

CURSO DE ENFERMAGEM

Ingrid de Abreu Dumke

**ENTRE POTENCIALIDADES E DIFICULDADES NO TRABALHO:
UM ESTUDO COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO
DE PEQUENO PORTE.**

Santa Cruz do Sul

2019

Ingrid de Abreu Dumke

**ENTRE POTENCIALIDADES E DIFICULDADES NO TRABALHO:
UM ESTUDO COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO
DE PEQUENO PORTE.**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Enf^a. Dr^a. Suzane Beatriz Frantz Krug.

Santa Cruz do Sul

2019

Santa Cruz do Sul, julho de 2019.

ENTRE POTENCIALIDADES E DIFICULDADES NO TRABALHO:
UM ESTUDO COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DE
PEQUENO PORTE.

INGRID DE ABREU DUMKE

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora.

Foi aprovada em sua versão final, em_____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Enf^a. Dr^a. Luciane Maria Schmidt Alves

Professora examinadora

Prof^a. Enf^a. Dr^a. Mari Ângela Gaedke

Professora examinadora

Prof^a. Enf^a. Dr^a. Suzane Beatriz Frantz Krug

Professora orientadora

Santa Cruz do Sul

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por guiar meus passos, pela proteção e coragem que tem me dado a cada dia.

Aos meus pais, pela dedicação, ensinamentos, pelo amor incondicional e por renunciarem seus sonhos para que os meus pudessem ser concretizados, em vocês encontrei forças para conseguir chegar até aqui. Aos meus familiares, muito obrigada pelo apoio, que mesmo de longe sempre torceram por mim.

À minha orientadora Suzane Beatriz Frantz Krug, minha “musa inspiradora”, que desde o começo da minha caminhada me apoiou durante os períodos mais difíceis, me abraçou nas comemorações, e me incentivou a continuar sempre em busca de mais conhecimento. Grata pelos ensinamentos, pela paciência e dedicação prestada durante este trabalho. Saiba que te admiro muito, e espero que este vínculo dure a vida inteira.

Às enfermeiras e ao Secretário de Saúde do município do estudo pelo apoio, disponibilidade de tempo e por toda ajuda prestada.

Às Agentes Comunitárias de Saúde, agradeço pelo tempo disponibilizado, pela confiança e compreensão. Saibam que vocês são seres iluminados e que tenho muita admiração por tal profissão. Vocês foram a peça fundamental para a construção deste presente trabalho. Sem vocês esta pesquisa não seria possível.

À Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC e aos professores docentes e colegas, os quais tive o prazer de conviver durante esses anos, vocês fizeram parte da minha jornada acadêmica.

E a todos que diretamente ou indiretamente me deram forças para continuar, grata por entenderem as minhas ausências devido a faculdade, o meu muito obrigada!

Um dia quando olhares para trás, verás que os dias mais belos foram aqueles em que lutaste.

(FREUD, Sigmond).

RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) representa o elo entre a comunidade e os serviços de saúde. A pesquisa teve como objetivo identificar potencialidades e dificuldades no trabalho do Agente Comunitário de Saúde de um município de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa de abordagem exploratória descritiva, do tipo qualitativa. A pesquisa foi realizada em duas Estratégias de Saúde da Família (ESF) e uma Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) localizados em área urbana, de um município de pequeno porte do interior do estado do Rio Grande do Sul, com maior parte da população residente em área urbana. Embora os ESF e EACS estejam localizados em área urbana, existem famílias atendidas pelos ACS destes serviços que residem em área rural. Os sujeitos do estudo foram 15 ACS residentes e atuantes neste município. Foram realizadas entrevistas que foram gravadas e os dados foram analisados utilizando-se a Análise de Conteúdo, com a elaboração de cinco categorias temáticas. Quanto as atividades desenvolvidas pelos ACS foi identificada a marcação de consultas como uma atribuição não designada pelo Ministério da Saúde. Grande parte dos entrevistados referiu que a principal potencialidade é o suporte dos profissionais enfermeiros, secretaria de saúde e colegas de trabalho. Já no que diz respeito as dificuldades, identificou-se a falta de resolutividade das ações. Cabe ressaltar que nas principais diferenças territoriais entre áreas urbanas e rurais, destaca-se a distância percorridas pelos ACS em áreas rurais. Já nas diferenças entre municípios de pequeno porte e grande porte, ressaltam-se que a proximidade é maior entre os usuários dos serviços de saúde em município de pequeno porte. Conclui-se que as potencialidades e dificuldades no trabalho dos ACS deste estudo são semelhantes a outros em diferentes espaços geográficos, porém, as características territoriais implicam em maiores dificuldades no trabalho das ACS.

Palavras chaves: Agentes Comunitários de Saúde. Saúde do Trabalhador. Trabalho.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos sujeitos	30
Tabela 2 – Perfil ocupacional dos sujeitos	32

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Quadro de Distribuição das ACS

26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
e-SUS AB	e-SUS Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROFAGS	Programa de Formação de Agentes Comunitários de Saúde
VD	Visita domiciliar
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
MSS	Municipalização Solidária de Saúde
SES/RS	Secretaria do Estado do Rio Grande do Sul
RAS	Rede de Atenção à Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral	14
2.2 Objetivos Específicos	14
3 O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	15
3.1 Atribuições do Agente Comunitário de Saúde	16
3.2 Dificuldades e facilidades no trabalho	19
3.3 O trabalho no território rural e urbano	22
4 METODOLOGIA	25
4.1 Tipo de Pesquisa	25
4.2 Local da Pesquisa	25
4.3 Sujeitos do Estudo	26
4.4 Instrumento para coleta de dados	27
4.5 Procedimentos Éticos	28
4.6 Análise de dados	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	31
5.1 Perfil sociodemográfico dos sujeitos	31
5.2 Perfil ocupacional dos sujeitos	33
5.3 O trabalho e as atividades dos ACS na realidade investigada	35
5.4 Aspectos facilitadores no trabalho do ACS no município	40
5.5 Fatores dificultadores no trabalho do ACS no município	46
5.6 Implicações das diferenças territoriais no trabalho do ACS	51
5.7 Perspectivas dos ACS para minimizar as dificuldades no trabalho	57
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERENCIAS	63
APENDICE A – Instrumento para coleta de dados	73
APENDICE B – Termo de Aceite de Instituição Parceira	75
APENDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	76

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP	78
---	-----------

1 INTRODUÇÃO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) representa o elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Este profissional atua baseando-se nos propósitos da Vigilância em Saúde, melhorando, assim, as situações e problemas que afetam a vida dos usuários da comunidade como por exemplo, doenças, desemprego, pobreza, uso/abuso de drogas ilícitas, situações precárias, entre outras (VIDAL, MOTTA, SIQUEIRA-BATISTA, 2015). Seu principal intuito é a participação na vida da comunidade, instigando temas que sejam alusivos a melhoria da qualidade de vida (SANTOS et al., 2015; BROCH et al., 2018). Este trabalhador busca incentivar a população a melhorar a capacidade relacionada aos cuidados com a saúde. Portanto, são importantes para o desenvolvimento físico, psíquico, econômico, político e social desta população (BARALHAS, PEREIRA, 2013).

Pode-se destacar entre os fatores facilitadores no seu trabalho, o fato de residir em sua área de atuação, desse modo, estabelecendo vínculos e auxiliando na construção da confiança entre usuário e ACS. Outro ponto facilitador é de o ACS poder compartilhar informações, estimular a participação da comunidade, ampliando o olhar para as práticas de saúde (GUANAES-LORENZI, PINHEIRO, 2016).

Como dificultadores no trabalho do ACS pode-se destacar o relacionamento entre o mesmo e a comunidade, pois, constantemente seu papel de trabalhador de saúde é confundido com o de vizinho ou amigo, e isto pode gerar sofrimento ou mesmo estresse no seu trabalho. Há também dificuldades relacionadas a convivência com profissionais com maior conhecimento técnico científico, o que pode originar receio em fazer questionamentos e se posicionar frente a esses trabalhadores no ambiente de trabalho (GUANAES-LORENZI, PINHEIRO, 2016).

Segundo Broch et al (2018), em um estudo sobre vivências de prazer e sofrimento no trabalho destes profissionais, ficou salientado que o reconhecimento vindo dos seus superiores ou dos usuários gera vivências de prazer. Este mesmo quesito pode sofrer uma certa dualidade segundo o autor, pois a falta do reconhecimento também é visto como um ponto de sofrimento que pode causar o estresse. O envolvimento do ACS com as atividades dentro das unidades de saúde pode contribuir para a redução do tempo de dedicação às atividades de acompanhamento dos usuários e a falta de resolutividade, na maioria das vezes, pode gerar sofrimento. Portanto, fatores de sofrimento no trabalho podem interferir na qualidade de vida do ACS. Estudos realizados por Garcia et al (2017) mostram que há uma prevalência de ACS do sexo feminino, o que vai ao encontro do crescimento da feminização na área da saúde nos últimos anos. Em

todas as regiões do país fica evidenciado que a maior parte destes profissionais são mulheres, devido ao seu papel de cuidadoras, especialmente, em relação a crianças e idosos, percebendo-se, deste modo, maior sensibilidade com a comunidade, o que pode ser um fator facilitador no seu trabalho.

O presente estudo foi realizado em um município de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul, tendo três Estratégias de Saúde da Família em área urbana e uma Unidade Básica de Saúde em área rural. Tendo em vista que as unidades de saúde se localizam em territórios urbanos e rurais, conseqüentemente, apresentam distintas características em relação à assistência à saúde da comunidade.

Nas áreas rurais pode-se perceber desafios e obstáculos, como a dificuldade de acesso, grandes distâncias, tanto para os usuários como para a equipe, o transporte para deslocamento, muitas vezes, deficiente e há dificuldades no acesso aos recursos diagnósticos em saúde. (VIANA, 2017). Nas áreas urbanas, em relação a oferta e demanda ficou evidenciado no estudo de Pinto e Jorge (2015) que há um crescimento populacional no qual se correlaciona com a irregular distribuição na oferta de serviços de saúde, aliado a desigualdade e as limitações para o reconhecimento das diferenças culturais e sociais da população.

O interesse pela temática do trabalho do Agente Comunitário de saúde surgiu devido a convivência com os mesmos, especialmente, no âmbito familiar da pesquisadora. A disciplina “Enfermagem na Atenção da Saúde do Trabalhador” do curso de graduação em Enfermagem da UNISC criou a curiosidade de conhecer mais e pesquisar sobre tal categoria, onde foram abordados temas que estimularam a continuar com tal temática. Este interesse se fortaleceu durante a caminhada no curso, devido a convites para participações em rodas de conversas e capacitações na cidade de residência da autora do estudo.

É importante estudar esta temática em cidades de pequeno porte para salientar a importância deste assunto para a sociedade nesses espaços e, também, para contribuir para futuras pesquisas na área de Saúde do Trabalhador. As pesquisas em cidades menores são escassas, como demonstrado em estudos de Garcia et al (2017) e De Souza Faria et al (2016), que referem uma tendência de estudos sobre Agentes Comunitários de Saúde em capitais ou cidades maiores de 50 mil habitantes.

Estudar o trabalho do ACS tem importância tanto para a enfermagem quanto para a sociedade de forma geral, pois este trabalhador está inserido na comunidade, conhecendo suas vivências, culturas, dificuldades e necessidades, auxiliando na prevenção de doenças e na melhoria da qualidade de vida (SANTOS, FARIAS FILHO, 2016).

Assim, o estudo apresenta como problema de pesquisa: Quais as potencialidades e dificuldades existentes no trabalho de Agentes Comunitários de Saúde, considerando-se a realidade de um município de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Identificar potencialidades e dificuldades no trabalho do Agente Comunitário de Saúde de um município de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul.

2.2 Objetivos específicos

- Comparar as potencialidades e dificuldades no trabalho de ACS que atuam em área rural com os que atuam em área urbana;
- Caracterizar o perfil sociodemográfico e ocupacional dos Agente Comunitários de Saúde;
- Constatar as sugestões de aprimoramento para o trabalho, no sentido de minimizar as dificuldades apontadas.

3 O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciou no ano de 1991, a partir de uma experiência no Ceará, com intuito de melhorar a qualidade de vida da população, investindo em educação em saúde, sendo uma peça essencial o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Em 1994, surgiu o Programa de Saúde da Família (PSF), qual atualmente é designado Estratégia de Saúde da Família (ESF), que surgiu com o propósito de superar o modelo de assistência marcado nos serviços hospitalares, atendimento médico e ações curativas. Sendo centrada a atenção na família e a unidade de saúde inserida na atenção básica, com o intuito de validar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), para que possa garantir o cuidado individual e coletivo, através de ações integrais e contínuas (MOTA, DOSEA, NUNES; 2014); (ALMEIDA BAPTISTINI, MARTINS DE FIGUEIREDO; 2014).

A ESF representa um plano para viabilização do SUS e de reorientação do modelo assistencial em saúde, priorizando a integralidade das ações, o compromisso com o atendimento universal, equânime e contínuo, proporcionando resolutividade à comunidade (JORGE et al., 2015).

Relacionada a este modelo de atenção, o processo de trabalho deve-se caracterizar por multidisciplinaridade e por interdisciplinaridade, tendo necessidade de equipes constituídas por profissionais de áreas diferentes. Nestas equipes de saúde podemos destacar o Agente Comunitário de Saúde (ACS), pois este se distingue como um profissional de identidade comunitária, que desenvolve atividades relacionadas na dimensão técnica, política do trabalho, e para múltiplos aspectos das condições de saúde, contribuindo para organização dos serviços, de forma coerente com a realidade local e na consolidação de um modelo em saúde centrado no tripé indivíduo/família/comunidade (JORGE et al., 2015).

O reconhecimento da categoria profissional do ACS se efetivou em 2002, com a Lei nº 10.507 de 10 de julho. A regulamentação das atividades deste profissional se efetivou por meio da Lei nº 11.350 de 05 de outubro de 2006, que traz que o ACS deve ter finalizado o ensino fundamental e concluído com aproveitamento o curso de formação inicial e continuada (ANDRADE, CARDOSO, 2017).

Conforme Andrade e Cardoso (2017) que caracteriza o ACS como sendo um agente de mudança, ressaltando sua função e seu papel dentro da comunidade de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários, como uma figura de “vigilante”.

O ACS exerce um papel importante de mediador entre saberes técnicos e populares, entre a equipe de saúde e a comunidade. Este profissional faz parte da equipe de saúde, mas também

faz parte da comunidade; seu exercício é para a comunidade, mas também é da comunidade; e ao mesmo tempo que constrói os saberes técnicos-científicos, também se alimenta das culturas locais. Dessa forma, este trabalhador supera esta divisão entre os saberes técnicos-científicos e os saberes da população, promovendo desta forma compreensões sobre o conceito de saúde e se destacando como agenciador de ações e práticas de saúde (MARCIAZEKI-GOMES et al., 2016).

O ACS na qualidade de educador, conhece a realidade onde está inserido, construindo junto da comunidade processos pedagógicos, instâncias de aprendizado mútuo e comunitário. O vínculo estabelecido entre este profissional e a população surge dessa proximidade e do contato pleno de afetividade, que possibilita a promoção e construção de educação em saúde. Desta maneira a educação do paciente e da família deve estimular o autocuidado dos usuários (GUIMARÃES et al., 2017).

3.1 Atribuições do Agente Comunitário de Saúde

O ACS tem grande importância na Atenção Primária à Saúde (APS), para a efetivação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). As ações do ESF seguem os princípios do SUS, na qual são universalidade, equidade e integralidade. A universalidade se baseia que a equipe deve atender a todos, ampliando o alcance da população. A equidade, dispõe-se a tratar desigualmente os desiguais, no qual vai ao encontro de que os que mais precisam de atendimento deve-se facilitar o acesso, para desta forma se equiparar aos demais. A integralidade, se propõe a garantir a saúde em sua totalidade em seu amplo aspecto. A Atenção Básica de Saúde, é a porta de entrada para o sistema de saúde, envolvendo ações gerenciais e sanitárias, organizadas por ações de equipe voltadas para populações específicas. (MARQUES et al., 2015; DO NASCIMENTO et al., 2017).

As equipes de ESF, contêm multiprofissionais, no qual o ACS, favorece a promoção de ações além do foco curativo. Este profissional realizar ações de vigilância, prevenção de doenças e promoção à saúde, por meio das visitas domiciliares e educação em saúde, seja de forma individual ou coletiva, desenvolvidas conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), e sob supervisão do gestor local (MARQUES et al., 2015; DO NASCIMENTO et al., 2017).

Em relação as atribuições dos ACS, pode-se destacar alguns documentos de abrangência nacional, como a Portaria nº 1886 do MS, que foi publicada em 1997, o Decreto nº 3.189 de 1999, a Lei nº 10.507 de 2002, a Lei nº 11.350 de 2006, e então as configurações do trabalho do ACS passa a ser estabelecido nas Políticas Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006,

2011 e 2017. Desta maneira, pode-se perceber que até o ano de 2006, os documentos citados salientaram aspectos educativos do trabalho, com foco em orientação e acompanhamento das famílias e grupos específicos, mobilização social, e também produção de informação. Sua atuação prioritária era o território, sendo as visitas domiciliares sua principal estratégia. Assim, a partir da primeira publicação da PNAB, há um novo redirecionamento nas diretrizes, no qual sua centralidade passa a ser por meio da efetivação de outras atividades de promoção, prevenção e vigilância. Em 2011, que foi a segunda publicação da PNAB, reforça-se essa tendência. Nas publicações da PNAB, ficou evidente que as participações populares se excluem, juntamente com a expressão “qualidade de vida”. No ano de 2017, percebe-se que o número de ACS por equipe não é mais definido, tendo que ter base a população de abrangência de cada ESF para a definição do seu número. Há uma inclusão na lista de atividades dos ACS, sendo a aferição de pressão arterial, aferição de temperatura axilar, e realização de curativos, sendo publicado o Programa de Formação de Agentes Comunitários de Saúde (Profags) instituída pela Portaria nº 83/2018 do MS, que estabelece a oferta de curso de formação técnica de enfermagem para os ACS e os ACE. Porém, também em 2018, há uma publicação de uma nova Lei nº 13.595, que define que o ACS é sim uma presença obrigatória na estrutura da AB, e mantém a obrigatoriedade da oferta de cursos técnicos em ACS pelos entes federados (MOROSINI, FONSECA, 2018).

O profissional ACS deve conhecer as famílias de sua microárea, que não deve ultrapassar 750 pessoas. No qual, para isto, este trabalhador deve se empenhar para refletir em exatidão o número de pessoas que residem na comunidade sendo por faixa etária e sexo (BRAGA et al., 2016).

A Visita Domiciliar (VD) é a principal atribuição do ACS, é nestas VD's que estes profissionais estabelecem relações com as famílias e comunidade, identificam problemas que muitas vezes outros profissionais desconhecem, verificam os usuários que estão em maior risco de adoecimento que precisam de mais cuidados e atenção que muitas vezes necessitam de outros acompanhamentos, como por exemplo, médicos, enfermeiros, odontólogos e demais profissionais (DO NASCIMENTO et al., 2017).

A segunda atribuição é a construção do mapeamento das áreas de atuação da equipe, das microáreas de atuação do agente e das áreas de risco. No qual este mapeamento da área proporciona conhecer a realidade local, as prioridades, barreiras geográficas, grupos prioritários, hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças menores de cinco anos, pessoas com deficiências e usuários de drogas (BRAGA et al., 2016).

O cadastro das famílias da sua microárea também faz parte das suas atribuições, no qual é possível desta maneira conhecer a realidade sócio familiar dos indivíduos, como por exemplo, o número de desempregados, condição de habitação, escolaridade, composição familiar, condições de saúde, população quilombola ou indígena, saneamento básico e identificação de creches, escolas, comércios, igrejas, cemitérios, entre outros (BRAGA et al., 2016).

Além de todos estes listados, é atribuição do ACS, outros indicadores, como dados demográficos, em destaques os números de nascimentos e mortes; dados socioeconômicos, como o número de cômodos por residência e renda familiar; os dados epidemiológicos, como o número de pessoas diabéticas, hipertensas, gestantes, acamados e necessidades especiais; e os dados sanitários, a fim de conhecer como é o acesso ao saneamento básico na comunidade (BRAGA et al., 2016).

Existem ainda outras atribuições que atuam como intermediadores desse vínculo entre ACS e comunidade, motivar os usuários a realizar ações coletivas de saneamento, em busca de melhoria ambiental; promover ações educativas e de vigilância, que priorizem a promoção à saúde e prevenção de doenças; exercer o cumprimento das ações e atividades nas áreas prioritárias; identificar usuários que estejam em situações de risco; orientar os usuários a utilização correta dos serviços de saúde disponíveis; identificar áreas de risco (MARQUES et al., 2015).

