mais, sua inserção entre trabalhar e viver onde os autores chamam de território-processo, junto com todos os inconvenientes da situação, soma-se como consequência da divisão de classe aproximando-a das limitações institucionais.

As conquistas angariadas pelos trabalhadores suscitam grandes desafios, logo é necessário que tomem conhecimento do valor político da institucionalização como agente da comunidade e das contraposições exigidas pelo Estado. Os processos educativos são importantes tanto para a sua qualificação, como para a interlocução com a população, e também que interfiram nas qualificações propostas, bem como que criem, de forma autônoma, espaços de qualificação da sua práxis e da própria comunidade, alicerçados em saberes populares, produtores de reflexões e práticas críticas, e transformadoras da realidade.

REFERÊNCIAS

ARANTES, L. J; SHIMIZU, H. E; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1499-1510, 2016.

BARROS, D. F et. al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto contexto – Enfermagem**, v.19, n. 1, p.78-84, 2010 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072010000100009&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S010407072010000100009>. Acesso em: 16 dez. 2020.

BRASIL. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, de 5 de janeiro de 2018. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/13595.html>. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Programa agente comunitário de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N..O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencedora e a transformadora. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 457-480, 2009.

BROCH, D. et al. The knowledge network of community health agents/As redes de conhecimentos do agente comunitário de saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 12, p. 42-49, 2020, Online.

CAMELO, Silvia H. Henriques and ANGERAMI, Emília Luigia Saporiti. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 12, n. 1, p. 14-21, 2004 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000100003>. Acesso em: 16 dez. 2020.

CAMELO, S. H. H. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de **saúde da família**. São Paulo: EdUSP, 2001.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 7-16, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Cofen e Conacs criticam desvio de função dos agentes de Saúde**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofeneconacs-criticam-desvio-de-funcao-dos-agentes-desaudef_60293.html. Acesso em: 16 dez. 2020.

CÔRREA, E. et al. **O agente comunitário de saúde: uma história analisada**. São Paulo: Rua, 2010.

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

FARIA, C. C. M. V.; PAIVA, C. H. P.. O trabalho do agente comunitário de saúde e AS DIFERENÇAS SOCIAIS NO TERRITÓRIO. **Trabalho, Educação, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, s. 1, 2020.

Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462020000400503&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2020.

FLORES, Ov. **O agente comunitário de saúde: caracterização da sua formação sócio-histórica como educador em saúde.** Brasília: EdUNB, 2007.

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. S. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 21, n. 3, p. 899-916, 2011.

GALAVOTE, H. S. E. et. al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 231-240, 2011.

HEIMANN, L. S. et. al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 2877-2887, 2011.

LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 11-24, 2018.

LOUREIRO, L. H. et al. O trabalho e a formação do agente comunitário de saúde. *Revista Práxis*, v. 9, n. 17, p. 103-111, 2017.

MACIEL, F. B. M. et al. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. 4185-4195, Out., 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232020006804185&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2020.

MADEIRA, L. M. (Org). **Avaliação de políticas públicas.** Porto Alegre: UFRGS/CEGOV, 2014.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 38-51, 2018.

MINAYO, M. C. S.; D'ELIA, J. C.; SUITONE, E. **Programa agentes de saúde.** São Paulo: EdUSP, 2003.

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

NOGUEIRA, R. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre adimensão técnica "universalista" e a dimensão social "comunitarista". *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-94, 2002.

QUEIROS, A. A. L. de; LIMA, L. P. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 257-281, out., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S19817746201200020005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2020.

ROSA, A. J.; BONFANTI, A. L.; CARVALHO, C. S. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 141-152, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902012000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2020.

SANTANA, J. C. B. et al. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia da saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, 2009.

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

SILVA, S. et al. National Policy of Primary Healthcare 2017: implications in the work of the Community Health Worker/Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Revista de Pesquisa: Saúde em Debate**, v. 44, n. 124, p. 58-69, 2020.

SOUSA, M. F. Agentes comunitários de saúde (ACS): uma estratégia revolucionária em risco. **Saúde Coletiva**, vol. 4, n. 19, p. 6, 2008.

WAI, M. P. **O trabalho do agente comunitário de saúde na estratégia saúde da família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento**. São Paulo: EdUSP, 2007.

WAI, M. F. P.; CARVALHO, A. M. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, p. 563-568, 2009.

AGRADECIMENTOS

À Professora Dr.^a Claudia Martiniano, coordenadora do curso de Graduação em Enfermagem, por seu empenho na minha graduação e orientação, por me ensinar a desenvolver capacidades em escrita que até o momento eu acreditava não ter.

À professora Dr.^a Ardigleusa Coelho, por todas as palavras de incentivo e pela disponibilidade de sempre ouvir pacientemente meus lamentos.

Aos meus filhos Mario e Sarah, e meus sobrinhos Júlio César, Ana Julia e Maria Luísa, por me dar forças para buscar ser exemplo, sendo o único membro da minha família a custar um curso superior.

A minha mãe, dona Risolene, por ser uma base sólida em minha vida, sempre me ensinando valores indispensáveis a vida.

A minha esposa, Renata Gonçalves, por ter entrado na minha vida no meio desse processo, mas sendo imprescindível para a conclusão dele, pelo companheirismo e parceria.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram de alguma forma com a construção de minha formação como pessoa.