Segundo Braga et al (2016), para realizar estas atribuições é necessário que este profissional tenha facilidade para se comunicar, organizar, planejar, executar ações de vigilância, incentivar gestantes para fazer o pré-natal e aleitamento materno, realizar busca ativa, desenvolver o conceito de humanização da assistência e participação popular (BRAGA, et al., 2016).

O ACS é o profissional que está em contato permanente com a comunidade, ele vive nela e faz parte dela, unindo dois meios distintos, o cultural e o científico. Com isto há alguns desafios entre o saber-fazer e o saber-ser Agente Comunitário de Saúde, por exemplo, interpretar o universo científico para o popular, a resistência da população nas mudanças de hábitos, os conflitos de relacionamento com a comunidade e dentro da equipe de saúde, dentre outros (ALMEIDA BAPTISTINI, MARTINS DE FIGUEIREDO, 2014).

Mesmo as que as atividades das ACS sejam redigidas por base legal, podem variar de acordo com o território em que estão inseridas, uma vez que as ações são redefinidas pelos seus gestores de saúde adequando as suas realidades locais (HOPPE et al., 2017).

3.2 Dificuldades e Facilidades no Trabalho

A expressão trabalho, quer dizer atividade humana realizada de diferentes situações e condições, que pode colaborar tanto o bem-estar psíquico quanto para o mal-estar. Portanto, entender quais as dificuldades e as facilidades destes profissionais são essenciais para uma melhor compreensão do seu trabalho (SOUZA, FREITAS, 2014).

Segundo Bender et al (2016), condições de trabalho são determinadas como qualidade do ambiente físico, posto de trabalho, equipamentos e materiais disponíveis para a execução. Desta maneira quando as condições de trabalho não atendem à satisfação dos desejos desses profissionais pode prejudicar sua saúde, vivenciando sentimentos de sofrimento e dificuldades relacionados ao trabalho.

Para o desenvolvimento do seu trabalho o ACS está disposto a vários desafios devido ao fato de lidar com os problemas sociais e de saúde de uma população. Conforme estudos sobre as principais dificuldades, podemos citar a descaracterização do serviço que as ACS estão submetidas dentro das Unidades de Saúde. Conforme a Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL), anexo I, que traz sobre as atribuições específicas do ACS, parágrafo VIII, é permitido que este trabalhador desenvolva outras atividades nas Unidades de Saúde, desde que sejam vinculadas às suas atribuições. Neste quesito fica evidenciado que os ACS sentem que estão deixando sua principal atividade que são as visitas domiciliares de lado, para desta forma realizarem atividades dentro das Unidades, isto causa sobrecarga de trabalho e estresse nestes profissionais (ALMEIDA et al., 2017). Conforme Riquinho et al (2017), as atividades desenvolvidas dentro das unidades por estes profissionais, tira o foco das atividades de acompanhamentos das famílias, havendo um afastamento dos problemas locais. Segundo este estudo as ACS descrevem estas atividades como desvio de função, onde há uma sobrecarga de trabalho, no qual não faz parte de suas atribuições.

Os excessos de formulários também são tidos como pontos dificultadores e causam sobrecarga no trabalho. Segundo este estudo os formulários preenchidos pelos ACS estão sempre se atualizando, isso gera uma maior quantidade de papel para preencher, no qual fica mais difícil dar seguimento a cada ofício que chega e demandar tempo em cada um (ALMEIDA et al., 2017).

A introdução do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) também causa aborrecimento dos ACS, visto que há necessidade de cadastrar os usuários e digitar informações nos computadores (RIQUINHO et al., 2018). Neste estudo ficou salientado que estes trabalhadores apontam que em relação ao e-SUS AB é atribuição de todos os membros da equipe alimentar o sistema,

registrando as informações manualmente ou digitalmente. Desta maneira, é importante refletir sobre o quanto as ESF estão informadas sobre o uso desse sistema para um melhor funcionamento da atenção básica no Brasil. Esta é uma ação do Departamento de Atenção Básica para reorganizar suas informações em nível nacional.

O número insuficiente de agentes por área é outro dificultador. O preconizado pelo Ministério da Saúde é de 4.000 famílias por ESF, na qual 750 pessoas por ACS, com número de oito visitas por dia. Isto ocorre devido ao aumento da população nos últimos anos, pois os números de moradores estão aumentando, e as equipes continuam com a mesma quantidade de trabalhadores ou de áreas descobertas (ALMEIDA et al., 2017).

A falta de interação entre a equipe também pode ser vista como dificuldade, devido ao excesso de cobranças e inflexibilidade no trabalho, que acabam gerando desgaste e desorganização nas atividades. Deste modo, a comunicação entre a equipe é essencial para o cuidado integral à comunidade, baseada no conhecimento de todos os membros da equipe para que os resultados sejam alcançados (ALMEIDA et al., 2017). A atuação e o desempenho dos ACS estão ligados ao desenvolvimento das atividades em equipe, isto é, dependem dos demais membros da equipe. Muitas vezes a falta de entrosamento prejudica não somente o andamento do serviço, mas também na insatisfação do usuário. Destacando-se que se o trabalho não for coeso, a conexão entre a equipe fica fragilizado (RIQUINHO et al., 2017).

Pode-se salientar que o trabalho em equipe também pode ser sentimento de frustração para as ACS devido à desvalorização da equipe em relação ao seu trabalho, no qual pode estar vinculada ao conhecimento que estas detêm. A reflexão do senso comum pode oferecer subsídios para a desvalorização destes trabalhadores, dando sentido que seu conhecimento é comum, devido a ser um conhecimento compartilhado entre os sujeitos de ação social. A desvalorização também tem relação com a sobrecarga de trabalho, devido ao fato de não ser acompanhada de um aumento na remuneração desses trabalhadores como também a falta de incentivos, uniformes, materiais, reconhecimento pessoal, descontos em folhas de pagamentos, pressão por alcançar metas no qual podem levar este profissional ao abandono da profissão (RIQUINHO et al., 2017; FOGAÇA, TOMBINI, CAMPOS, 2017).

Em um estudo de Fogaça, Tombini e Campos (2017), aspectos que salientam a falta de valorização profissional, causam a insatisfação profissional e levam muitas vezes este trabalhador buscar novas profissões. O que impressiona neste estudo é que a maior reclamação da falta de valorização profissional está relacionada a gestão e não a comunidade.

Segundo Riquinho et al (2017), as atividades coletivas, como os grupos de educação em saúde são cada vez menos frequentes ou organizadas nos ESF, muitas vezes devido à falta de

qualificação e recursos como, a falta de data show para exibir vídeos, bolas para realizar atividades físicas ou mesmo salas para os encontros prejudicam a manutenção. Deste modo é salientado que mesmo havendo interesse para desenvolver as atividades de educação em saúde em grupos específicos, como por exemplo de tabagistas, não se consegue manter devido à falta de material de suporte. Conforme esta pesquisa, a falta de material de apoio é um fator que impõe barreiras para esta prática, mas não impede que aconteça, pois, as práticas educativas na ESF devem estar apoiadas em um modelo social, concentrado na cultura popular, com a finalidade de sensibilizar as pessoas para o cuidado com a sua saúde.

Além destas, outras dificuldades principalmente as relacionadas às visitas domiciliares e as ambientais são destacadas. Evidencia-se obstáculos como encontrar os usuários em casa, o mau tempo, a distância entre as residências, os animais soltos, precarização das estradas, domicílios fechados, localidades com tráfico de drogas, risco de doenças infectocontagiosas, e ainda estão expostos a violência, que requer uma capacidade de criar sua maneira de trabalhar (DO NASCIMENTO et al., 2017).

Um elemento que fica entre as dificuldades e as facilidades é a do ACS morar no seu local de trabalho. No qual a facilidade é devido à proximidade de casa, porém há dificuldades relacionada a esta situação. Diferente dos outros profissionais que quando termina seu turno vão para suas casas, os ACS continuam frequentemente sendo solicitados nas demandas de saúde. Outra situação tem relação a privacidade de alguns usuários, no qual se mostram constrangidos para seguir com o atendimento, principalmente quando se refere a doenças transmissíveis (RIQUINHO et al., 2017).

Conforme Alonso, Béguin e Duarte (2018), os ACS geralmente trabalham com populações carentes, onde os problemas sociais são mais agudos, que aumentam a carga emocional relacionada ao trabalho, não somente pela dificuldade do manuseio com essas questões, mas também de, muitas vezes, estes profissionais compartilharem estes problemas, pois também moram nesta comunidade.

Os aspectos que são trazidos como facilitadores no trabalho do ACS mais frequente é o reconhecimento do trabalho pelas famílias das suas áreas. Dessa forma, estes profissionais se sentem mais satisfeitos com seu trabalho quando são úteis para a comunidade ou mesmo quando os reconhecem suas competências. O reconhecimento da população é um fator além da motivação, mas também de elevar a autoestima e contribuir para conformação da identidade desse trabalhador (ALONSO, BÉGUIN. DUARTE, 2018).

A resolutividade é reconhecida como a possibilidade de resolver os problemas das pessoas da comunidade e em averiguar se o trabalho realizado está repercutindo na melhoria da

qualidade de saúde da comunidade. Portanto, o ser resolutivo para o ACS traz o sentimento de gratificação e utilidade, contribuindo para que aumente a satisfação destes profissionais (ALONSO, BÉGUIN, DUARTE, 2018).

A construção da confiança e a credibilidade do ACS com a comunidade favorece o vínculo, no qual salienta-se que esta construção permite que o ACS seja o elo entre a comunidade e a unidade de saúde. Este vínculo possibilita que o ACS se aproxime de problemas que ultrapassam o processo de saúde-doença, como por exemplo, violência doméstica, abuso sexual, negligência infantil, maus tratos a idosos, tráfico e uso de drogas. Estas ocorrências são complexas e nem sempre se é alcançada sem que haja a construção de confiança entre os usuários e o ACS (ALONSO, BÉGUIN, DUARTE, 2018).

Em um estudo realizado por Peres et al (2011), as reuniões de equipe são vistas como facilitadoras, pois elas permitem a comunicação e o diálogo, a liberdade para falar, disposição para aprender, e ajuda a resolução de problemas. É salientado que aprendizado e cooperação caminham lado a lado, sendo pontos importantes que ajudam a facilitar o trabalho do ACS.

É necessário considerar que as vivências e experiências destes trabalhadores conduzem para caminhos positivos e/ou frustrações do trabalho, deste modo faz-se necessário que continuem as pesquisas sobre esta temática, pois assim podem contribuir e impulsionar à busca de estratégias a fim de possibilitar a estratégica e desejada consolidação dos princípios do SUS, mas também estimular melhorias no trabalho destes profissionais (BARALHAS, PEREIRA, 2013).

3.3 O trabalho no território rural e urbano

Considera-se que tanto quanto o ambiente de trabalho quanto a organização do processo do trabalho são causas para o sofrimento profissional. A mediação realizada pelo ACS entre a comunidade e a equipe pode ser um causador de estresse devido a pressão exercida por estes dois meios para desempenhar seu trabalho. Alguns fatores que podem ser determinantes para a organização do trabalho do ACS podem relacionar-se ao território urbano e rural que estes profissionais convivem (KRUG et al., 2016).

A organização do trabalho na área rural é a produção agrícola e pecuária. Deste modo, a agricultura familiar se tornou parte do que é chamado hoje de desenvolvimento sustentável, que além do plantio também abrange a comercialização de produtos. O trabalho na agricultura, muitas vezes, é responsável pela economia da região. É importante salientar, que cidades pequenas tem características próprias, no qual fatores sociais, econômicos, políticos e culturais,

podem ser decisivos para a organização do trabalho em saúde e também para as potencialidades e dificuldades no trabalho das ACS (KESSLER, KRUG, 2012).

Segundo De Brito Pitilin e Lentsck (2015) percebe-se que atuação de profissionais da saúde em áreas urbanas e rurais podem ser distintas. Salientando que em áreas rurais o deslocamento dos profissionais até a comunidade acaba sendo uma barreira que acaba dificultando o vínculo entre os mesmos, tornando os profissionais mais preocupados com decisões mais centradas em terapêutica das patologias. Visto que, em áreas rurais as ações em saúde são priorizadas a demanda espontânea nas unidades de saúde, não havendo tanto planejamento para desenvolver ações para as demandas programadas. Contudo, ter acesso aos serviços não assegura que as necessidades sejam resolvidas, é necessária uma prática que cumpra as demandas reais de cada indivíduo. Segundo De Almeida (2016) em área urbanas, percebe-se que principalmente os idosos são os que procuram o serviço de saúde para tratamentos preventivos, salientando-se no estudo do autor citado, grande parte dos indivíduos que procuram atendimento em unidades em áreas urbanas não conseguem ser atendimentos devido à falta de profissionais suficientes para atendê-los.

Portanto, percebe-se que os autores citados, estão em consonância, pois verifica-se que os mesmos salientam que em áreas rurais a procura pelo tratamento de doenças é maior, e em áreas urbanas o tratamento preventivo fica evidenciado.

Segundo Almeida Baptistini e Martins de Figueiredo (2014) há alguns desafios que os ACS na área rural convivem diariamente, no qual pode-se citar, o acesso aos domicílios rurais muitas vezes distante ou mesmo inacessível. É salientado pelos autores que há trilhos com muito mato e cercados com fio de arame que dão acesso aos domicílios, desta maneira, este profissional tem que adentrar nos matagais para conseguir cumprir suas visitas domiciliares.

Nas áreas rurais, há algum tempo atrás, o cavalo era muito usado como transporte pelas ACS nas visitas domiciliares em locais de difícil acesso ou até para qualquer tipo de trabalho. Mas com a disponibilidade dos meios de transporte modernos, o cavalo foi perdendo espaço e deixou de ser o principal meio de locomoção, onde demonstra que alguns destes profissionais utilizam a motocicleta, seguido do carro e a bicicleta como meio de transporte. É importante ressaltar que em áreas rurais muitas vezes o caminho percorrido por este trabalhador é a pé, onde geralmente é longo e as casas são distantes umas das outras (ALMEIDA BAPTISTINI, MARTINS DE FIGUEIREDO, 2014).

Nas áreas urbanas, situações de violência são comuns nos territórios de atuação da ESF, e, assim, os profissionais da saúde passam a experienciar esta realidade. Deve-se compreender que violência não se refere apenas por dados de letalidade, mas, também, por expressões de

enfrentamentos, assaltos, agressões, ameaças, espancamentos e assassinatos (FARIA GOMES et al., 2015; HOPPE et al., 2017).

Segundo Alonso, Béguin e Duarte (2018), em seu estudo ficou evidenciado que os ACS que atuam em centros urbanos, o crime organizado e o tráfico de drogas são pronunciados. Assim, estes trabalhadores ficam mais vulneráveis em situações de conflitos, precisando construir estratégias para enfrentamento dessas situações.

No estudo de Faria Gomes et al (2015) e Hoppe et al (2017) as ACS estão em constante contato com a comunidade, nas áreas urbanas há uma grande exposição a doenças contagiosas, como a hanseníase e tuberculose. Estes trabalhadores destacam que mesmo sabendo quem são os usuários, o profissional não pode identifica-los, representando um grande risco de contágio.

Deste modo, quando o contexto do trabalho limita ou mesmo não contribui para o desenvolvimento das potencialidades do trabalhador, pode gerar desgaste. O ambiente de trabalho muitas vezes inadequado, associado a dificuldades como a falta de reconhecimento ou o distanciamento entre o trabalho real e o prescrito diminuem a autonomia do ACS. Muitas vezes, estes trabalhadores não conseguem elaborar estratégias para enfrentar o sofrimento que este trabalho pode causar ou até mesmo o que os fatores influenciadores, como por exemplo, o território de trabalho, pode causar insegurança e sensação de incapacidade (KRUG et al, 2016).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo de abordagem exploratória descritiva, do tipo qualitativa. A pesquisa de estudo exploratória tem como objetivos desenvolver, explicar e modificar conceitos e ideias para a formulação de abordagens posteriores. Esta modalidade de pesquisa possui finalidades primordiais como: proporcionar informações sobre o assunto que será investigado, facilitar a delimitação do tema de pesquisa, orientar a fixação de objetivos e formulação das hipóteses ou descobrir um novo tipo de perspectiva sobre o tema escolhido. Este tipo de pesquisa permite englobar levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências com o problema a ser pesquisado e análises de exemplos que estimulem a compreensão (LACERDA, COSTENARO, 2016; PRODANOV, FREITAS, 2013).

A pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de uma população, um fenômeno ou mesmo uma experiência. Uma das suas particularidades é utilizar técnicas padronizadas de coleta de dados, como o questionário e a observação sistemática. Por exemplo, quais as características de um grupo em relação a sexo, faixa etária, renda familiar, etc. Neste tipo de estudo os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interceda sobre eles. Uma característica relevante deste tipo de pesquisa é a utilização de técnicas padronizadas como coleta de dados, questionário e observação sistemática (LACERDA, COSTENARO, 2016; PRODANOV, FREITAS, 2013).

Dentre os métodos escolhidos para esta pesquisa está o método de estudo qualitativo, no qual se optou devido ao levar em conta as especificidades e individualidades do estudo. A palavra qualitativa dá ênfase sobre qualidades das entidades e sobre os processos e significados que não podem ser medidos experimentalmente em termos de quantidade, volume ou frequência. A abordagem qualitativa se dedica ao estudo da história, das representações, das relações, das crenças, das percepções, das opiniões, bem como representações que os indivíduos fazem a respeito de como vivem, pensam e sentem. Este tipo de método além de permitir expor os processos sociais pouco conhecidos, propicia a construção de novas abordagens e revisão de novos conceitos (LACERDA, COSTENARO, 2016; MINAYO, 2014).

4.2 Local da Pesquisa

O cenário do estudo da pesquisa foi um município de pequeno porte, situado na Região Centro-Serra e localizado a 236 km de distância da capital Porto Alegre. Sua população estimada é de 14.819 pessoas (2016), sendo aproximadamente 11.347 em área urbana e 2.936

em área rural, em uma área de 128,1 km², com densidade demográfica (2013) de 112,4 hab./km². Seu coeficiente de mortalidade infantil é de 4,85 óbitos por mil nascidos vivos (2015), taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais 6,62% (2010), expectativa de vida ao nascer 76,66 anos (2010). Na área econômica seu PIB no ano de 2015 era de R\$ 323.048,66 (mil), seu PIB per capita no mesmo ano era de 21.617,28 (PREFEITURA MUNICIPAL, 2018; FEE-RS, 2018; DATASUS, 2010).

Tem sua economia baseada na agricultura (milho, soja, trigo, feijão e fumo), e na pecuária (aves, suínos, ovinos, caprinos, bovinos de leite e de corte), sendo praticadas em propriedades rurais de mão-de-obra familiar. Com maior destaque na área de produção de leite no qual vem crescendo, como também a piscicultura e a área de bovinos de corte. Existem instaladas e operando duas agroindústrias, contendo também comércio de pequenas e médias empresas de gênero alimentício, produtos agropecuários, vestuários e eletrodomésticos (PLANO MUNICIPAL DE SANEAMENTO BÁSICO, 2013).

Atualmente, na área da saúde existem dois hospitais, sendo um particular e outro filantrópico. Há também um Ambulatório Municipal, localizado no centro da cidade, sendo ofertados atendimentos com médicos, nutricionista, enfermagem e Farmácia Municipal. É vinculado a este serviço a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). O município conta ainda com Posto de Saúde Central também localizado ao centro da cidade, sendo ofertados atendimentos de vacinas, psicólogos, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e médico. Conta com três Estratégias de Saúde da Família (ESF) localizadas em área urbana; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em área rural e o setor de Vigilância Sanitária, Ambiental e Epidemiológica.

Embora os ESFs e EACS estejam localizados em área urbana, existem famílias atendidas pelos ACS destes serviços que residem em áreas rurais.

4.3 Sujeitos do Estudo

A população alvo desta pesquisa foram Agentes Comunitários de Saúde residentes e atuantes neste município. O total de ACS do município é de 22 agentes, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 1 - Quadro de Distribuição das ACS

UNIDADE	LOCALIZAÇÃO DO SERVIÇO	LOCALIZAÇÃO DO ACS	NÚMERO MICRO ÁREAS	NÚMERO FAMÍLIAS	NÚMERO PESSOAS
ESF 1	Urbana	4 urbana 1 rural	6	1.100	4.000
ESF 2	Urbana	2 urbana 2 rural	4	843	2.001
ESF 3	Urbana	5 urbana 1 rural	6	1.452	4.480
EACS (Ambulatório Municipal)	Urbana	4 urbana 3 rural	9	1.350	3.819

Fonte: Dados do município, 2018

Como critérios de inclusão foram elencados: ser maior de 18 anos; atuar há pelo menos seis meses na profissão em sua microárea. Como critério de exclusão, não foi considerado o ESF 3, devido conflito de interesses da pesquisadora. A amostra do estudo seria composta por 16 ACS, entretanto, uma ACS não aceitou participar da pesquisa, sendo entrevistados no total 15 ACS.

4.4 Instrumento para coleta de dados

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE A) constituídas de pontos pré formulados, no qual a ordem poderia variar dependendo das colocações dos entrevistados.

As entrevistas se constituem uma técnica alternativa para coletar dados não documentados sobre um tema estipulado. É acima de tudo uma conversa entre dois ou entre vários sujeitos, realizado por iniciativa do entrevistador, destinada a construção de informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas pertinentes tendo em vista este objetivo (PÁDUA, 2012; MINAYO, 2014).

As entrevistas podem ser consideradas como conversas com uma finalidade e se caracterizam pela forma de organização. As entrevistas semiestruturadas combinam perguntas fechadas e abertas, da maneira que o entrevistado possa discorrer sobre a temática em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2014). Conforme Pádua (2012), as entrevistas semiestruturadas permitem que o pesquisador organize um conjunto de questões sobre o tema pesquisado, incentive o entrevistado a falar livremente sobre assuntos que vão surgindo como desdobramentos da temática principal.

Esta modalidade obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador. Devido ao fato de ter este apoio nas questões, este tipo de entrevista facilita a abordagem e assegura, os investigadores menos experientes que suas hipóteses serão cobertos na conversa. Entretanto, os pesquisadores com pouca experiência, na hora da análise, correm o risco pela tendência de analisar as estruturas de relevância dos sujeitos entrevistados, trazidas do campo (MINAYO, 2014).

4.5 Procedimentos Éticos

Inicialmente foi enviado um ofício para a Secretaria de Saúde (APÊNDICE B) do município, a fim de solicitar a coordenação a possibilidade de realizar a pesquisa com as ACS. Após o consentimento da Secretaria, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CEP/UNISC) em dezembro de 2018, se obteve a sua aprovação no dia 12 de dezembro, após foi iniciada a coleta de dados.

Os sujeitos da pesquisa foram contatados através de contato telefônico. Para aplicação da entrevista foi necessário agendar um dia e um espaço adequado em cada ESF/EACS, sendo necessário o cuidado com estes sujeitos para manter a preservação da sua identidade.

Antes das entrevistas foi explicado do que se tratava a pesquisa, bem como seus objetivos, sendo assim, para os que aceitaram participar foram entregues o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) em duas vias, sendo uma via assinada pelo sujeito e outra pelo entrevistador. Uma das vias ficará guardada com o entrevistador durante cinco anos em local seguro. Outro aspecto importante foi salientar nesta ocasião que a participação neste estudo não acarretaria riscos ao sujeito, já que manterá o sigilo, sendo respeitados seus valores culturais, religião, hábitos e costumes conforme a Resolução 466/12 que trata sobre as pesquisas com seres humanos.

Os resultados da pesquisa serão apresentados as equipes de saúde e as unidades investigadas.

4.6 Análise de dados

As entrevistas foram gravadas, ouvidas, transcritas, e após foi iniciada a próxima etapa da pesquisa que se constitui a análise de dados, no qual foi realizado a Análise de Conteúdo.

A Análise de Conteúdo designa ao tratamento de dados qualitativos. É um conceito construído para dar respostas teórico-metodológicas que se diferencia de outras abordagens (MINAYO, 2014). Segundo Minayo (2014, p. 303) este tipo de análise pode ser definido como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdos das mensagens, indicadores

(quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Este método, como técnica de tratamento de dados, possui a mesma lógica das metodologias quantitativas, no qual busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo (MINAYO, 2014). Segundo Minayo (2014, p. 304), define a Análise de Conteúdo como “Uma técnica de pesquisa objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo das comunicações e tendo por fim interpretá-los”.

O principal objetivo da Análise de Conteúdo pode ser resumido em manipulação das mensagens, seja para o seu conteúdo quando da expressão deste. Isso, para colocar em evidência indicadores que permitam deduzir sobre outra realidade que não a mesma da mensagem (LACERDA, COSTENARO, 2016). Do ponto de vista operacional, a Análise de Conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano de falas, depoimentos e documentos, para deste modo atingir um nível mais profundo, que ultrapasse os sentimentos manifestos no material. Por essa razão, frequentemente, todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, e assim articular a superfície dos enunciados do texto com os fatores que determinam suas características, variáveis psicossociais, contexto cultural e também processo de produção da mensagem (MINAYO, 2014).

Assim, existem várias modalidades de Análise de Conteúdo, dentre estas para construir esta pesquisa foi utilizado a Análise Temática. A noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de um assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra ou frase (MINAYO, 2014).

Fazer uma Análise Temática constitui-se em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, no qual a frequência ou a presença signifiquem alguma coisa para o objeto analítico. Tipicamente, esta modalidade era feita para contagem de frequência nas unidades de significação, definindo o caráter do discurso. Para uma análise de significados, a presença de certos temas apresenta estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presente ou subjacente no discurso (MINAYO, 2014).

A Análise Temática desdobra-se em três etapas; *Primeira etapa: pré-análise*, representa na escolha de documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos da pesquisa. O investigador deve se perguntar sobre as relações entre as etapas realizadas, estabelecendo indicadores que o orientem na compreensão do material e na interpretação final. Esta etapa é decomposta pelas seguintes tarefas: a leitura flutuante, é o conjunto das comunicações. No qual requer que o pesquisador tenha contato direto e intenso com o material

de campo; a Constituição do Corpus, diz respeito ao inverso estudado em sua totalidade, devendo-se responder algumas normas de validade qualitativa: exaustividade, que o material contempla todos os aspectos levantados; a representatividade que contenha as características essenciais; homogeneidade, que obedeça a critérios precisos de escolha quanto aos temas tratados, as técnicas utilizadas e os atributos dos interlocutores; e a pertinência, que os documentos analisados sejam adequados para dar resposta aos objetivos; a Formulação e reformulação de Hipóteses e objetivos, que representa a retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetro a leitura do material as indagações iniciais. A reformulação das hipóteses significa a possibilidade de correção de rumos interpretativos ou mesmo abertura para novas dúvidas. Nesta fase são determinados a unidade de registro, a unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais (MINAYO, 2014). Para realizar esta etapa no presente estudo, foram realizadas entrevistas gravadas, em que após foi realizada a escuta de cada uma delas. Seguidamente, da transcrição das mesmas, sendo realizadas diversas leituras sobre esta etapa, assim separando-as em temáticas semelhantes.

Segunda etapa: Exploração do material, compreende na operação classificatória que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para tanto, o investigador deve procurar categorias que são expressões significativas das quais o conteúdo de uma fala será organizado. A análise temática trabalha essa fase primeiro, recortando o texto em unidades de registro no qual podem se constituir em palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos. Em um segundo momento, a compreensão é constituída por meio de codificações e índices quantitativos. Em um terceiro momento, realiza-se a classificação e a agregação dos dados, escolhendo categorias teóricas, sendo as responsáveis pela especificação dos temas (MINAYO, 2014). Nesta etapa, no presente estudo, após a categorização das respostas dos sujeitos, foram realizados recortes nas falas, podendo assim adequá-las nas temáticas previamente elaboradas.

Terceira etapa: Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação, os resultados brutos são submetidos a operações estatísticas simples ou complexas, que permitem colocar em relevo as informações obtidas. A seguir o analista apresenta inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico inicial ou abre novas pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas (MINAYO, 2014).

5 ANALISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Inicia-se este capítulo com uma descrição do perfil sociodemográfico e ocupacional dos sujeitos do estudo.

5.1 Perfil sociodemográfico dos sujeitos

Em seguida será apresentado o perfil sociodemográfico dos sujeitos em forma de tabela, vemos a seguir:

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos sujeitos

Variáveis	Número	Porcentagem (%)	Total
SEXO			
Homens	1	6,67%	
Mulheres	14	93,33%	100%
IDADE			
18 – 28	0	0%	
29 – 39	8	53,33%	
40 – 50	4	26,67%	
51 – 60	2	13,33%	
Mais de 61	1	6,67%	100%
ESTADO CIVIL			
Solteiro (a)	3	20%	
Casado (a)	11	73,33%	
União estável	1	7%	
Divorciado (a)	0	0%	
Viúvo (a)	0	0%	
Outro	0	0%	100%
FILHOS			
Zero	1	6,67%	
Um	6	40%	
Dois	4	27%	
Três	4	26,67%	
Quatro	0	0%	
Cinco ou mais	0	0%	100%
ESCOLARIDADE			
Ensino Fundamental Incompleto	0	0%	
Ensino Fundamental Completo	0	0%	
Ensino Médio Incompleto	0	0%	
Ensino Médio Completo	6	40%	
Ensino Superior Incompleto	4	26,67%	
Ensino Superior Completo	5	33,33%	
Pós Graduação Incompleto	0	0%	
Pós Graduação Completo	0	0%	100%

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Verificou-se um predomínio de ACS do sexo feminino (93,33%), com idade entre 29 a 39 anos (53,33%), casados (as) (73,33%), com um filho (40%). Na questão escolaridade pode-se observar uma predominância de ACS com Ensino Médio Completo (40%), podendo-se levar em consideração que 33,33% com Ensino Superior Completo e 26,67% com Ensino Superior Incompleto (cursando).

A presença feminina é marcante não somente entre as ACS, mas também em outras profissões da área da saúde, o que reforça a figura da mulher como papel de cuidadora na sociedade, como também a crescente feminização da força de trabalho na área da saúde. Há uma maior dificuldade na inserção do sexo masculino na profissão de ACS, pois há um constrangimento das mulheres em recebe-los em sua casa e conversar sobre determinados assuntos, o que dificulta o vínculo para realizar o trabalho efetivo (CASTRO et al., 2017; KRUG et al., 2017).

Assim como no estudo de Moreira et al (2016), a faixa etária dos sujeitos do presente estudo também mostra uma equipe mais experiente, com capacidade de contribuir de forma produtiva quando relacionada ao trabalho. Conforme Garcia (2017) é maior a probabilidade dos ACS com mais idade terem mais conhecimento sobre os problemas da comunidade, bem como maior vínculo e mais amizades.

Segundo Neves et al (2017) em um estudo realizado com ACS no qual grande parte desses possuem filhos e são casados, no qual percebe-se que uma relação estável pode ser um fator importante de apoio social, percebendo-se que a cumplicidade entre o casal proporciona afeto, e pensamentos positivos, que ajuda a melhorar a autoestima, no qual gera um compartilhamento de problemas e soluções.

Quanto a escolaridade, conforme verificou-se maior predominância do Ensino Médio Completo (40%), e seguido de Ensino Superior Completo e Incompleto (60%), pode-se observar a preocupação dos ACS em relação a qualificação profissional. Conforme Jorge et al (2015) a exigência de qualidade para realizar um serviço diferenciado e a competitividade crescente no mercado de trabalho estão incentivando os ACS à procura por maior escolaridade, permitindo que esses trabalhadores ampliem suas atividades com a ESF e melhor qualidade para orientação das famílias. Conforme a pesquisa de Garcia et al (2017) os ACS almejam outra inserção profissional, principalmente os mais jovens, o que estimula a procura de qualificação para outras funções que possam garantir uma maior rentabilidade financeira.

5.2 Perfil ocupacional dos sujeitos

A seguir apresentaremos os dados do perfil ocupacional dos sujeitos conforme ilustrados na tabela a seguir:

Tabela 2 – Perfil ocupacional dos sujeitos

Variáveis	Número	Porcentagem (%)	Total
UNIDADE DE TRABALHO			
ESF	8	53,33%	
EACS	7	46,67%	100%
ÁREA DE TRABALHO			
Urbana	1	46,67%	
Rural	7	46,67%	
Ambas as áreas	1	6,67%	100%
TEMPO DE TRABALHO			
Menos de 1 ano	1	6,67%	
1 ano	0	0%	
2 a 3 anos	0	0%	
4 a 6 anos	2	13,33%	
7 a 10 anos	6	40%	
Mais de 10 anos	6	40%	100%
TEMPO DE TRABALHO NA UNIDADE			
Menos de 1 ano	1	6,67%	
1 ano	0	0%	
2 a 3 anos	0	0%	
4 a 6 anos	3	20%	
7 a 10 anos	6	40%	
Mais de 10 anos	5	33,33%	100%
NÚMERO DE FAMÍLIAS			
Menos de 250	14	93,33%	
250 a 500 famílias	1	6,67%	
501 a 750 famílias	0	0%	
Mais de 750 famílias	0	0%	100%
VISITAS DOMICILIARES (por dia)			
Até 5	1	6,67%	
5 a 10	14	93,33%	
Mais de 10	0	0%	100%
VÍNCULO DE TRABALHO			
Concursado (a)	15	100%	
Contratado (a)	0	0%	100%
OUTRO EMPREGO			
Sim	1	6,67%	
Não	14	93,33%	100%

FONTE: Dados da pesquisa (2018)

Quanto a unidade de trabalho grande parte das ACS está vinculada a ESF (53,33%), com área urbana e rural com 46,67% e apenas um sujeito com ambas as áreas (6,67%) com tempo

de trabalho de mais de 7 anos (80%) em ESF. Quando relacionado ao tempo de trabalho neste ESF verificou-se predomínio entre 7 a 10 anos (40%) seguido de mais de 10 anos (33,33%).

Em um estudo realizado por Krug et al (2017) com agentes de saúde de 13 municípios da região central do Rio Grande do Sul, obteve-se maior frequência de ACS atuando em ESF (59,8%). O tipo de estratégia (ESF ou EACS) mostra relação com fatores da organização do trabalho, da falta de reconhecimento e relação socioprofissional, no qual demonstrou na pesquisa dos autores citados que o modelo de atenção pode influenciar os processos de trabalho dos ACS.

O estudo de Hoppe et al (2017) o predomínio de atuação das ACS era em área urbana (50,2%). As características do local de atuação influenciam no desenvolvimento do trabalho do ACS, tanto que pode ser citado realidades urbanas com altos índices de violência e exposição a doenças infecciosas, como também em áreas rurais ataques de animais e dificuldade de acesso. Assim, as péssimas condições de trabalho refletem em riscos à saúde do ACS, no qual podem comprometer a saúde física e psicológica destes trabalhadores. A diferença entre o trabalho em área rural e urbana refere-se à necessidade de planejamento conforme cada realidade, principalmente em relação as características sociais e geográficas (GOMES et a., 2015; HOPPE et al., 2017).

Guimarães et al (2017) em seu estudo observou que a maioria (55,19%) dos ACS estariam entre 10 a 14 anos atuando nesta profissão. O estudo de Santos e Farias Filho (2016) mostrou que o tempo de atividade da maioria dos ACS é de 5 a 10 anos (81,2%). Podemos perceber que o tempo de atuação revela que o entendimento de seu papel como ACS é edificado nas práticas do dia a dia. A atuação como ACS mostra que um dos aspectos positivos é a chance de poder aprender com a experiência na atividade de saúde, ampliando informações sobre a comunidade, sendo a maior contribuição para a ESF. Conforme Castro et al (2017) quanto ao ingresso dos ACS por concursos representa valorização profissional, estimula fixação no emprego e a redução da rotatividade.

Ainda quanto ao perfil ocupacional, o presente estudo mostrou uma predominância de ACS que atendem menos de 250 famílias (93,33%), sendo realizadas majoritariamente entre 5 a 10 visitas por dia (93,33%), onde 100% dos ACS são concursados (as), e que grande parte não possui outro emprego (93,33%).

Segundo Portaria nº 2.488 (BRASIL, 2011), que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece 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), conforme as especificidades da equipe de saúde da família, item II – o número de ACS deve

ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com máximo de 750 pessoas por ACS. Conforme estudo de Pedraza e Santos (2017) os ACS atendiam entre 170 a 219 famílias, no qual condiz com a média de famílias preconizada. A importância de os ACS não terem famílias em excesso na sua microárea é de garantir a realização das visitas mensalmente, como também as horas concedidas para esta atividade. A adequação na formação e na ligação de trabalho do ACS é imprescindível à melhoria da cobertura dos serviços de saúde no contexto do SUS.

O estudo de Costa et al (2013) que está em conformidade com um estudo realizado em Porto Alegre os ACS realizam entre 7 – 9 visitas domiciliares por dia. Segundo Garcia et al (2017), a visita domiciliar é a parte principal do trabalho do ACS, sendo prevista como uma das atribuições de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica. A frequência das visitas domiciliares baseia-se na recomendação da política mencionada com uma visita/família/mês, e os usuários com maior vulnerabilidade serão definidos com prioridade no acompanhamento feito pelo ACS.

O estudo de Castro et al (2017) mostrou que 95,77% dos ACS eram concursados, sendo desse modo incluídos no quadro definitivo de servidores, onde representa valorização da profissão, desprecarização do vínculo de trabalho, estimula a fixação no emprego e reduz a rotatividade. Um estudo de Jorge et al (2015) demonstra que outros tipos de vínculos, exceto concursos, são motivos de insatisfação e insegurança para estes profissionais.

O estudo de Fernandes (2016) mostrou que 88,7% dos ACS possuíam somente um emprego, no qual pode estar relacionado ao fato de que grande maioria dos ACS são mulheres, onde as mesmas possuem jornadas duplas e triplas de trabalho, pois além de terem o trabalho formal, tem que cuidar dos filhos, da casa e da família, portanto, possuem mais de um turno de trabalho. Podemos destacar que as mulheres têm atividades e responsabilidades do trabalho doméstico, portanto estão mais expostas a cargas de trabalhos maiores.

A seguir serão exibidos os cinco eixos temáticos, sendo eles: o trabalho e as atividades dos ACS na realidade investigada, aspectos facilitadores no trabalho do ACS no município, fatores dificultadores no trabalho do ACS no município, implicações das diferenças territoriais no trabalho do ACS, perspectivas dos ACS para minimizar as dificuldades no trabalho.

5.3 O trabalho e as atividades dos ACS na realidade investigada

Esta categoria temática demonstra o trabalho e as atividades desenvolvidas pelos ACS em um município de pequeno porte, analisando-se o contexto de trabalho em relação a outros espaços geográficos. Verificou-se que a maioria dos sujeitos entrevistados respondeu que uma das atividades mais realizadas são as visitas domiciliares, como podemos ver nas falas a seguir:

Meu trabalho então, eu procuro fazer minhas visitas [...]. Procuro esclarecer as pessoas, ou procuro ajudar, promovendo a saúde, porque muitas pessoas, as vezes elas não sabem como que ta acontecendo os atendimentos no posto [...], a agente entra em contato com a enfermeira pra saber qual o procedimento tomar, como que ta acontecendo os encaminhamentos da secretaria [...] (ACS 5).

Eu visito as famílias, dou orientação. Já fazem 11 anos que eu trabalho então a gente tem um conhecimento bem amplo porque a gente era capacitado e procuro esclarecer as dúvidas que eles têm, que eles me passam, que eles me perguntam e dar suporte a eles (ACS 2).

Conforme Morosini e Fonseca (2018), a atividade predominante dos ACS é a visita domiciliar (VD), que compreende o acompanhamento das condições de saúde das famílias, na busca ativa de situações específicas, orientam as famílias e informam sobre o funcionamento dos serviços de saúde. Segundo Andrade e Cardoso (2017), com relação as visitas domiciliares podem-se afirmar que durante esta atividade o acolhimento e o vínculo são fortalecidos, podendo construir um diálogo, conhecer as necessidades das famílias e auxiliar na resolutividade dos problemas. Segundo a Lei nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL), sobre as atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde, inciso quinto, que acompanha por meio de visitas domiciliares, em conjunto com a equipe, considerando critérios de risco e vulnerabilidade, de modo que as famílias com maiores necessidades sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês.

Em relação as prioridades de realização das visitas domiciliares as ACS referiram o acompanhamento aos idosos, gestantes, crianças e usuários acometidos por doenças crônicas, como vemos nas falas a seguir:

Eu acompanho as famílias onde tem idosos, hipertensos, diabéticos, acompanho as gestantes. Assim o público em geral da minha área que quiser me receber [...] (ACS 6).

Bom então, a parte principal do meu trabalho é as visitas domiciliares, o acompanhamento das famílias, as crianças, gestantes, hipertensos, diabéticos, enfim, toda comunidade da minha área de abrangência (ACS 13).

Conforme Kebian e Acioli (2014), o ACS deve realizar pelo menos uma vez ao mês uma visita domiciliar às famílias de sua microárea, porém quando isto se torna difícil, o ACS prioriza as visitas para alguns usuários. Pode-se perceber que no estudo dos autores citados, os relatos destes profissionais demonstram que as prioridades são dadas para hipertensos, diabéticos, soropositivos, gestantes, crianças menores de dois anos ou desnutridas, idosos, pessoas com hanseníase e pessoas em pós-operatórios. Este dado vai ao encontro dos critérios de prioridade embasados nos indicadores de saúde dos brasileiros, que possui índices elevados de mortalidade para estes grupos. A ausência de visita domiciliar mensal a todos os usuários pode ocasionar

que necessidades importantes não sejam identificadas na vida de outras pessoas, no entanto, percebe-se que há um esforço dos ACS em visitar os grupos prioritários em busca de zelar a saúde da população mais vulnerável.

Ainda nas visitas domiciliares, dentre algumas respostas dos sujeitos, houve referência a atuação do ACS como ouvinte de problemas e necessidades, enfatizando a atividade de escuta como importante no trabalho do ACS, no qual pode-se observar a seguir:

[...] em algumas casas a gente faz um trabalho de psicóloga, dependendo, o pessoal que é muito assim, muito é escuta. É muita carência, as vezes é ter alguém pra escuta, as vezes os familiares não tem tempo, eu tenho bastante pessoas idosas, muitas pessoas que moram sozinhos também, aí então quando a gente chega, a gente faz um pouco de tudo assim [...] (ACS 10).

[...] na verdade, a gente faz um pouco de tudo. Nós somos psicólogas, nós somos enfermeiras, nós somos nutricionistas, então o nosso trabalho ele abrange muita coisa [...] (ACS 9).

Tem casas que eu só vou pra escutar as mulheres que tem problemas assim com o marido, problemas em geral, não só os doentes (ACS 6).

Conforme Justo, Gomes e Silveira (2015), os ACS superam muitas vezes a condição simples de ser mensageiro ou portadores de informações técnicas entre a população e o serviço de saúde e passam a ouvir os pacientes. Percebe-se que escutar o paciente, valorizar suas inquietações, prestar atenção aos problemas, são ações que fazem da visita domiciliar uma troca intersubjetiva aberta destes usuários. Este encontro entre usuário e ACS conduzido pelo processo de entendimento mútuo acrescenta as orientações técnicas destes profissionais.

Segundo Santos (2018), a escuta se caracteriza pelo vínculo e acolhimento, que contribui de uma forma inovadora de cuidado pela sua forma facilitadora. A escuta pode ser uma forma estratégica para que o usuário encontre autonomia, inclusão social, em que pode ser um método de transformação no trabalho dos profissionais da saúde.

Segundo Feitosa et al (2017), é importante o trabalho das equipes de Saúde da Família, pois esta aproximação entre saúde e comunidade, propicia o vínculo com as mulheres e uma possibilidade de identificação de violência, acolhimento ou apoio e acompanhamento do desenrolar dos casos. Desta maneira, evidencia-se que há um despreparo dos profissionais da saúde em reconhecer e lidar com situações de violência. Do mesmo modo, é necessário que haja uma rede intersetorial funcionando para que o atendimento seja apropriado em toda sua complexidade, visto que somente o setor da saúde não atende todas as especificidades e as consequências da violência para as vítimas e a família. Pode-se perceber que a preocupação ainda está centrada na eliminação dos sintomas físicos, esquecendo a visão integral que possui o psicológico e o social que também precisam ser cuidados.

No que se refere a atividade de marcação de consultas como outra atividade muito citada pelos ACS, pode-se perceber que em grande maioria das respostas dos sujeitos, o agendamento é realizado para usuários idosos, como pode-se ver a seguir:

[...] a minha população são mais pessoas de idade, eu procuro orientar, marcar consulta [...] (ACS 11).

Assim, eu levo informações, sobre saúde, [...] vou a cada família a gente conversa, tem as pessoas com mais idade, adoram conversar [...], depende a pessoa a gente vê que ta muito ocupada [...], tu deixa pra lá, sai e volta um outro mês, mas sempre levando informações sobre saúde, encaminhando pra uma consulta (ACS 15).

Segundo Almeida, Marin e Casotti (2017) em seu estudo realizado com usuários no qual avaliou-se dimensões como a organização da porta de entrada, resolutividade e continuidade do cuidado, organização dos fluxos e acesso a rede de referência. Ficou evidente que a marcação de consultas era realizada pelos ACS em cerca de 48%, e 45% procuravam diretamente a UBS para atendimento. Conforme a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL), no item 4.2.6 sobre algumas atribuições comuns do Agente Comunitário de Saúde e de Combate a Endemias, alínea a, “VI - Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território”. Conforme alínea b, “V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendado”. Percebe-se que conforme a portaria, o ACS pode comunicar sobre consultas e exames, mas a lei referenciada não cita sobre a marcação de consultas como atribuição do ACS.

Segundo Engroff et al (2014), o ACS é o elo entre os idosos e o sistema de saúde, pois muitas vezes os mesmos encontram-se acamados, ou com dificuldade de se locomover até a unidade. No entanto, também existem os idosos que estão desassistidos pois não conhecem o que o sistema de saúde oferece, desse modo o ACS tem o papel importante de identificar situações de agravamento de saúde, levar informação e marcar consultas. As visitas domiciliares vão além de agendar consultas, em muitos casos é a porta de entrada que os usuários têm para buscar ajuda no sistema de saúde.

Durante as entrevistas, três sujeitos referenciaram a participação em grupos educativos, orientação e prevenção, no qual evidencia-se a seguir:

[...] além disso a gente participa dos grupos [...] (ACS 5).

[...] e nós trabalhamos com gestantes, com os grupos de hipertenso, nós trabalhamos com o grupo de saúde mental [...] (ACS 7).

Os grupos no cotidiano da Atenção Primária a Saúde (APS), constituem uma ferramenta de promoção a saúde, no qual integra a lista de orientação do Ministério da Saúde. Estas fazem parte dos procedimentos financiados pelo SUS, devido a serem consideradas ferramentas que ampliam o entendimento do usuário sobre seus problemas, em que favorecem uma qualidade de vida melhor. As atividades grupais podem auxiliar a monitorar a situação de saúde dos usuários, sendo uma ferramenta de racionalização do trabalho dos profissionais, pois diminui as consultas. No contexto da APS os grupos são regularmente utilizados para ações educativas, mas conforme o autor citado estes grupos estão mais focados em doenças e problemas de saúde, e não na utilização do potencial do grupo como agente de mudança e promoção da autonomia. Para facilitar o acesso dos usuários aos grupos, algumas equipes tendem a organizar as atividades dentro da comunidade, sendo elas em locais cedidos por moradores, igrejas, bares, ou quintais de casas (NOGUEIRA et al., 2016; KEBIAN, OLIVEIRA, 2015).

Conforme a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL), que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, em que estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), alínea b, “V - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades”. Percebe-se que conforme o inciso o ACS pode desenvolver ações que busquem integrar equipe e comunidade, seja por meio individuais ou coletivos, como por exemplo os grupos.

Em relação a orientação sobre a importância da realização das vacinas, dois sujeitos referiram como atividade de trabalho, como podemos observar a seguir:

[...] E as vacinas se tão com as vacinas em dias, e esse é o nosso trabalho (ACS 1).
É bastante coisa sim, a gente tem as campanhas [...] (ACS 1).

Conforme a Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018 (BRASIL):

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.

No artigo terceiro, parágrafo terceiro, inciso IV, que fala sobre a realização da visita domiciliar regular e periódica para acolhimento e acompanhamento: alínea c, da criança, verificando seu estado vacinal e a evolução de seu peso e da sua altura; inciso V, da realização das visitas domiciliares regulares e periódicas para identificação e acompanhamento: alínea c,

do estado geral da gestante, da pessoa idosa, e da população de risco, conforme sua vulnerabilidade e em consonância com o previsto calendário nacional de vacinação.

De acordo com Pacheco (2016), a vacinação é a maneira mais eficaz para a prevenção de doenças infecto contagiosas. As modificações atuais no calendário vacinal principalmente das crianças, tem gerado desconforto entre as ACS, que encontram dificuldade em interpretar o calendário vacinal das mesmas. Dessa maneira percebemos a importância de capacitações e treinamentos para estes profissionais sobre o calendário vacinal atual, devido as modificações ocorridas e a necessidade de identificar as vacinas em atraso.

5.4 Aspectos facilitadores no trabalho do ACS no município

Nesta temática serão apresentados fatores que facilitam o trabalho do ACS. Podemos observar que os ACS percebem o apoio do profissional enfermeiro, da secretaria de saúde e dos colegas de trabalho, como aspectos positivos no desenvolvimento do seu trabalho, como podemos ver a seguir:

Eu acredito que sim, que a gente tem uma boa equipe de trabalho, a nossa enfermeira é muito acessível, pra tirar dúvidas, tudo. A secretaria da saúde também, os colegas de trabalho que tem problema, que tem uma dúvida a gente pode ligar é sempre bem atendida. Bem resolvidos sempre (ACS 8).

[...] É ter uma enfermeira que me dá um suporte, e também ter as minhas colegas, que quando a gente tem um problema alguma coisa, a gente troca uma ideia pra ver o que elas fariam se tivesse essa situação. E a enfermeira também, qualquer coisa que a gente tem, a gente pode trocar uma ideia com ela, ela sempre tá junto, ela vai fazer visita pra ver como que tá a situação (ACS 5).

Conforme Kessler et al (2013), em sua pesquisa com ACS e a sua relação com o enfermeiro, evidencia-se que os mesmos refiram como boa (52,9%), muito boa (45,10%), e regular (1,96%). Pode-se salientar que esta boa relação com o enfermeiro pode estar ligada ao processo de organização do trabalho, coordenada e supervisionada pelo enfermeiro da unidade. Esta relação firma-se através do vínculo de respeito profissional, amizade, acolhimento e humanização, no qual beneficia o compromisso ético e a integralidade do desenvolvimento de suas ações de trabalho.

Segundo Moura e Silva (2015), percebe-se que a interação entre ACS e colegas de trabalho também potencializa seu trabalho, pois muitas vezes o ACS não consegue resolver os problemas, e busca apoio dos colegas para esclarecer dúvidas e orientar suas ações. Dessa maneira, pode-se perceber que embora pareça cotidiana a conversa entre os trabalhadores, pode ser uma maneira de aperfeiçoar o seu trabalho. Segundo Alonso, Béguin e Duarte (2018) as atividades entre ACS e os demais profissionais da equipe são consideradas positivas, pois permite a discussão de problemas cotidianos de forma horizontalizada em que possibilita o

compartilhamento das estratégias de trabalho. De acordo com Speroni et al (2016) o trabalho interdisciplinar e a relação com a gestão, proporciona saberes, e troca de experiências, tornando essencial no processo de planejamento e execução das práticas em saúde.

Percebe-se que grande parte das falas dos sujeitos são vinculadas a unidades de trabalho de ESFs, no qual fica evidente que estes percebem o apoio do profissional enfermeiro, colegas de trabalho e secretaria de saúde como fatores facilitadores do seu trabalho.

Pode-se observar que a confiança com os usuários é um fator que aparece nas falas dos sujeitos, tendo em vista a receptividade e o vínculo bastante evidentes, o que pode-se observar a seguir:

[...] a confiança das famílias. Acho que isso vale muito, confiaram em ti, contaram, desabafaram contigo. Porque as vezes tu tem que ser psicóloga, sabe quando tu chega nas casas e tem que ser psicóloga, e ouvir muita coisa. E saber que não vai sair de ti. Tu vai orienta mas não vai comentar. Tem que ter ética (ACS 4).

O que ainda me motiva a trabalhar como agente de saúde, eu acho que é a receptividade da maioria das pessoas que moram na minha comunidade. Eu sinto assim quando eu chego lá, eles me dizem assim “ que bom que tu veio”, “fazia tanto tempo que tu não vinha” ou “tava sentindo a tua falta”, então isso ainda me motiva a ser agente de saúde hoje. [...] (ACS 13).

Como o ACS reside em sua área de atuação, pode-se perceber que há um estabelecimento de vínculos e da construção da confiança com os usuários, que se sentem mais à vontade para conversar sobre suas dificuldades. Porém, para a construção desse vínculo com a comunidade, é preciso conhecer a realidade de cada família. Necessita se inserir na comunidade, para conhecer e reconhecer a realidade do usuário dos serviços de saúde local. Para conhecer a realidade dos usuários, é necessário coragem para entrar na vida de cada família, bem como dialogar com as diferenças e compreender as singularidades de cada ser humano, sem preconceitos ou verdades absolutas. O vínculo pode ser considerado uma forma de realizar troca de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, transformando-os para um ato terapêutico, por prezar a singularidade de cada usuário (GUANAES-LORENZI, PINHEIRO, 2016; ILHA et al., 2014).

Segundo Carli et al (2014), em sua pesquisa realizada com 11 ACS no Noroeste do Rio Grande do Sul, sobre as concepções de acolhimento e receptividade dos ACS, percebe-se que, grande maioria dos trabalhadores percebeu que receptividade é a forma que as famílias os recebem nas visitas domiciliares. Pode-se salientar que acolhimento vai além de receptividade, pois além de ouvir, é atender a todos em suas necessidades, o que remete um maior compromisso em sua profissão.

As reuniões de equipe também são fatores que facilitam o trabalho do ACS, pois há uma troca de informações entre os trabalhadores, como podemos observar a seguir:

[...] eu acho que uma coisa que facilita bastante também são as reuniões também [...]. Porque ali há uma troca; a gente troca bastante, há uma comunicação, informação, essas coisas assim facilitam, facilitam bastante (ACS 1).

Segundo Costa et al (2013) o ACS reconhece os problemas em sua microárea, e leva-os para discussão entre a equipe, na busca de uma intervenção. Isso só é viável quando há um momento de compartilhamento, permitindo que cada sujeito participe e fale pela comunidade. As reuniões em equipe podem ser um espaço para mobilização, permitindo avanços no sentido de aproximar as pessoas, permitir trocas, e facilitar as relações com a comunidade. Na pesquisa do autor citado anteriormente, cerca de 82,5% dos ACS referem reservar um tempo para a reflexão do trabalho em equipe. Conforme Kebian e Acioli (2014) a inclusão do ACS no planejamento, execução e avaliação das tarefas contribui para envolvê-lo nas diferentes atividades sob a responsabilidade de médicos e enfermeiros. As reuniões de equipe devem ocorrer semanalmente com o objetivo de discutir e organizar demandas da comunidade e de situações próprias do processo de trabalho. Este é um modo que permite reflexões sobre a prática e planejamento de ações, isto é, proporciona uma integração entre a equipe de saúde.

Ficou evidente que as reuniões de equipe são fatores facilitadores evidenciado por um sujeito vinculado a um ESF, no qual percebe-se que está de acordo com a facilidade sobre o apoio do profissional enfermeiro, secretaria de saúde, e colegas de trabalho exposta principalmente por sujeitos vinculados a ESFs.

Pode-se observar também que os dispositivos tecnológicos e de informatização facilitam o trabalho dos mesmos, como pode-se observar a seguir:

[...] olha o que vai facilitar o nosso trabalho são os tablets que a gente tá esperando, tá esperando, diz que vai vim (ACS 6).

Com a obrigatoriedade do e-SUS em 2016, a quantidade de informações coletadas aumentaria consideravelmente, necessitando de uma evolução na forma trabalhar. Sendo o e-SUS uma maneira de reestruturar as informações da Atenção Primária à Saúde, modernizar a plataforma tecnológica, com principal objetivo de informatizar as Unidades Básicas de Saúde, e ampliar o cuidado e melhorar o acompanhamento da gestão. Porém, para a utilização do e-SUS, é necessária adequação do espaço físico, instalação de roteador com internet, e reservar um tempo para digitação dos dados no sistema (OLIVEIRA, 2016; ANDRADE, 2016).

Conforme Andrade (2016) a grande quantidade de papel utilizado, é somado a necessidade de digitação como já citado anteriormente, e isto é um problema que afeta o Brasil inteiro. Desta maneira, com a evolução tecnológica e o surgimento de novos equipamentos e seu barateamento, os ACS também poderiam utilizar tablets para o seu trabalho. Portanto, é de

suma importância que a área da saúde tenha acesso a todos os tipos de ferramentas para o levantamento, acompanhamento e principalmente transmissão de informações para fomentar suas ações. Segundo Silva (2014) o tablet é um dispositivo pessoal em forma de prancheta que pode ser usado para o acesso à internet, organização pessoal, visualização de fotos, vídeos, leitura de livros, jornais, entre outras coisas.

As capacitações também são facilitadores no trabalho do ACS, pois acrescentam mais conhecimento para o sujeito e beneficia os usuários, como podemos observar a seguir:

Quando tinham as capacitações, que eram capacitações mensais, com profissionais que iriam tratar de diversos temas, que eram escolhidos no início do ano, isso faz uma grande diferença, ou quando tu participa de alguma palestra, algo que possa te acrescentar mais conhecimento que tu já tem. Não que tu não busque, mas o profissional que venha, sabe, porque assim, tu pode ouvir 50 vezes a mesma coisa, mas vem alguém e fala de uma forma diferente tu vai compreender também de uma forma melhor ou diferente pra ti pode passar pro teu paciente, pras pessoas que tu atende, isso faz a diferença. Essa é uma das partes positivas [...] (ACS 9).

Segundo Nascimento (2017), capacitação está ligada a motivação, pois a partir do momento em que o sujeito responde positivamente a este processo, através de acertos, o mesmo se sente seguro e motivado para realizar seu trabalho. É característico do ser humano aplicar o que aprendeu no seu dia a dia, saciando sua necessidade de satisfazer suas curiosidades e de crescer pessoal e profissionalmente. Capacitar, então, não significa apenas treinar, fazer similar ou aprender. Seu significado é muito mais extenso, abrangendo dimensões integrais do aprimoramento, mobilizando e transformando sua cultura local. Portanto, a capacitação deve permear todos os níveis hierárquicos e não apenas “algumas partes isoladas”, pois além de não surtir efeitos benéficos, pode comprometer a estrutura organizacional do local. Conforme o autor citado, verifica-se que de 60,23% dos ACS que estão há mais de cinco anos nesta profissão, demonstra necessidade de promover capacitações para a melhoria da qualidade das visitas domiciliares, pois através do aprendizado vem a motivação. Percebe-se neste mesmo estudo que 89% dos ACS referem um maior entrosamento entre os profissionais após as capacitações.

Percebe-se que a pró-atividade e a autonomia dos usuários nas ações de assistência é um fator que facilita o trabalho do ACS, como podemos ver a seguir:

As pessoas assim, a grande maioria dos que eu visito[...] eles vão atrás assim, sabe? Eles procuram, eles te ajudam, muitos não esperam só pela gente. Claro, tem aqueles casos assim que, eles esperam o agente de saúde. Mesmo assim ele sabendo que não é atribuição nossa de agenda consulta, de ir atrás de medicamento, coisa assim [...] (ACS 10).

Segundo Andrade e Cardoso (2017) é importante que o ACS amplie a produção da autonomia nos usuários, sendo este um sinal de saúde. Neste sentido, percebe-se que o ACS

deve realizar um trabalho em que os usuários tenham posturas ativas em relação as suas necessidades. No estudo do autor percebe-se o oposto da fala do ACS acima, em que há um distanciamento entre o trabalho real do ACS e as propostas legais das atividades realizadas pelos mesmos, isto é, permanecem atuações pautadas em modelos assistencialistas/tutelares e assistencialistas.

Os grupos educativos e a presença de profissionais como do NASF são fatores facilitadores que aproximam os usuários a equipe de saúde:

Assim, que facilita um pouco, que eu acho, [...] é os grupos que a gente tem, que a gente reúne todos [...], a gente consegue os profissionais de fora, tem do NASF, dai eles vão lá, orientam, tem a enfermeira, ali a gente faz artesanato, a gente conversa, eles conversam, contam sobre outras coisas [...] (ACS 14).

Segundo Mendonça e Nunes (2015), os grupos educativos se tornam uma ação estratégica, pois implicam a criação de vínculos entre os membros, comunicação, objetivo comum e relação de interdependência. Há abertura de processos criativos, visto que permite a interação com os outros, pois combina a hierarquia com a totalidade dos demais membros do grupo. Há diversos benefícios na criação de grupos terapêuticos, como por exemplo, a construção de conhecimentos de forma inovadora, relação com o usuário e troca de experiências comuns, desenvolvimento de diálogo entre os usuários do grupo, e diminuição de consultas médicas. Desta maneira, esse estudo realizado com 121 profissionais vinculados à ESF de um município do estado do Paraná, demonstrou que cerca de 70% das unidades oferece grupos de educação em saúde, visto que os mais envolvidos nestes grupos são os ACS e enfermeiros.

Percebe-se que a atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), vem ao encontro de aumentar o escopo das ações das ESF por meio de uma equipe multidisciplinar, e de novas estratégias de gestão do trabalho em saúde. O NASF, tem como fundamento a integralidade do cuidado aos usuários, com uma visão ampla da clínica, isto é, a saúde depende além dos fatores biológicos, cuja atuação dos trabalhadores da saúde devem levar em conta e intervir. Assim, as ações dos profissionais da ESF e do NASF devem desenvolver em conjunto a discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações de promoção e prevenção a saúde. Percebe-se que a prioridades nos grupos educativos não são apenas os conteúdos a serem discutidos, mas a criação de espaços de aprendizagem coletiva (SILVA, 2016).

Outro fator facilitador é que a pequena distância até a residência dos usuários facilita o acesso do ACS:

O que facilita [...] é que a minha área de abrangência é pequena, é bem legal assim, é bem bom porque, eu tô na comunidade o tempo todo assim[...] são todos próximos de mim (ACS 11).

Conforme Alonso Béguin e Duarte (2018), morar próximo as casas é um ponto positivo na vida do ACS, pois o mesmo consegue aliar o emprego formal próximo de sua residência, principalmente para as mulheres, que representam a maioria nesta categoria de trabalhadores, pois possibilita conjugar o cuidado da família, e da casa com suas atribuições profissionais. Binda, Bianco e Sousa (2013) percebem que grande parte dos ACS refere que, “apesar das dificuldades, gosta de atuar nesta função, pois com a pequena distância ainda conseguem almoçar em casa e ver os seus filhos crescerem” (p. 400). Isto é, além de terem o vínculo com a comunidade, há algumas características desse trabalho que vão ao encontro dos valores prezados por estes trabalhadores.

Por outro lado, um sujeito do estudo percebe que a proximidade das residências pode ser um fator dificultador:

Pra mim facilita porque eu sou bastante conversador, e eu nasci na comunidade daí é mais fácil interagir com as pessoas. É bom e é ruim também, porque as vezes eles não respeitam o espaço da gente, por a gente ter se criado ali. (ACS 12).

Conforme Riquinho et al (2017), o fato de morar e trabalhar próximo a comunidade pode se situar entre facilitador e dificultador, pois cuja facilidade está na proximidade entre as casas, e não depender de transporte coletivo. Contudo, há dificuldades relacionadas a este fator, pois diferente de outros profissionais quando terminam seu trabalho, vão para casa, estes trabalhadores, permanecem sendo solicitadas nas demandas de saúde, e sendo questionadas sobre os serviços de saúde. Outro quesito importante de salientar, é a privacidade dos usuários, pois as vezes os mesmos podem se sentir constrangidos por sentirem que estarão sendo atendidas pelo seu vizinho e não por um profissional.

Conforme a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 (BRASIL), em que no Art. 6º, I, o ACS deve residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público. Segundo Alonso, Béguin e Duarte (2018), o ACS ao morar na comunidade tem a vida exposta, pois muitas vezes são procurados fora do horário de trabalho, finais de semana, e em espaços de convivência da comunidade, sobrecarregando o trabalhador. Desta maneira, fica evidenciado que da mesma maneira que o ACS invade a vida privada dos usuários, o mundo privado desses trabalhadores também é invadido, tendo que muitas vezes estes profissionais criarem estratégias de enfrentamento para tais situações.

5.5 Fatores dificultadores no trabalho do ACS no município

Nesta categoria temática apresenta-se relatos de situações complexas ou difíceis no trabalho do ACS. A grande maioria dos sujeitos respondeu que a falta de resolutividade das ações é um fator dificultador no trabalho, como vemos nas falas a seguir:

Ah que eu acho, quando tu leva um problema e não tem solução. Que chega na pessoa responsável, não sai, não tem solução ali [...], e daí a gente não tem o que fala com a pessoa [...] não tem interesse, em resolver (ACS 14).

Dificulta o trabalho que deixam a gente preocupado e triste é nós trazermos os casos, e a gente fazer a nossa parte de todos os encaminhamentos, [...] e não ter um retorno. Tu faz a tua parte que daí tu pode ir só até determinado ponto. O resto da cadeia, [...] o resto do grupo não dá resolução daquilo ali [...] porque a gente acha pouco entende? [...] (ACS 9).

Segundo Krug et al (2017) muitas vezes percebe-se uma insatisfação no trabalho relacionado aos ritmos e normas do trabalho imposto. A insatisfação refere-se a uma diferença do trabalho prescrito e do trabalho real. Esta diferença permite uma reflexão sobre as barreiras enfrentadas pelos ACS em seu cotidiano de trabalho, permeando uma contradição no que se reflete no fazer dos trabalhadores, que muitas vezes não conseguem realizar a ação desejada ou prescrita. Dessa maneira, é necessário padronizar as formas de organização do trabalho, que devem sempre deixar uma maneira de serem retrabalhadas, em razão das renormatizações presentes. Assim sendo, o trabalho real não se dá por meio da aplicação e execução de normas específicas, é, na verdade o resultado das renormatizações.

Outro quesito abordado pelos sujeitos foi a distância entre as residências dos usuários do serviço de saúde, ficando evidente que alguns trabalhadores utilizam meios de transporte para se deslocar, como podemos observar nas falas a seguir:

É só o difícil acesso, mas assim, as famílias, adoro todo mundo [...] só o difícil acesso, muitas vezes tem que ir com o carro porque é muito longe, distante, sabe? Tem casas longe uma da outra, mas só isso [...] (ACS 4).

[...] só a distância. Que tem algumas famílias que são bem distantes na área rural (ACS 8).

Os ACS muitas vezes possuem um território muito extenso, tendo uma grande distância para percorrer, onde muitas vezes não possuem carro em tempo integral, sendo um modo complementar para meio de deslocamento. Pode-se salientar que na área rural, um dos principais desafios é o acesso as casas, pois geralmente são distantes ou mesmo inacessíveis. (DO NASCIMENTO et al., 2017; ALMEIDA BAPTISTINI, MARTINS DE FIGUEIREDO, 2014). Segundo Santos et al (2015), em seu estudo com sete ACS ficou evidenciado que uma das maiores dificuldades no seu cotidiano de trabalho é a distância entre as casas,

principalmente em área rural. Desta maneira, Lima et al (2016), ressalta que a distância entre as casas é um dos fatores que dificulta as visitas domiciliares e aumenta a demanda espontânea na ESF, no qual interfere na garantia da integralidade da atenção, em que requer novos métodos e propostas para reorientação assistencial individual e coletiva dos usuários.

Pode-se evidenciar que a falta de união e entrosamento da equipe é um fator que dificulta o trabalho dos entrevistados, podendo-se observar nas falas a seguir:

[...] também no início [...], a equipe era mais unida, a gente tinha mais abertura. Hoje assim a gente enfrenta uma dificuldade bem grande. [...] a gente não tem muito pra quem buscar, assim tu tem um problema uma coisa, tu não tem muito pra quem perguntar [...] (ACS 10).

Eu vejo como dificuldade assim nos últimos tempos [...] a falta da equipe. Falta mais entrosamento, falta mais união de equipe. Muitas vezes eu me sinto isolada lá na minha área, algumas informações que eu gostaria de passar pra minha comunidade eu fico sabendo as vezes através por eles. [...] (ACS 13).

O trabalho em equipe é um fator limitador do trabalho do ACS, quando falta a articulação das suas ações com a de outros profissionais, pela falta de flexibilização das relações, dificulta a troca entre os sujeitos. A atuação e o desempenho das ACS estão ligados ao desenvolvimento das atividades em equipe, isto é, também dependem dos outros membros da equipe. A falta de entrosamento prejudica o andamento do serviço, ocasionando insatisfação dos usuários, quando não são atendidos nas suas demandas. Pode-se ressaltar que se o trabalho não for coeso a articulação entre os membros da equipe fica fragilizada. Assim, problemas de comunicação e organização da equipe, prejudicam momentos de trocas, planejamento, discussão e avaliação. No qual, sugere-se que para a melhoria do processo de comunicação uso de linguagem fácil e acessível, a valorização do conhecimento individual, e o envolvimento de toda a equipe nas reuniões e nas decisões participavas. (ALONSO, BEGUIN, DUARTE, 2018; RIQUINHO et al., 2017; DO NASCIMENTO et al., 2017).

Percebe-se que as falas expostas são de sujeitos da unidade de trabalho vinculados a EACS. Conclui-se que as opiniões dos sujeitos dos ESF vão de encontro com a opinião dos sujeitos vinculados ao EACS.

Pode-se perceber também que a falta de recursos (veículos) e profissionais para realizarem as visitas domiciliares juntamente com os ACS também foi abordado, como podemos observar na seguinte fala:

[...] sem contar também por exemplo, a falta de carro pra fazer visita, ou de ter profissionais possam ir até a casa das pessoas pra prestar algum auxílio diferente, porque diferente da cidade e do interior são coisas diferentes (ACS 9).

Ultimamente tá um pouco complicado a nossa situação, porque a nossa enfermeira não faz visita com nós [...] (ACS 2).

As visitas domiciliares podem servir para criar vínculos afetivos com os pacientes, principalmente para os que não conseguem se locomover. É importante salientar que as visitas domiciliares podem ser um aspecto positivo para a aproximação dos profissionais, permitindo que abram espaços para comunicação e diálogos entre saberes e práticas (ROCHA et al., 2017). Conforme uma pesquisa realizada por Lima e Lopes (2016) em relação a limitações e fragilidades para realizar as visitas domiciliares por outros profissionais, destes 31,82% relataram que a maior dificuldade é de a unidade não possuir veículo próprio e os domicílios muitas vezes serem de difícil acesso, porém 68,18% relatam que não há dificuldade de realizar as visitas. Desta maneira, o autor mencionado cita que a visita domiciliar é uma ação de caracterização leve, no qual não necessita de máquinas ou equipamentos para realizar o cuidado ao indivíduo, porém necessita de suporte, e a única exceção é da necessidade de veículo para deslocamento até a zona rural. A visita domiciliar é um espaço para orientação, educação em saúde, prevenção de doenças, estimular o autocuidado e reabilitação.

A dificuldade de realizar visitas domiciliares mensalmente para todos da área ou não encontrar as pessoas em casa também é outro fator dificultador citado durante as entrevistas, no qual podemos observar na fala a seguir:

O horário assim a questão das visitas também, porque eu não posso visita todo mundo, todo mês [...] (ACS 11)

Encontrar as pessoas em casa, tem uma parte da minha área [...], que pouca gente eu visito porque são pessoas que não usam o SUS e por isso trabalham o dia todo. Só tem empregada em casa, e tem umas que não querem receber, porque elas acham que não tem necessidade (ACS 6).

Conforme Ferraz e Aerts (2005), para a maioria dos ACS, não é possível realizar a visita domiciliar em todas as casas durante o mês, pois o número de famílias é muito elevado. Essa situação ficou evidente no estudo do autor citado, pois os trabalhadores priorizam as famílias que necessitam de um maior acompanhamento, como por exemplo, gestantes, puérperas, crianças, idosos, e com doença mental. Assim, há necessidade de readequar a atividade de visita domiciliar de acordo com a característica da população de cada território, como também é necessário o resgate junto a equipe sobre a importância desta prática. É possível que com a grande carga de doenças e da necessidade de certos grupos populacionais, o número de famílias sob a responsabilidade de cada equipe, exceda a sua capacidade de resposta, necessitando de um redimensionamento do número de profissionais que atuam em cada ESF. Segundo Santos et al (2015) a dificuldade de encontrar as pessoas em casa, tendo de retornar diversas vezes para encontra-las em casa são enigmas rotineiros, no qual muitas vezes não depende só deles para

solucioná-los. Por este motivo é imprescindível que para enfrentar essas dificuldades de rotina, é necessário fortalecer o contato pessoal com os usuários.

Percebe-se que muitas vezes o ACS precisa enfrentar fatores climáticos para realizar suas visitas domiciliares:

[...] até a questão das chuvas, que as ACS, a gente trabalha, não interessa se tá chovendo ou não tá chovendo [...]. A tem aqueles dias bem torrencial que a gente se molha, e no inverno, tudo essa questão, e assim a gente pode ficar em casa, organizando material, quando é muita chuva, mas não sempre [...] (ACS 1).

[...] se a gente pensasse assim, inverno e verão, o verão é muito quente, as vezes eles tão a pé [...] (ACS 13).

Os profissionais que atuam nas equipes de Saúde da Família realizam algumas atividades externas, mas dentre estes, os profissionais que mais atuam externamente são os ACS, na maior parte do tempo nas visitas domiciliares. Assim, por causa das tarefas que realizam, estes trabalhadores ficam expostos ao sol e a chuva. Podendo destacar que a exposição ao sol pode acarretar queimaduras, manchas brancas, textura rugosa na pele, massas escamosas e até tumores (LIMA et al., 2010; MALCHER et al., 2019). No estudo de Lima et al (2010) cerca de 69,24% dos ACS ficam expostos a mais de cinco horas no sol, sendo que 100% dos mesmos ficam expostos em horário crítico, isto é, entre 10 e 15 horas.

Durante as visitas domiciliares, os ACS, muitas vezes, convivem com muita proximidade com os problemas dos usuários, o que causa o sofrimento dos mesmos, como podemos ver na fala a seguir:

Porque muitas vezes eles te questionaram, ah não pega o problema pra ti, não faz isso, as coisas não são assim, mas o problema é que eu sempre digo assim, a gente está na casa, a gente tá enxergando, [...], e a gente é humano. Eu acredito assim, que a pessoa que vê, que enxerga, todo mês, toda semana, a pessoa sente o problema. [...]. Sofro pelas pessoas (ACS 5).

Segundo Moura e Silva (2015) muitas vezes o sofrimento dos ACS referente aos usuários está atrelado a resolutividade pois constantemente o profissional fica inquieto diante do sofrimento de outra pessoa, principalmente por não conseguir fazer algo que ajude. A limitação do ACS o entristece, por não poder diminuir sua angustia. Como fica evidenciado na pesquisa do autor com seis ACS sobre o levantamento de sentidos e experiências do cotidiano de trabalho, ficando evidente a afetividade com o usuário, onde o profissional precisa estar presente nos momentos delicados, e ajudar o usuário a enfrentar os problemas. Segundo Alonso, Béguin e Duarte (2018) frequentemente o ACS por trabalhar em populações carentes, os problemas sociais são mais comuns, no qual aumenta a carga emocional relacionada ao trabalho, tanto pela dificuldade de manejo, como pelo fato de que muitas vezes o ACS compartilha desses problemas, pois também moram na mesma comunidade. Desta maneira este

trabalhador fica mais vulnerável a situações de conflitos se comparados com os outros trabalhadores da ESF que não circulam tanto pelas comunidades, desse modo, o ACS precisa criar maneiras de enfrentamento dessas situações.

A falta de capacitações é outro quesito citado como um suporte que ajudava no aprendizado e na retirada de dúvidas, como vemos a seguir:

[...] E uma coisa que a gente tinha muito era as capacitações que isso ajudava muito nós, e a gente ta sentindo bastante falta assim. De que não tem mais, então era uma coisa que a gente ia aprendendo, por mais que a gente já tinha, a gente nunca sabe tudo [...]. Tirava duvidas [...]. Que nem muitas doenças novas [...] (ACS 10).

Segundo Almeida et al (2017) as capacitações têm grande importância frente as ações executadas diariamente pelas ACS, pois são estes profissionais que estão representando o serviço de saúde, e muitas vezes eles se encontram sozinhos nas abordagens por que muitas vezes desconhecem fatos que fogem da sua capacidade técnica. Pode-se salientar que o ACS muitas vezes é questionado com diversos assuntos e dúvidas, mas certamente este profissional não é obrigado a ter todas as respostas, mas deve saber direcionar os problemas que surgem e dar retorno quando necessário, estes quesitos fazem parte da credibilidade e aceitação que o ACS precisa ter para desenvolver sua rotina. Desta maneira as capacitações diárias auxiliam o trabalho, porém, nas primeiras capacitações o ACS pode sentir dificuldades que podem ser devidas à inserção no trabalho muitas vezes sem experiência e com falta de entendimento dos gestores no que concerne à importância das intervenções praticadas pelos ACS. Desta forma, é necessária qualificação permanente, incorporando novos elementos à pratica e aos conceitos prévios, como uma maneira de transformação da realidade.

Pode-se observar também que há dificuldades relacionadas a comunicação devido à baixa escolaridade do usuário, o que pode dificultar o entendimento pelas informações fornecidas pelo ACS, como podemos observar a seguir:

Pra mim nem seria uma dificuldade, eu acho ruim assim muitas vezes a pessoa não entender o que a gente diz, por ter baixa escolaridade ou coisa assim, tipo fui numa casa e disse pra pessoa tu vai fazer uma consulta, que faz tempo que tu não consulta, tu pede um check up completo. [...] isso é uma dificuldade de as vezes a pessoa tem problema, e nem sabe que tem porque não pede. Como é que vai descobri que ele tem alguma doença se ele não fez nenhum exame, fez dois, colesterol e o da diabete (ACS 12).

Conforme Amorim et al (2014), o cuidado dado para os usuários que utilizam o serviço deve ser acolhedor, de modo que os usuários se sintam livres para expressar suas necessidades em todas as dimensões. Para tanto, o ACS precisa utilizar linguagem acessível, comportamento aberto, receptivo e esclarecer dúvidas. Segundo Lopes et al (2015), o acesso da comunidade e a forma de recepciona-lo são pontos importantes que devem ser revistos e aperfeiçoados no âmbito da prática e da organização dos serviços de saúde. A insuficiência do cuidado ao usuário

reflete a falta de comunicação entre profissionais e população, o que acaba ocasionando que as reais necessidades deste último sejam reconhecidas, onde dificulta a diversificação das práticas de atenção em saúde e fazem que os serviços se organizem de forma limitada de procedimentos.

Pode-se observar que a falta de valorização do ACS torna o trabalho mais difícil, fazendo com que o trabalhador pense em desistir da profissão, como podemos observar na fala a seguir:

Eu digo que esse último ano foi um ano bem difícil pra mim, eu pensei várias vezes em mudar de profissão, em desistir da caminhada. Por esses fatos que eu falei de a gente não ter esse retorno, da gente não ter essa valorização, mas eu acho que poderia aproximar mais, poderia resultar em muito mais retorno pra comunidade. A gente poderia criar “N” coisas pra valorizar esse povo, pra trazer eles pra dentro do serviço de saúde, pra fazer realmente uma saúde de qualidade. Eu sinto que dá pra fazer mais, não sei se é uma expectativa um pouco alta a minha, mas eu acredito que daria sim pra fazer mais diferença (ACS 13).

Segundo Fogaça, Tombini e Campos (2017), grande maioria das reclamações sobre a falta de valorização são relacionadas a gestão, e menos sobre a comunidade, que faz com que os ACS se sintam impotentes perante alguns determinantes sociais de saúde, percebendo-se impossibilitados de promover saúde e melhorar a qualidade de vida dos usuários. A precarização das relações de trabalho, falta de incentivos, pressão por metas e reconhecimento pessoal são alguns dos fatores que levam o ACS a se sentirem desmotivados e abandonarem a profissão. Conforme o autor citado, em sua pesquisa realizada com 28 ACS de uma cidade de Santa Catarina, sobre a valorização profissional do ACS, a grande maioria dos trabalhadores citou a desvalorização profissional principalmente relacionada a muita cobrança (50%), em seguida de questões relacionadas à remuneração e atividade (17,85%), falta de recursos (17,85%), e falta da atividade (17,85%).

5.6 Implicações das diferenças de territórios no trabalho do ACS

Nesta categoria temática serão analisadas as implicações de diferentes territórios geográficos no trabalho do ACS.

Inicialmente serão abordados dados relativos ao trabalho do ACS nos territórios urbanos e rurais e suas características. Com relação a esse aspecto, a maioria dos sujeitos percebe que as distâncias percorridas nas visitas domiciliares na área rural e na urbana constituem-se como a principal diferença:

Eu acredito que a diferença é a distância eu acho assim. Que na cidade as casas são mais próximas (ACS 10).

Eu acho que tem mais dificuldade do pessoal na área rural. Devido à distância (ACS 6).

Pode-se perceber que os ACS que atuam em áreas rurais convivem com situações que são específicas do seu trabalho, destacando-se as longas caminhadas e as ruas esburacadas, o que ocasiona, custos físicos durante suas atividades, pelas distancias percorridas e pelas especificidades geográficas existentes nestas áreas. Já em áreas urbanas apesar da distância ser menor, há frequentemente locais com maior pobreza e vulnerabilidade social, no qual os expõem a situações de violência (MEIRA-MASCARENHAS, ORNELLAS-PRADO, HENRIQUE-FERNANDES, 2012; SANTOS, HOPPE, KRUG, 2019; KRUG et al., 2017). Conforme Meira-Mascarenhas, Ornellas-Prado e Henrique-Fernandes (2012) em seu estudo com 361 ACS, sobre o impacto das dores musculoesqueléticas, percebe-se que a região mais acometida foram os membros inferiores, coluna e membros superiores, evidenciando que grande parte destes, são de área rural, devida as longas distancias percorridas, no qual são uma fonte potencial de dor e diminuição da qualidade de vida do trabalhador.

Outra diferença evidenciada pelos sujeitos foi a maior dificuldade na área rural de encontrar as pessoas em suas residências devido ao trabalho no cultivo agrícola:

Ai eu nunca trabalhei na área rural. Mas eu acredito pelo pessoal que trabalha mais na roça, as vezes é bem difícil, tu chegar e dar com a porta da casa fechada, e a gente já aqui da cidade, como eu na minha área eu consigo assim chego e não ta ali, tem a outra próxima tá ali logo, eu chego. [...] (ACS 3).

Eu acredito que o trabalho na área rural seja mais dificultoso em função de deslocamento [...]. Se eu chegar numa casa que hoje na minha área urbana, eu chegar na casa e a pessoa não tiver em casa, logo do lado eu já encontro outra pessoa, e eles não (ACS 13).

Conforme Almeida Baptistine e Martins de Figueiredo (2014) em áreas rurais durante os períodos de colheitas a rotina de sair bem cedo de casa e voltar apenas ao cair da noite, é muito comum. No entanto, esta rotina dificulta o trabalho do ACS, que durante esses períodos se tornam mais difíceis de encontrarem as pessoas em casa. Pode-se que perceber uma semelhança no estudo do autor e deste estudo, pois conforme os relatos dos sujeitos da pesquisa a maioria das famílias que reside em área rural tem suas atividades relacionadas a agricultura, e é de onde tiram seu sustendo, e mesmo em períodos fora da colheita, os membros da família passam o dia nas lavouras. Desta maneira, é necessário que esses profissionais encontrem maneiras diferenciais para cumprir atividades, como por exemplo no estudo do autor, que cita os ACS fazerem trocas e ficarem em casa um dia da semana e realizarem suas visitas domiciliares aos sábados ou domingos. No estudo de Bezerra e Feitosa (2018) o fato de os ACS muitas vezes não encontrarem as pessoas em casa ainda pode estar relacionada ao modelo biomédico de atenção à saúde, no qual fica evidente que muitos usuários ainda buscam mais as práticas curativas e medicalizantes, e o ACS surge como um profissional que atua na prevenção e

promoção da saúde não corresponde a este modelo de atenção na sociedade. Por isso, estes trabalhadores devem se sentir preparados para se inserir na comunidade de maneira que possa estabelecer uma relação profissional, e compreender as demandas e necessidades da comunidade.

Outro aspecto referido pelos entrevistados é o de que as pessoas residentes nas áreas rurais são mais receptivas e acolhedoras nas visitas domiciliares, em relação a área urbana:

E ainda eu acho que na cidade as pessoas já tão mais armadas, elas não, a gente encontra uma resistência maior assim, as pessoas do interior, são aquelas pessoas que tão lá, que gostam duma visita, que são mais acolhedoras (ACS 5).

[...] ao mesmo tempo no interior é tudo mais acessível, as pessoas te recebem melhor que na cidade (ACS 2).

Segundo Do Nascimento (2017) em seu estudo realizado em área urbana, os ACS ao chegarem nas residências enfrentaram problemas de não serem bem recebidos pelas famílias, portões fechados, ou sobretudo de os usuários não quererem ser incomodados pelos ACS. Percebe-se que este fato vem ao encontro de que grande maioria dessas famílias tem um maior poder aquisitivo, mais acesso aos planos de saúde privados, ou mesmo medo de situações associadas a violência e roubo. Os ACS precisam aprimorar suas habilidades comunicacionais para abordarem os usuários de sua abrangência de acordo com as demandas de cada usuário. Por isso o profissional deve cuidar o tom de voz, dimensão verbal e não verbal, discurso precursor, gestos e postura, considerando que o mesmo esta adentrando na privacidade de sua família e residência. Deste modo, quando as ações de comunicação são bem trabalhadas nas visitas domiciliares, ela se apresenta de forma verdadeira e sem constrangimentos.

Os dados do estudo acima citado estão em sintonia com os encontrados no presente estudo, já que segundo as falas dos sujeitos grande parte dos que citaram melhor acolhimento e recebimento dos usuários, são famílias de área rural.

Os dados a seguir abordam dados relativos ao trabalho do ACS nos territórios de municípios de pequeno e grande porte e suas características. Percebe-se que os sujeitos do estudo citaram que a proximidade entre usuários e equipe de saúde é mais evidente em municípios de pequeno porte:

[...] município pequeno todo mundo se conhece, mais fácil de conhece, tem mais conhecimento entre as pessoas, não tem tantas desconfianças, [...] acho que até no recebimento [...]. Porque na cidade, as pessoas as vezes tão mais com pressa, elas vejam muitas pessoas, e no interior, bem no interior elas vejam o agente de saúde, elas nossa, é como uma visita mesmo, eu acredito que seja, porque lá eles estão sem ver gente, eles tão louco pra falar, pra desabafar, pra mostrar seus remédios, essas coisas, pra se comunica [...] (ACS 1).

Com certeza. Eu acredito que no pequeno porte a proximidade das pessoas [...] (ACS 2).

Conforme estudo de Baralhas e Pereira (2015) em um município de grande porte do estado de São Paulo, a maioria dos ACS percebe que tem maior dificuldade nas relações interpessoais, especialmente com os usuários de maior poder aquisitivo, o que dificulta as suas ações com a família. Percebe-se também que, em relação as famílias possuem planos privados de saúde, dificulta a aceitação das visitas domiciliares, no qual, muitas vezes, não os recebem, fechando janelas e portas, o que deixa o trabalhador frustrado. Conforme estudos de Andrade e Cardoso (2017) em uma cidade de médio porte do interior de São Paulo, os ACS percebem que, por meio das visitas domiciliares, os usuários os veem como amigos, ou mesmo uma pessoa de confiança para se compartilhar até mesmos os problemas.

Os estudos acima ratificam os dados do presente estudo, pois pode-se perceber, conforme as falas dos sujeitos, que em municípios de pequeno porte quando comparados com municípios de grande porte, as pessoas são mais atenciosas, menos desconfiadas.

Percebeu-se também que alguns sujeitos relataram a falta de recursos materiais nos municípios de pequeno porte como característica diferenciadora em relação ao trabalho de municípios de porte maior:

Olha, as diferenças que nós temos visto, não relacionadas ao trabalho em si, mas relacionadas a valorização, principalmente nós aqui do Sul com relação ao nordeste que são homéricas, homéricas mesmo, porque lá no mutirão da dengue, eles recebem auxílio transporte, [...] eles têm material pra trabalhar, eles tem identificação, nós aqui nem crachá nós não temos (ACS 9).

Ah diferença, o trabalho é praticamente o mesmo. Talvez no grande porte eles devem ter mais estrutura, mais verba, pra equipar melhor o agente de saúde. E a gente no município pequeno, as vezes falta recursos. As vezes a gente tem falta de material, as vezes a gente não tem bem equipado pra trabalhar. [...] (ACS 10).

Conforme Pelegrini, Castro e Drachler (2005) a distribuição de recursos financeiros, estabelecida pela política de Municipalização Solidária de Saúde (MSS), da secretaria do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS), examina a potencialidade de desconcentrar recursos, de acordo com o tamanho da população e do nível de desenvolvimento humano municipal. Demonstra que há uma desigualdade nos recursos, porém, esta desigualdade atendeu os municípios de menor porte, os quais considerou-se como os que mais precisaram de recursos para suprir as necessidades de saúde da população. Salienta-se que esta concentração dos recursos financeiros nos municípios de menor porte, contrapõem-se as políticas que eram aplicadas no Brasil em que estes recursos eram distribuídos para grandes aglomerados urbanos. Percebe-se que a grande capacidade desta política é para a desconcentração de recursos para municípios que necessitam ter potencializados seus serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida da população.

Percebeu-se que as questões de violência foram fatores citados, no qual diferem os municípios de grande porte dos de pequeno porte:

Eu acho que existe uma dificuldade nos municípios maiores, devido a segurança dos agentes comunitários de saúde, devido à violência nas grandes cidades (ACS 6).

[...] seria mais fácil numa cidade menor do que numa cidade maior. Eu acredito que em função de violência também [...], mas eu acho que é diferente sim [...] (ACS 13).

Conforme Alonso, Béguin e Duarte (2018) em seu estudo realizado em grandes centros urbanos, sobre ACS expostos a violência, demonstrou que estes profissionais trabalham em regiões onde a violência está relacionada principalmente ao tráfico de drogas e ao crime organizado. Principalmente, porque os ACS trabalham e habitam no mesmo território, ficando mais vulneráveis quando comparados aos outros trabalhadores da equipe que ficam mais na ESF. Desta maneira, o ACS precisa muitas vezes construir estratégias para enfrentar essas situações. Segundo Kebian e Acioli (2014) em seu estudo realizado no município do Rio de Janeiro com enfermeiros e ACS, salienta-se que as áreas de violência estão mais evidentes em áreas pobres, no qual muitas vezes o acesso aos domicílios fica limitado devido ao medo de caminhar nestas áreas.

Desta maneira, percebe-se que os autores citados estão em concordância com as falas dos sujeitos do presente estudo, pois em cidades maiores há uma predominância de maior violência, percebe-se que nestes lugares fatores ligados a violência afetam as visitas domiciliares.

Percebeu-se que fatores culturais foram referidos por uma ACS, salientando que existem diferenças entre áreas urbanas e rurais e entre municípios de pequeno porte e grande porte:

Eu acho que existe [...] porque dependendo da área e do município, porque se é um município grande, esse município, pra atender vários bairros, as pessoas tem outra cultura [...] (ACS 1).

A cultura é uma dinâmica sendo modificada mediante reflexões e consecutivas variações de hábitos influenciados por outras culturas e também pelo saber que emerge uma sociedade. Percebe-se que uma das dificuldades que se refere ao relacionamento entre equipe de saúde e comunidade são as expressões culturais de cada família, que podem interferir no cuidado com a família e nas ações de promoção de saúde (BRAND, ANTUNES, FONTANA, 2010; LARA, BRITO, REZENDE, 2012). Conforme estudos de Campos et al (2014) em uma cidade de grande porte do estado de São Paulo, realizada com usuários, em que alguns desses demonstram que o acesso a consulta é demorado e muito burocrático, já outros relatam que não obtiveram dificuldade em conseguir uma consulta médica, percebe-se que esta diferença de opiniões pode ser devido ao nível educacional, a aspectos culturais e crenças de cada indivíduo. Desta

maneira, vemos que a troca de diálogos entre os profissionais e a população é importante para que possa ser construído de forma compartilhada conceitos sobre saúde-doença, e na construção de novos saberes e sentidos sem que haja imposição e persuasão pela autoridade profissional.

Segundo Lara, Brito e Rezende (2012) o conceito de cultura significa valores, normas e concepções que são classificadas corretas. Pode-se dizer que a vivência da cultura são os ritos, rituais e histórias que são compostos por significados que são compartilhados e interpretados no cotidiano. No estudo do autor citado, percebe-se que em áreas rurais está vinculado as questões religiosas, as crenças e os costumes relacionados a ervas medicinais e chás. Verifica-se também, que os ACS possuem costumes e crenças que compartilham com os usuários, complementando as prescrições biomédicas de maneira que possa garantir a melhora do cuidado com o usuário. Fica evidenciado que grande parte dos usuários acreditam que as práticas não convencionais são a primeira opção antes de procurarem ajuda no medico do serviço saúde. Porém salienta-se que a identidade da pessoa, as formas de lazer, o trabalho, e até o tipo de comida que consome podem influenciar nas questões culturais, pois os significados alcançados pelas práticas, situam os sujeitos dando sentido à existência e aquilo que se é.

Pode-se observar também que um dos sujeitos relatou que os ACS de municípios de grande porte permanecem muitas vezes dentro da Unidade de Saúde:

Sim, tem. Porque [...] o trabalho deles é diferente, parece diferente, mas o salário é o mesmo. [...] eles convivem mais no posto do que nas visitas, eles quase não vão fazer visita nas casas [...]. Ficam mais dentro da unidade. Chamam mais o povo pra dentro da unidade (ACS 14).

Conforme Costa et al (2013) nesse estudo desenvolvido em uma cidade de grande porte de Minas Gerais, os ACS muitas vezes assumem funções administrativas dentro das unidades, como marcação de consultas, agendamento de exames, conferencia de estoques, entre outros. Pode-se explicar isso porque há uma falta de recursos humanos para atender a demanda do serviço, por isso, o ACS muitas vezes é colocado dentro das unidades para auxiliar. Segundo Almeida et al (2017) o trabalho do ACS muitas vezes sofre distorções pela falta de delimitação das atribuições que o mesmo deve executar, isso torna o trabalho deste profissional exaustivo, pois o mesmo deixa de realizar as suas visitas domiciliares que são sua principal atribuição, para realizar outras atividades. Conforme Almeida Baptistini e Martins de Figueiredo (2014), em um município de pequeno porte do Espirito Santo, mesmo com as chegadas das chuvas os ACS enfrentam o mau tempo e preferem seguir a rotina das visitas domiciliares, do que ficarem dentro das unidades, sendo que muitas vezes o acesso aos domicílios são difíceis e distantes.

Evidencia-se dentre as respostas, o fato de os municípios de grande porte serem extensos, e não conseguirem dar a assistência necessária para todos os usuários:

[...] no de grande porte talvez a distância, talvez por ser grande não dá aquela atenção necessária diretamente a quem precisa (ACS 2).

Segundo Albuquerque e Bosi (2009) em seu estudo realizado em Fortaleza (CE), com usuários sobre as visitas domiciliares feitas por ACS, profissionais enfermeiros e médicos, no qual evidencia-se que as visitas por estes profissionais e algo esporádico, e com duração reduzida. Para os usuários, estes profissionais demoram para conseguir realizar as visitas domiciliares devido à grande demanda de usuários que necessitam de visitas. Conforme estudos de Leite et al (2016) em um município de médio porte, sobre visitas domiciliares de ACS em usuários com doenças crônicas, principalmente idosos, também não conseguem realizar um cuidado maior, devido a outras demandas que são convocadas. Percebe-se que com estes estudos, mesmo em municípios de grande porte e de menor porte, é difícil conseguir atender a todos, pois as demandas e as atividades que são desenvolvidas pelos ACS são variadas.

5.7 Perspectivas dos ACS para minimizar as dificuldades no trabalho

Nesta categoria temática, apresentam-se sugestões para minimizar as dificuldades existentes no trabalho do ACS. Observou-se que a união da equipe, fortalecida por espaços como as reuniões, foi citada por vários ACS como sendo o principal fator que minimizaria suas dificuldades:

As reuniões em equipe, acho que primeiro lugar, senta e conversar, e união acho assim que tinha, sei lá, se voltasse a ter de novo assim, a gente se sentia mais seguro assim também, tu ia com mais certeza, com mais propriedade do que tu tava orientando e falando, que as vezes tu fala e tipo, bah eu vou atrás busca, aí a gente não tem muita resposta. [...] (ACS 10).

[...] precisa integração entre equipe, de fato puxa quem tá lá na base o agente de saúde, conectar com quem tá digamos no topo da equipe que seria o médico, juntar todo mundo, fazer uma reunião de equipe, não precisa ser muito frequente, mas eu acho que lá uma vez no mês já seria importante. Junta uma hora ali, coloca os casos mais importantes e debate. Eu acho que isso ia resultar numa saúde de mais qualidade pra comunidade (ACS 13).

Conforme Kebian e Oliveira (2015) o enfermeiro realiza várias atividades administrativas, dentre elas as reuniões de equipe, sendo um momento de troca, podendo auxiliar no direcionamento das práticas de cuidado e de atenção à saúde de qualidade. Desta maneira, Garcia et al (2017) percebe que as reuniões de equipe têm sofrido dificuldades, pois há um desenvolvimento meramente técnico, sendo observados estes momentos geralmente para transmissão de informações e não para expressar opiniões ou a percepção de outros membros da equipe, em caráter apenas informativo. A reunião de equipe está entre uma das atividades que os ACS mais participam, sendo que deve ser um momento de encontro dos trabalhadores

para construção de novos saberes, reflexão das práticas e vivência coletiva no trabalho, ou até uma atividade burocrática, como o fechamento de atividade mensal da unidade.

Percebeu-se que grande parte dos sujeitos referiu que as atividades de capacitações são importantes para a construção de conhecimento, como percebe-se a seguir:

Eu acho assim que uma das coisas que falta pra nós, como agentes de saúde, a gente ter as capacitações, como a gente tinha anteriormente, que seria pra gente ficar mais a par dos assuntos, do que está acontecendo na nossa realidade. Que quando a gente tem um problema, alguma coisa, a gente pesquisa na internet, ou a gente vai até o posto, e antes a gente tinha mensalmente uma capacitação, aonde a gente trabalhava temas, que era nós mesmos que escolhíamos. Acho que seria isso (ACS 5).

Eu acho que precisa capacitações, a gente tem que tá munido de informação, a todo momento a saúde muda muito [...] (ACS 13).

Percebe-se que muitas vezes no cotidiano os ACS se deparam com situações diferenciadas, e precisam de um suporte efetivo na equipe para evitar fragilizações em suas ações. Apesar da importância desse trabalhador, pouco se investe em suas qualificações (MARCIAZEKI-GOMES et al., 2016). Dessa maneira, as capacitações têm papel relevante no trabalho do ACS, visto que é capaz de proporcionar conhecimento sobre o processo de saúde-doença e sobre outros saberes que ajudam na interação com as famílias. Por isso, é essencial que este profissional seja capacitado para desenvolver suas atribuições e dessa forma, gerar resultados positivo na vida das famílias (FRACOLLI, GOMES, CHIESA, 2016).

Verificou-se que alguns sujeitos percebem que o respaldo da gestão diminuiria suas dificuldades de trabalho, desta maneira, conseguindo dar mais retorno para a comunidade:

No meu trabalho [...], é a questão da unidade de saúde, a gente ter mais respaldo, da saúde mesmo, da secretaria. Eu acho que seria bem interessante, que amenizaria bem mais os problemas da gente (ACS 1).

Eu acho que o que falta pra nós é o trabalho em rede. Porque assim, as vezes tu tem um problema tu passa pra um e vai pra enfermeira, a enfermeira passa pra outro, chega num ponto que tu não consegue resolver [...], tu chega nos lugar, nas casas tu não tem resposta pra dar. Isso que seria bom [...] (ACS 7).

Percebe-se que a gestão tem influência sobre as condições de trabalho do ACS, pois muitas vezes os limites impostos pela mesma levam o ACS a condições de estresse, tristeza e sobrecarga de trabalho, devido à grande demanda psicológica para realizar as tarefas. Assim também, como o trabalho em rede, ou seja, a falha na comunicação entre os serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Salienta-se que esta deficiência na comunicação entre os serviços de saúde dificulta o seu trabalho, o que causa angustia nos ACS, sentindo-se muitas vezes impotentes (RIQUINHO et al., 2017; HOPPE et al., 2017; KRUG et al., 2017).

Verificou-se que há necessidade de meios de transporte para a realização das visitas domiciliares de outros profissionais da saúde aos usuários:

[...] pra amenizar, minimiza isso [...] o que o pessoal muito pede, é carro [...], que isso ali nunca vai ter. Tem, mas quando tem eles já tá destinado a outro lugar, então o pessoal pede muito isso, porque tem o médico que vai nas casas, as vezes o dia que é pra ir, as vezes, o carro teve que fazer uma outra coisa [...] (ACS 3).

A busca de incentivos pros profissionais [...], pra que tenha carro pra fazer visita [...], porque não é só melhorar pra mim, não tem, não existe como melhorar o meu serviço, e só o meu serviço, precisa melhorar o serviço como um todo [...] (ACS 9).

Conforme Luz et al (2016) em sua pesquisa realizada com enfermeiros de uma unidade de saúde, a maior dificuldade para a realização de visitas domiciliares é a falta de transporte ou mesmo o custeio das despesas com combustível. Segundo Moura et al (2015) e Luz et al (2016) a disponibilidade de transporte para a realização das visitas domiciliares é muito importante na Atenção Domiciliar, entretanto, nem sempre está disponível, as vezes atrasam as visitas agendadas, ou em certos casos não está disponível para realizar todas as visitas programadas. Desta maneira, as visitas domiciliares realizadas por outros profissionais contribuem para o conhecimento da realidade de cada família, facilitando as ações de planejamento de saúde.

Percebeu-se que o fornecimento de materiais necessários para melhorar as condições de trabalho, entre elas as vestimentas, também é importante para a diminuição das dificuldades existentes:

[...] e eu também creio que grande coisa que facilita bastante é material, que eles fornecessem mais material, mais condições de trabalho, por exemplo, a gente ter uniforme, a gente ter uma jaqueta no inverno. Aqueles dias que tá chovendo, a gente ter uma sombrinha, não é pedir muito (ACS 1).

Muitas vezes o ACS cria expectativas sobre o trabalho imaginado e o produzido, pois este profissional cria uma expectativa em relação a sua competência no sistema de saúde, conjuntamente com a vontade de realizar suas tarefas de modo satisfatório, contudo as condições de trabalho podem impedi-los de realiza-las. A insuficiência de materiais para desenvolver suas atribuições, ou mesmo para proteção individual, como por exemplo, sapatos, camisas, calça, crachá, capas de chuva e protetor solar, pode gerar desgaste e prejudicar seu trabalho pela falta de boas condições. Dessa maneira, é importante conhecer as percepções dos ACS sobre as suas condições de trabalho, para compreender quais fatores interferem no seu trabalho (BENDER et al., 2016; GOMES et al., 2015; BRAND, ANTUNES, FONTANA, 2010).

Verificou-se a importância de o enfermeiro realizar as visitas domiciliares juntamente com os ACS, o que ajuda a verificar a realidade de cada família:

[...] ah tem uma, tem um que eu gostaria [...]. Quando eu comecei a trabalhar [...] era um jeito, também há quase 18 anos atrás, a enfermeira fazia as visitas nas casas com

nós [...]. Era diferente, agora a gente não tem mais isso [...], é ver a realidade de cada problema [...] (ACS 14).

Conforme Do Nascimento et al (2014) os ACS durante as visitas domiciliares identificam os problemas, porém, pode haver a necessidade de acompanhamento de outros profissionais, como por exemplo, de profissionais enfermeiros. De acordo com o autor, os ACS percebem que há uma relação carente entre as visitas domiciliares e os enfermeiros, pois, a maioria destes dão prioridade ao atendimento dentro das unidades de saúde. Devido a essa ausência, muitas vezes, as famílias acabam exigindo cuidados que não competem a suas atribuições. Portanto, segundo Da Silva Conceição et al (2019) a assistência no domicílio deve ser de forma humanizada, para o fortalecimento entre profissional-paciente, envolvendo também a família seja nos cuidados como no apoio afetivo, favorecendo também a diminuição de internações hospitalares. É por meio destas visitas que o enfermeiro consegue avaliar as condições sociais e familiares em que vive o usuário, realizar busca ativa e realizar medidas assistenciais adequadas, com base na promoção a saúde.

Percebeu-se que um dos sujeitos referiu que a humanização e o acolhimento dos profissionais aos usuários deve ser melhorado:

[...] a gente sempre espera coisas melhores, mas, eu digo no SUS assim porque eu acredito que o SUS é o melhor plano de saúde que tem, porque tu precisou qualquer dia, qualquer hora, é de graça. Eu acredito que teria que melhorar o tipo dos profissionais, não todos, mas tu ser mais bem acolhido quando tu chegar numa consulta ou na portaria, porque já passa por ali, tu já chega meio ruim e ainda tem um péssimo atendimento muitas vezes ne, porque não da pra banalizar que existe “pessoas e pessoas”. E, assim, que eu vejo maior dificuldade nos médicos, porque falta aquele olhar. [...] E não é por dinheiro, porque todo mundo ganha razoavelmente bem, só valeria mais a pena se atendesse melhor. Eu penso assim (ACS 12).

Segundo Baralhas e Pereira (2015), em seu estudo com ACS, percebeu-se que há uma importância no acolhimento, vínculo e na humanização com os usuários, visto que, há uma ausência dessas práticas nos serviços. Percebe-se que este fato, se deve ao despreparo dos profissionais no atendimento, principalmente nas recepções, no qual é onde acontece os primeiros contatos com os usuários. Desta maneira, fica evidente que é necessário que a equipe entenda quais as necessidades de saúde de cada indivíduo, e para que isso aconteça, são essenciais a escuta e o vínculo dos profissionais para com os usuários. Percebe-se que estes fatores, muitas vezes, são responsáveis pela descontinuidade do trabalho, causando a diminuição da credibilidade do usuário no atendimento da unidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Agentes Comunitários de Saúde estão em contato com a realidade de cada família e levam informações sobre saúde para os usuários.

Percebe-se que as principais atividades desenvolvidas pelos ACS foram as visitas domiciliares, marcação de consultas, orientações sobre as vacinas e a participação em grupos educativos. Ressalta-se que a marcação de consultas não está entre as atribuições determinadas pelo Ministério da Saúde no trabalho do ACS.

Dos dados analisados pode-se perceber que suas principais potencialidades no trabalho são o suporte dado pelo profissional enfermeiro, secretaria de saúde, e pelos colegas de trabalho, no qual são essenciais para auxiliar nas retiradas de dúvidas e para proporcionar apoio no desenvolvimento do seu trabalho. Outros aspectos facilitadores que ficaram evidentes foram a receptividade e o vínculo dos sujeitos com as famílias, e as capacitações que auxiliam no crescimento profissional, pois aumentam a motivação e a segurança para realizar as visitas domiciliares. Já no que diz respeito as dificuldades no trabalho do ACS, percebe-se a falta de resolutividade das ações como um dos fatores que traz insatisfação para os sujeitos do estudo. Pode-se salientar que a falta de entrosamento entre a equipe, a falta de recursos materiais, entre eles veículos para a realização das visitas domiciliares juntamente com os ACS, são fatores que causam sofrimento e estresse no trabalho destes profissionais, muitas vezes, deixando-os desmotivados e insatisfeitos.

Assim, percebeu-se que quando abordados as principais diferenças no trabalho do ACS em áreas urbanas e rurais, destaca-se que a distância percorrida em área rural é maior quando comparada a áreas urbanas. Cabe também ressaltar a dificuldade de encontrar as pessoas em seus domicílios durante as épocas de cultivo agrícola. Identificou-se que a proximidade com os usuários dos serviços de saúde em município de pequeno porte foi apontada pelos ACS, estabelecendo vínculos de maior confiança e atenção entre os mesmos. Ficou evidente que muitos também percebem que há uma falta de recursos materiais nos municípios de pequeno porte quando relacionado ao trabalho, nos de grande porte, entretanto, ficou evidente que, grande parte dos recursos financeiros são distribuídos conforme a necessidade do município.

Nesse sentido, observou-se durante a realização da presente pesquisa que há poucos estudos relacionados ao trabalho dos ACS em municípios de pequeno porte e em áreas rurais, ficando mais evidentes estudos em municípios de grande porte ou em áreas urbanas. Desta maneira, vê-se a importância de realizar pesquisas relacionadas ao trabalho destes profissionais nestes espaços, no sentido de minimizar as dificuldades, aumentando sua motivação e

diminuindo o estresse. Salienta-se a importância de estudar o trabalho desses profissionais em diferentes territórios para ampliar o conhecimento dos mesmos, da comunidade e da equipe sobre as suas atribuições, para a valorização e reconhecimento da profissão.

Conclui-se, dessa forma, que as potencialidades e dificuldades no trabalho dos ACS deste estudo são semelhantes a outros estudos realizados em diferentes espaços geográficos, porém, características territoriais do município de pequeno porte implicam em maiores dificuldades no trabalho das ACS.

Sendo assim, entende-se que a realização deste estudo pode contribuir para melhoria no conhecimento sobre as atribuições do ACS, suas potencialidades e dificuldades em áreas urbanas e rurais e municípios de pequeno porte quando comparadas a municípios maiores, como podemos ver neste estudo. Na área da Enfermagem é importante estudar e conhecer mais sobre o trabalho desta categoria, as principais fragilidades e suas demandas. São estes trabalhadores que tem vinculação direta com os usuários, conhecem suas realidades, medos, angústias e hábitos culturais. Mostra-se imprescindível, que não somente a área da Enfermagem, mas todas as áreas da saúde no âmbito da Atenção Básica conheçam seu trabalho, podendo assim observar que estes também precisam de cuidados físicos e psicológicos.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, D. U. et al. Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde sobre seu trabalho com adolescentes. *Saúde em Debate*, v. 38, p. 254-226, 2014. Disponível em <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2014.v38n101/254-226/>> Acesso em 18 de abril de 2019.
- ALMEIDA, P. F.; MARIN, J.; CASOTTI, E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 15, n. 2, p. 373-398, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462017000200373&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em 04 de abril de 2019.
- ALMEIDA, A. M. et al. Dificuldades dos agentes comunitários de saúde na prática diária/Difficulties of the communitarian agents of practical health in the daily one. *Revista médica de Minas Gerais*, v. 26:e-1800, 2017. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2081>> Acesso em 14 de abril de 2019.
- ANDRADE, V. M. P.; CARDOSO, C. L. Visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde: concepções de profissionais e usuários. *Psico-USF*, v. 22, n. 1, p. 87-98, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712017000100087&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 11 de setembro de 2018/27 de março de 2019.
- ANDRADE, Fábio Dias de. *Implantação de tablets para melhoria do trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Projeto Técnico (Especialização em Gestão em Saúde), Universidade Federal do Paraná, Curitiba – PR, 2016. Disponível em <<https://www.acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/51663/R%20-%20E%20-%20FABIO%20DIAS%20DE%20ANDRADE.pdf?sequence=1>> Acesso em 20 de abril de 2019.
- ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, p. 1103-1112, 2009. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2009.v25n5/1103-1112/pt>> Acesso em 16 de maio de 2019.
- ALONSO, C. M. C.; BÉGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. C. M. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Rev. Saúde Pública*, v. 52, p. -, 2018. Disponível em: <http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-S1518-87872018052000395/0034-8910-rsp-S1518-87872018052000395-pt.x83745.pdf> Acesso em 17 de setembro de 2018/12 de abril de 2019.
- ALMEIDA BAPTISTINI, R.; MARTINS DE FIGUEIREDO, T. A. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. *Ambiente & Sociedade*, v. 17, n. 2, 2014. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/317/31731560005/>> Acesso em 11 de setembro de 2018/12 de abril de 2019.
- BARALHAS, M.; PEREIRA, M. A. O. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, p. 358-365, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000300009> Acesso em 20 de agosto de 2018/17 de abril de 2019.

BENDER, K. G. et al. Condições e modificações no processo de trabalho: concepções de Agentes Comunitários de Saúde. *Revista Jovens Pesquisadores*, v. 6, n. 2, 2016. Disponível em: < <https://online.unisc.br/seer/index.php/jovenspesquisadores/article/view/7283/5409>> Acesso em 12 de novembro de 2018.

BEZERRA, Y. R.N.; FEITOSA, M. Z. S. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 813-822, 2018. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n3/1413-8123-csc-23-03-0813.pdf>> Acesso em 01 de maio de 2019.

BINDA, J.; BIANCO, M. F.; SOUSA, E. M. O trabalho dos agentes comunitários de saúde em evidência: uma análise com foco na atividade. *Saúde e Sociedade*, v. 22, p. 389-402, 2013. Disponível em < https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902013000200011&script=sci_arttext&tlng=en> Acesso em 25 de abril de 2019

BRAND, C. I.; ANTUNES, R. M.; FONTANA, R. T. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. *Cogitare enfermagem*, v. 15, n. 1, 2010. Disponível em < <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17143/11285>> Acesso em 15 de maio de 2019.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 22 out. 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em 04 de abril de 2019.

_____. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei n. 11350, de 5 de outubro de 2006, que dispõe sobre as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 155, n. 5, p. 1-2, 8 jan. 2018. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11350.htm> Acesso em 07 de abril de 2019.

_____. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da emenda constitucional nº 51, de 14 fev. 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 5 out 2006. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm> Acesso em 25 de abril de 2019.

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Gabinete do Ministro, 2017. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em 29 de setembro de 2018.

_____. DATASUS – Tecnologia de Informação a Serviço do SUS. DATASUS. População residente por situação segundo município – Rio Grande do Sul, 2010. Disponível em < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popRS.def>> Acesso em 10 de junho de 2019.

BRAGA, G. M. A. M. et al. Percepção do trabalho do agente comunitário de saúde pelos usuários atendidos nas unidades básicas de saúde da família de Viçosa, MG: tarefas realizadas e normas prescritas. *Oikos: Família e Sociedade em Debate*, v. 27, n. 1, p. 79-95, 2016. Disponível em: <<https://oikos.ufv.br/index.php/oikos/article/view/200/203>> Acesso em 04 de outubro de 2018.

BROCH, D. et al. Vivências de prazer e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde. *Cienc Cuid Saude*, v. 17, n. 2, 2018. Disponível em <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/39287/751375137968>> Acesso em 20 de agosto de 2018.

CARLI, R. et al. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 23, n. 3, 2014. Disponível em <<https://www.redalyc.org/html/714/71432144010/>> Acesso em 20 de abril de 2019

CASTRO, T. A. et al. Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 25, n. 3, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2017nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201700030190.pdf>> Acesso em 05 de março de 2019.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde em Debate*, v. 38, p. 252-264, 2014. Disponível em <<https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2014.v38nspe/252-264/pt>> Acesso em 15 de maio de 2019.

COSTA, S. M. et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 2147-2156, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232013001500030&script=sci_arttext> Acesso em 12 de março de 2019.

DE ALMEIDA, Alexandre Nunes. A demanda por serviços de saúde dos idosos no Brasil em 1998. *Anais*, p. 1-21, 2016. Disponível em <<http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/anais/article/download/1255/1219>> Acesso em 29 de maio de 2019.

DA SILVA CONCEIÇÃO, A. et al. Ações da enfermeira na visita domiciliar da atenção básica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 20, p. e441-e441, 2019. Disponível em <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/441/279>> Acesso em 24 de maio de 2019.

DE SOUZA FARIA, M. et al. A prática extensionista com agentes comunitários de saúde: relato de experiência. *ANAIS SIMPAC*, v. 8, n. 1, 2017. Disponível em: <<https://academico.univicoso.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/view/615/763>> Acesso em 26 de outubro de 2018.

DE BRITO PITILIN, E.; LENTSCK, M. H. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, n. 5, p. 726-732, 2015. Disponível em <<https://www.redalyc.org/pdf/3610/361042235003.pdf>> Acesso em 28 de maio de 2019.

DORNELAS, R.; GIANNINI, S. P. P.; FERREIRA, Lésle Piccolotto. Dia Mundial da Voz em notícia: análise das reportagens sobre a Campanha da Voz no Brasil. In: *CoDAS*. 2015. p.

492-497. Disponível em <
https://www.researchgate.net/profile/Rodrigo_Carmo2/publication/285904335_Dia_Mundial_da_Voz_em_noticia_analise_das_reportagens_sobre_a_Campanha_da_Voz_no_Brasil/links/56fb2c3808aef6d10d905491/Dia-Mundial-da-Voz-em-noticia-analise-das-reportagens-sobre-a-Campanha-da-Voz-no-Brasil.pdf> Acesso em 05 de abril de 2019.

DO NASCIMENTO, V. F. et al. Dificuldades apontadas pelo agente comunitário de saúde na realização do seu trabalho. *Saúde (Santa Maria)*, v. 43, n. 1, p. 60-69, 2017. Disponível em: <
<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/23119>> Acesso em 12 de abril de 2019.

ENGROFF, P. et al. Agentes comunitários de saúde: atuação em benefício dos idosos. *Revista da SORBI*, v. 2, n. 1, 2014. Disponível em
 <http://www.sorbi.org.br/revista/index.php/revista_sorbi/article/view/19/26> Acesso em 03 de abril de 2019.

FEE-RS. Perfil Socioeconômico - Municípios:Sobradinho. Disponível em:
 <<https://www.fee.rs.gov.br/perfil-socioeconomico/municipios/detalhe/?municipio=Sobradinho>> Acesso em 20 de setembro de 2018.

FEITOSA, A. L. X. et al. Atendimento a mulher que sofre violência doméstica na Estratégia de Saúde da Família. In: *Congresso Internacional de Enfermagem*. 2017. Disponível em:
 <<https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/6030/2384>> Acesso em 02 de abril de 2019.

FERNANDES, Gilmara Aparecida Batista. *Demandas psicológicas, controle e apoio social no trabalho de agentes comunitários de saúde*. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- Mestrado) -Universidade de Juiz de Fora, Juiz de Fora – MG, 2016.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, p. 347-355, 2005. Disponível em
 <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2005.v10n2/347-355/pt>> Acesso em 15 de abril de 2019.

FRACOLLI, L. A.; GOMES, M. F. P.; CHIESA, A. M. Percepções dos agentes comunitários de saúde sobre as ações de promoção da saúde. *Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde)*, v. 14, n. 47, p. 49-54, 2016. Disponível em
 <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3497/pdf> Acesso em 24 de maio de 2019.

FOGAÇA, C. A.; TOMBINI, K.; CAMPOS, R. A valorização profissional do agente comunitário de saúde. *Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar*, v. 6, n. 2, p. 77-93, 2017. Disponível em: <<http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/1471/795>> Acesso em 05 de novembro de 2018/19 de abril de 2019.

GARCIA, A. P. et al. Agente comunitário de saúde no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 15, n. 1, p. 283-300, 2017. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462016005004102&script=sci_abstract&tlng=es> Acesso em 30 de agosto de 2018/05 de março de 2019.

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

Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2016.v21n8/2537-2546/pt>> Acesso em 27 de agosto de 2018.

GOMES, M. F et al. Riscos e agravos ocupacionais: percepções dos agentes comunitários de saúde. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 7, n. 4, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/5057/505750948030/>> Acesso em 09 de março de 2019.

GUANAES-LORENZI, C.; PINHEIRO, R. L. A (des) valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 2537-2546, 2016. Disponível em <<https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n8/2537-2546/en/>> Acesso em 20 de abril de 2019.

GUIMARÃES, M. S. A. et al. Estratégia saúde da família e uso racional de medicamentos: o trabalho dos agentes comunitários em Palmas (TO). *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, i. 15, n. 1, p. 183-203, jan./abr. 2017. Disponível em:<<http://repositorio.unb.br/handle/10482/30885>> Acesso em 10 de março de 2019.

HOPPE, A. S. et al. O contexto de trabalho de Agente Comunitários de Saúde: a relação do conteúdo do trabalho com variáveis sociodemográficas. Seminário de Iniciação Científica, p. 86. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/jovenspesquisadores/article/view/9301/6114>> Acesso em 04 de novembro de 2018/09 de março de 2019.

ILHA, S. et al. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 13, n. 3, 2014. Disponível em <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/19661/pdf_229> Acesso em 20 de abril de 2019.

JORGE, J. C. et al. Qualidade de vida e estresse de agentes comunitários de saúde de uma cidade do interior de Minas Gerais. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, v. 4, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://seer.ufm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1261/1132>> Acesso em 03 de novembro de 2018/05 de março de 2019.

JUSTO, C. M. P.; GOMES, M. H. A.; SILVEIRA, C. Limites e imposições dos instrumentos de controle do trabalho de agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, v. 24, p. 594-606, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S010412902015000200594&script=sci_arttext&tlng=en> Acesso em 02 de abril de 2019.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 16, n. 1, p. 161-9, 2014. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/20260/16455>> Acesso em 01 de abril de 2019

KEBIAN, L. V. A.; OLIVEIRA, S. A. Práticas de cuidado de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da estratégia saúde da família. *Ciênc cuid saúde*, v. 14, n. 1, p. 893-900, 2015. Disponível em <http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:vy1Vq4nmEsUJ:scholar.google.com/+agentes+comunitarios+grupos&hl=pt-BR&as_sdt=0,5&as_ylo=2015> Acesso em 04 de abril de 2019.

KRUG, S. B. F. et al. Trabalho, sofrimento e adoecimento: a realidade de agentes comunitários de saúde no sul do Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 15, n. 3, p. 771-788, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4067/Resumenes/Resumen_406757237007_1.pdf> Acesso em 05 de março de 2019.

KRUG, S. B.F. et al. Sofrimento e Adoecimento no Trabalho de Agentes Comunitários de Saúde: um estudo em estratégias de saúde da família. *Revista Uniabeu*, v. 8, n. 20, p. 363-379, 2016. Disponível em: <http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/2118/pdf_299> Acesso em 15 de novembro de 2018.

KESSELER, F. D. et al. A relação do agente comunitário de saúde com a equipe de saúde da família e usuários: um estudo em um município da 13ª coordenadoria regional de saúde. *Revista Jovens Pesquisadores*, v. 3, n. 3, 2013. Disponível em <<https://online.unisc.br/seer/index.php/jovenspesquisadores/article/view/4282/2986>> Acesso em 19 de abril de 2019.

KESSLER, A. I.; KRUG, S. B. F. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 33, n. 1, p. 49-55, 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100007> Acesso em 08 de setembro de 2018.

LARA, M. O.; BRITO, M. J. M.; REZENDE, L. C. Aspectos culturais das práticas dos Agentes Comunitários de Saúde em áreas rurais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 3, p. 673-680, 2012. Disponível em <<http://www.periodicos.usp.br/reeusp/article/view/40996/44528>> Acesso em 12 de maio de 2019.

LEITE, M. T. et al. Vivências de agentes comunitários de saúde na atenção a idosos acometidos por doenças crônicas. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 17, n. 4, p. 576-584, 2016. Disponível em <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4970/3666>> Acesso em 16 de maio de 2019.

LIMA, R. A. S. S.; LOPES, A. O. S. Visita Domiciliar como ferramenta de atenção integral ao usuário da Estratégia de Saúde da Família. *ID ON LINE REVISTA MULTIDISCIPLINAR E DE PSICOLOGIA*, v. 10, n. 32, p. 199-213, 2016. Disponível em <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/580/803>> Acesso em 14 de abril de 2019.

LIMA, A. G. et al. Fotoexposição solar e fotoproteção de agentes de saúde em município de Minas Gerais. *Revista eletrônica de enfermagem*, v. 12, n. 3, p. 478-82, 2010. Disponível em <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/6156/7865>> Acesso em 08 de maio de 2019.

LIMA, A. F. et al. A percepção do idoso com diabetes acerca de sua doença e o cuidado de enfermagem. /The perception of the elderly with diabetes on their disease and the nursing care. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 15, n. 3, p. 522-529, 2016. Disponível em <<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/30884/18071>> Acesso em 25 de abril de 2019.

LOPES, A. S. et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde em Debate*, v. 39, p. 114-123, 2015. Disponível em <

https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042015000100114&script=sci_arttext&tlng=en> Acesso em 18 de abril de 2019.

LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. *Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde - da teoria à prática*. 1ª edição. Porto Alegre - RS, 2016.

LUZ, V. L. et al. Assistência do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na visita domiciliar à puérpera. *Revista Interdisciplinar*, v. 9, n. 1, p. 13-23, 2016. Disponível em <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6771979>> Acesso em 26 de maio de 2019.

MALCHER, C. M. S. S. et al. Fotoproteção em Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de Belém-PA. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 14, n. 41, p. 1-9, 2019. Disponível em <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1798/956>> Acesso em 09 de maio de 2019.

MARQUES, C. P. C. et al. *O agente comunitário de saúde e as ações da Estratégia Saúde da Família*. 2015. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2621>> Acesso em 12 de setembro de 2018.

MACIAZEKI-GOMES, R. C. et al. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 1637-1646, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n5/1637-1646/en/>> Acesso em 11 de setembro de 2018.

MEIRA-MASCARENHAS, C. H.; ORNELLAS-PRADO, F.; HENRIQUE-FERNANDES, M. Dor musculoesquelética e qualidade de vida em agentes comunitários de saúde. *Revista de Salud Pública*, v. 14, p. 668-680, 2012. Disponível em <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0124-00642012000400011&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em 01 de maio de 2019.

MENDONÇA, F. F.; NUNES, E. F. P. A. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 13, n. 2, p. 397-409, 2015. Disponível em <<https://www.redalyc.org/pdf/4067/406756980005.pdf>> Acesso em 23 de abril de 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª edição. São Paulo: Hubitec Editora, 2014.

MOREIRA, I. J. B. et al. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016. Disponível em: <<https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/967/761>> Acesso em 05 de março de 2019.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 261-274, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/261-274/pt>> Acesso em 28 de março de 2019.

MOURA, R. F. S.; SILVA, C. R. C. Afetividade e seus sentidos no trabalho do agente comunitário de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, p. 993-1010, 2015. Disponível em <<https://www.scielo.org/article/physis/2015.v25n3/993-1010/>> Acesso em 15 de abril de 2019.

- MOURA, F. M. N. et al. Potencialidades e desafios para a aplicação da escala de risco familiar na atenção primária em saúde. *Journal of Health & Biological Sciences*, v. 3, n. 4, p. 218-223, 2015. Disponível em <<https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/201/169>> Acesso em 26 de maio de 2019.
- MOTA, C. M.; DOSEA, G. S.; NUNES, P. S. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 4719-4726, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n12/4719-4726/>> Acesso em 06 de setembro de 2018.
- NASCIMENTO, Evania. A influência da capacitação na motivação dos Agentes Comunitários de Saúde do município de São Sebastião do Paraíso (MG), no ano de 2006 a 2007. *Ciência ET Praxis*, v. 2, n. 04, p. 39-44, 2017. Disponível em <<http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2093/1086>> Acesso em 22 de abril de 2019.
- NEVES, M. O. et al. Aspectos psicossociais do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*, v. 7, n. 1, p. 24-28, 2017. Disponível em <<http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1123/1278>> Acesso em 01 de julho de 2019.
- NOGUEIRA, A. L. G. et al. Pistas para potencializar grupos na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, n. 5, p. 964-971, 2016. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0964.pdf>> Acesso em 04 de abril de 2019.
- OLIVEIRA, A. E. C. et al. Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência. *Saúde em Debate*, v. 40, p. 212-218, 2016. Disponível em <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042016000200212&script=sci_arttext&tlng=en> Acesso em 20 de abril de 2019.
- PACHECO, Gabrielle Leite de Cerqueira. *Qualificando as práticas dos agentes comunitários de saúde em relação à vacinação através da educação permanente*. Projeto de intervenção – (Pós Graduação em nível de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande – MG, 2016. Disponível em <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3358?show=full>> Acesso em 04 de abril de 2019.
- PÁDUA, Elisabete Matallo Marchesini de Pádua. *Metodologia da pesquisa-abordagem teórico-prática*. 17ª edição. Campinas-SP: Papyrus editora, 2012.
- PEDRAZA, D. F.; SANTOS, I. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba. *Interações (Campo Grande)*, v. 18, n. 3, p. 97-105, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1518-70122017000300097&script=sci_abstract&tlng=es> Acesso em 05 de março de 2019.
- PERES, C. R. F. B. et al. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 4, p. 905-911, 2011. Disponível

em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40782/44129>> Acesso em 17 de setembro de 2018.

PELEGRINI, M. L. M.; CASTRO, J. D.; DRACHLER, M. L. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, p. 275-286, 2005. Disponível em <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232005000200002&script=sci_arttext&tlng=es> Acesso em 14 de maio de 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL. Sobradinho-RS. Disponível em:<<http://www.sobradinho.rs.gov.br/site/index.php/en/>> Acesso em 20 de setembro de 2018.

PRODANOV, C. C.; DE FREITAS, E. C. *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico-2ª Edição*. Editora Feevale, 2013. Disponível em:<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=zUDsAQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA13&dq=Metodologia+do+Trabalho+Cient%C3%ADfico:+M%C3%A9todos+e+T%C3%A9cnicas+da+Pesquisa+e+do+Trabalho+Acad%C3%AAmico&ots=db_7agA6BR&sig=Q3q-osUUlb7nQs12g39uPg4eKhE#v=onepage&q&f=false> Acesso em 28 de setembro de 2018.

PLANO MUNICIPAL DE SANEAMENTO BÁSICO. Sobradinho-RS. Disponível em: <http://www.sobradinho.rs.gov.br/site/index.php/en/transparencia/outraspublicacoes/doc_download/231-plano-municipal-de-saneamento-basico-de-sobradinho> Acesso em 20 de setembro de 2018.

PINTO, A. G. A.; JORGE, M. S. B. Prática clínica na estratégia saúde da família: relações entre equipe e usuários no território urbano. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 6, n. 2, p. 1514-1529, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22483/16080>> Acesso em 10 de setembro de 2018.

RIQUINHO, D. L. et al. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. *Trabalho, educação & saúde*. Rio de Janeiro. Vol. 16, n. 1 (jan./abr. 2018), p. 163-182, 2018. Disponível em <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/178551/001061725.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em 30 de outubro de 2018/12 de abril de 2019.

ROCHA, K. B. et al. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 18, n. 1, p. 170-185, 2017. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000100015> Acesso em 14 de abril de 2019.

SANTOS, C. W.; FARIAS FILHO, M. C. Agentes Comunitários de Saúde: uma perspectiva do capital social. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 1659-1668, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232016000501659&script=sci_arttext&tlng=en> Acesso em 21 de agosto de 2018/10 de março de 2019.

SANTOS, A. C.; HOPPE, A. S.; KRUG, S. B. Agente Comunitário de Saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, p. e280403, 2019. Disponível em <<https://scielosp.org/article/physis/2018.v28n4/e280403/>> Acesso em 01 de maio de 2019.

SANTOS, I. F. et al. *A importância da escuta enquanto dispositivo de cuidado para os agentes comunitários de saúde no município de Pombos, Pernambuco*. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Pernambuco, Vitória do Santo Antão – PE, 2018. Disponível em: < <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/28873>> Acesso em 02 de abril de 2019.

SANTOS, M. G. et al. Desafios enfrentados pelos agentes comunitários de saúde na estratégia saúde da família. *Inova Saúde*, v. 4, n. 1, p. 26-46, 2015. Disponível em < <http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/1765/2250>> Acesso em 17 de abril de 2019.

SILVA, Liander Eliézer. Usabilidade em uma interface de dispositivo móvel para uso dos agentes comunitários de saúde. *REPOSITÓRIO DE RELATÓRIOS-Sistemas de Informação*, v. 1, n. 1, 2016. Disponível em < http://revista.uniplac.net/ojs/index.php/tc_si/article/view/1915> Acesso em 20 de abril de 2019.

SILVA, Raquel Cristina da. *A atuação do serviço social no âmbito da educação em saúde no Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF*. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Estadual de Paraíba, Campina Grande – MG, 2016. Disponível em <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/10341>> Acesso em 23 de abril de 2019.

SOUZA, L. J. R.; FREITAS, Maria C. S. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 96, 2014. Disponível em: <<http://www.sat.ufba.br/site/db/arquivos/592011115037.pdf#page=96>> Acesso em 15 de setembro de 2018.

SPERONI, K. S. et al. Percepções dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. *Revista Cuidarte*, v. 7, n. 2, p. 1325-1337, 2016. Disponível em < <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5679834.pdf>> Acesso em 19 de abril de 2019.

VIDAL, S. V.; MOTTA, L. C. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. *Saúde e Sociedade*, v. 24, p. 129-140, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sausoc/2015.v24n1/129-140/>> Acesso em 05 de setembro de 2018.

VIANA, Marcella Pereira dos Santos. *A Estratégia Saúde da Família em área rural no Estado do Rio de Janeiro: Relato de uma experiência*. 2017. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/8078>> Acesso em 08 de setembro de 2018.

APÊNDICE A - Instrumento para coleta de dados**1- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS****Sexo:** Feminino Masculino**Idade:** 18 a 28 anos 29 a 39 anos 40 a 50 anos 51 a 60 anos
 Mais de 61 anos**Estado Civil:** Solteiro (a) Casado (a) Divorciado (a)
 União Estável Viúvo (a) Outro**Filhos:** 0 1 2 3 4 5 ou mais**Escolaridade:** Ensino Fundamental Incompleto
 Ensino Fundamental Completo
 Ensino Médio Incompleto
 Ensino Médio Completo
 Ensino Superior Incompleto
 Ensino Superior Completo
 Pós Graduação Incompleto
 Pós Graduação Completo**2 - DADOS OCUPACIONAIS****Unidade de trabalho:** ESF EACS**Área de trabalho do ACS:** Urbana Rural**Quanto tempo trabalha como ACS?** Menos de 1 ano 1 ano 2 a 3 anos
 4 a 6 anos 7 a 10 anos
 Mais de 10 anos

Quanto tempo trabalho como ACS neste ESF? Menos de 1 ano 1 ano
 2 a 3 anos 4 a 6 anos
 7 a 10 anos Mais de 10 anos

Número de famílias que atende: Menos de 250 famílias 250 a 500 famílias
 501 a 750 famílias Mais de 750 famílias

Número de visitas domiciliares por dia: Até 5 5 a 10 Mais de 10

Vínculo de trabalho: Concursado (a) Contratado (a)
 Outro. Qual? _____

Tem outro emprego? Sim. Qual? _____
 Não

1. Fale sobre o seu trabalho. Que atividades você desenvolve.
2. Existe alguma(s) situação(ões) de trabalho que você considera complexa ou difícil? Quais? Porque?
3. Existem fatores que facilitam seu trabalho? Quais? Porque?
4. Na sua opinião, existe(m) diferença(s) entre o trabalho do Agente na área rural e urbana? Quais? Porque?
5. Na sua opinião, existe(m) diferença(s) entre o trabalho do Agente em um município de pequeno porte e município de grande porte? Quais? Porque?
6. Que sugestões você teria para minimizar as dificuldades existentes no seu trabalho?

APÊNDICE B – Termo de Aceite de Instituição Parceira

Santa Cruz do Sul, _____ de _____ de 201__.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, CEP-UNISC

Prezados Senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado: “Entre potencialidades e dificuldades no trabalho: Um estudo com Agentes Comunitários de Saúde de um município de pequeno porte”, desenvolvido pela acadêmica Ingrid de Abreu Dumke do Curso de Enfermagem Bacharelado, da Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC, sob a orientação da professora Suzane Beatriz Frantz Krug, bem como os objetivos e a metodologia da pesquisa e autorizamos o desenvolvimento na Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) nas 3 Estratégias de Saúde da Família e na Unidade Básica de Saúde.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP-UNISC, conhecer e cumprir as Resoluções do CNS 466/12 e 510/2016 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para tanto.

Atenciosamente,

Assinatura e carimbo do responsável institucional

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**ENTRE POTENCIALIDADES E DIFICULDADES NO TRABALHO: UM ESTUDO
COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DE PEQUENO
PORTE.**

Prezado senhor/Prezada senhora

O/A senhor/a está sendo convidado/a para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado Entre potencialidades e dificuldades no trabalho: Um estudo com Agentes Comunitários de Saúde de um município de pequeno porte. Esse projeto é desenvolvido pela acadêmica de Enfermagem Ingrid de Abreu Dumke, orientado pela Professora Suzane Beatriz Frantz Krug, da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, e é importante porque pretende identificar potencialidades e dificuldades no trabalho do Agente Comunitário de Saúde de um município de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul. Para que isso se concretize, o senhor/a será entrevistado/a e as entrevistas serão gravadas. Nessa condição, é possível que o Senhor/Senhora se sinta ansioso ou constrangido, que podem ser alguns desconfortos da pesquisa. Por outro lado, se o senhor/a aceitar participar dessa pesquisa, benefícios futuros para a área da saúde do trabalhador poderão acontecer, tais como fomentar discussões acerca do tema, ressaltar a sua importância para a sociedade e contribuir com dados para gerar pesquisas na área. Para participar dessa pesquisa o senhor/a não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer natureza.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado/a, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desse instrumento (voz).

Fui, igualmente, informado/a:

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- e) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é Prof^a. Enf^a. Dr^a. Suzane Beatriz Frantz Krug (Telefone:3717-7469). O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (051) 3717- 7680.

Local: _____

Data __ / __ / ____

Nome e assinatura do voluntário

Nome e assinatura do responsável pela
apresentação desse Termo Consentimento

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Entre potencialidades e dificuldades no trabalho: Um estudo com Agentes Comunitários de Saúde de um município de pequeno porte

Pesquisador: SUZANE BEATRIZ FRANTZ KRUG

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04049718.0.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.078.270

Apresentação do Projeto:

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) representa o elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Este trabalhador busca incentivar a população a melhorar a capacidade relacionada aos cuidados com a saúde. Portanto, são importantes para o desenvolvimento físico, psíquico, econômico, político e social desta população. Pode-se destacar entre os fatores facilitadores no seu trabalho, o fato de residir em sua área de atuação, desse modo, estabelecendo vínculos e auxiliando na construção da confiança entre usuário e ACS. Como dificultadores no trabalho do ACS pode-se salientar o relacionamento entre o mesmo e a comunidade, pois, constantemente seu papel de trabalhador de saúde é confundido com o de vizinho ou amigo, e isto pode gerar sofrimento ou mesmo estresse no seu trabalho. A presente pesquisa tem como objetivo identificar as potencialidades e dificuldades no trabalho de Agentes Comunitários de Saúde de um município de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul. Esta pesquisa será de abordagem exploratória descritiva, do tipo qualitativa. O presente estudo será realizado em um município de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul, tendo três Estratégias de Saúde da Família localizadas em área urbana e uma Unidade Básica de Saúde em área rural. Embora os

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 3.078.270

ESF e EACS estejam localizados em área urbana, existem famílias atendidas pelos ACS destes serviços que residem em área rural. Os sujeitos do estudo serão Agentes Comunitários de Saúde residentes e atuantes neste município, no qual a amostra do estudo será composta de 16 ACS. A entrevista será semiestruturada constituída de pontos pré formulados, onde a ordem poderá variar de acordo com as colocações dos entrevistados. As entrevistas serão gravadas, ouvidas, transcritas, e então iniciada a análise de dados, onde será realizada a Análise de Conteúdo. Este método, se designa ao tratamento de dados qualitativos, sendo construído para dar respostas teórico-metodológicas que se diferencia de outras abordagens. Para construir esta pesquisa será utilizado a Análise Temática, onde se desdobra em três etapas, a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Assim, é importante estudar esta temática em cidades de pequeno porte com o intuito de contribuir para futuras pesquisas na área de Saúde do Trabalhador, e além disso para salientar a importância deste assunto para a sociedade nesses espaços, pois é este profissional que está inserido na comunidade e conhece suas vivências, culturas, dificuldades e necessidades, auxiliando na prevenção de doenças e na melhoria da qualidade de vida.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar potencialidades e dificuldades no trabalho do Agente Comunitário de Saúde de um município de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul.

Objetivo Secundário:

- Comparar as potencialidades e dificuldades no trabalho de ACS que atuam em área rural com os que atuam em área urbana;-Caracterizar o perfil sociodemográfico e ocupacional dos Agente Comunitários de Saúde;- Constatar as sugestões de aprimoramento para o trabalho, no sentido de minimizar as dificuldades apontadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

É possível que o sujeito se sintam ansiosos ou constrangidos na coleta de dados, que podem ser alguns desconfortos da pesquisa.

Benefícios:

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 3.078.270

Benefícios futuros para a saúde do trabalhador poderão acontecer, tais como fomentar discussões acerca do tema, ressaltar a sua importância para a sociedade e contribuir com dados para gerar pesquisas na área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

ok

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos fornecidos

Recomendações:

nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado

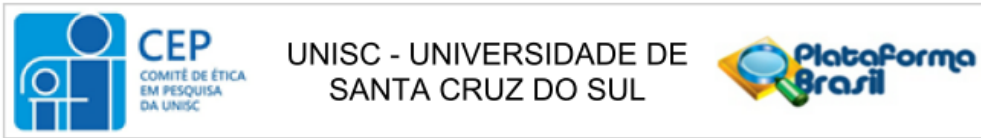
Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e em condições de ser executado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1269690.pdf	03/12/2018 18:51:16		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	03/12/2018 18:50:14	Ingrid	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	03/12/2018 17:40:41	Ingrid	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_Aceite.pdf	03/12/2018 17:40:26	Ingrid	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.pdf	03/12/2018 17:40:17	Ingrid	Aceito
Orçamento	Orcamento.PDF	03/12/2018 17:40:09	Ingrid	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TCC.pdf	03/12/2018 17:39:52	Ingrid	Aceito
Outros	apresentacao_do_projeto.PDF	03/12/2018 17:20:08	Ingrid	Aceito

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 3.078.270

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 12 de Dezembro de 2018

**Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br