



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO
GROSSO DO SUL/CÂMPUS DO PANTANAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ESTUDOS FRONTEIRIÇOS



TALINI RODRIGUES

**PERFIL SOCIOPROFISSIONAL E ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE
SAÚDE DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO
FRONTEIRIÇO DE CORUMBÁ-MS**

CORUMBÁ-MS

2020

TALINI RODRIGUES

**PERFIL SOCIOPROFISSIONAL E ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE
SAÚDE DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO
FRONTEIRIÇO DE CORUMBÁ-MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Estudos Fronteiriços da Fundação Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Câmpus do Pantanal, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre sob a orientação do Prof. Dr. Rafael Oliveira Fonseca.

CORUMBÁ-MS

2020

TALINI RODRIGUES

**PERFIL SOCIOPROFISSIONAL E ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE
SAÚDE DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO
FRONTEIRIÇO DE CORUMBÁ-MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação de Mestrado Profissional em Estudos Fronteiriços da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Câmpus do Pantanal, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em 31/07/2020, com Conceito _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rafael Oliveira Fonseca

Presidente

Prof^a. Dr^a. Vanessa Catherina Neumann Figueiredo

Avaliadora Interna

Prof^a. Dr^a. Renata Ferraiolo Gueiros

Avaliadora Externa

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que participaram deste trabalho de maneira direta ou indireta: aos Agentes Comunitários de Saúde que demandaram seu tempo para responder ao questionário, aos demais funcionários da Prefeitura Municipal de Corumbá/MS e de Ladário/MS, aos servidores de outros setores como a Receita Federal, aos professores do Programa de Pós-graduação em Estudos Fronteiriços que ensinaram e incitaram a reflexão de diversos assuntos voltados à fronteira, aos trabalhadores da Fundação UFMS sempre prestativos, às Prof.^{as} Dr.^{as} Renata Ferraiolo Gueiros (UFF) e Vanessa Catherina Neumann Figueiredo (UFMS) pelas valiosas sugestões durante a qualificação e ao meu orientador Prof. Dr. Rafael Oliveira Fonseca que sempre esteve ao meu lado em todas as fases de execução da pesquisa, incansavelmente me esclarecendo dúvidas e aconselhando, através do seu vasto conhecimento.

“Não preciso saber a tua idade, nem onde mora ou com o que trabalha. Quero saber da tua relação com as estrelas, o quanto de cura tem no teu sorriso e se há amor em tua fala.”

Oriah Mountain Dreamer (2000)

RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ação domiciliar/comunitária, em caráter individual e coletivo. O ACS enfrenta diversas dificuldades para sua atuação e, em uma região fronteiriça como o município de Corumbá/MS, o estrangeiro, dentre outros elementos, estão presentes diariamente na sua rotina de trabalho. Nesse cenário, o objetivo deste trabalho é compreender o perfil socioprofissional e a atuação cotidiana do Agente Comunitário de Saúde nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) de Corumbá/MS. Para tanto, a metodologia se baseou em uma pesquisa bibliográfica científica e documental, além da aplicação de um questionário semiestruturado a 48 Agentes Comunitários de Saúde das equipes de Saúde da Família de Corumbá/MS com perguntas fechadas e abertas. O conteúdo se apresenta em três partes sequenciais sobre elementos acerca das políticas públicas, do SUS e do ACS, a dinâmica e complexidade de trabalho deste servidor na região da fronteira e elementos mais concretos sobre a atuação do ACS em Corumbá/MS, baseados na pesquisa de campo. Os resultados demonstraram dificuldades em condições de trabalho, em determinadas temáticas e com grupos específicos da sociedade, além de situações que geram sobrecarga para o ACS. Consideramos a necessidade de maior atenção à Educação Permanente em Saúde dos ACS, de desenvolvimento de rodas de conversa com a comunidade e de mais apoio das três esferas do governo a ESF e a essa categoria.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Áreas de Fronteira. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The Community Health Worker (CHW) is a Unified Health System's (UHS) professional responsible for disease prevention and health promotion, through home/community action, both individually and collectively. The CHW faces several difficulties for its performance and, in a border region like the city of Corumbá/MS, the foreigner, among other elements, are present daily in its work routine. In this scenario, the objective of this work is to understand the socio-professional profile and the daily performance of the Community Health Worker in the Family Health Strategies (FHS) of Corumbá/MS. For this, the methodology was based on a scientific and documentary bibliographic research, in addition to the application of a semi-structured questionnaire to 48 Community Health Workers from the Corumbá/MS Family Health teams with open-ended and objective questions. The content is presented in three sequential parts on elements about public policies, CHW and UHS, the dynamics and complexity of this server's work in the border region, and more concrete elements about CHW's performance in Corumbá/MS, based on field research. The results showed difficulties in working conditions, in certain themes and with specific groups in society, besides situations that generate overload for the CHW. We consider the need for more attention to the CHW's Permanent Health Education, the development of Circles of conversation with the community, and more support from the three government spheres, FHS, and this category.

Keywords: Community Health Workers. Border Areas. Family Health Strategy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Cronologia com marcos importantes da trajetória profissional do Agente Comunitário de Saúde e a implementação do SUS.....	35
Figura 2 - Região de fronteira entre os municípios de Corumbá/MS (Brasil) e <i>Puerto Quijarro</i> (Bolívia).....	42
Figura 3 - Região de fronteira entre os municípios brasileiros de Corumbá/MS, Ladário/MS e os bolivianos de <i>Puerto Quijarro</i> e <i>Puerto Suárez</i>	43
Figura 4 - Fluxograma das etapas da pesquisa de campo.....	55

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Faixa etária dos Agentes Comunitários de Saúde da pesquisa.....	57
Gráfico 2 - Sexo dos Agentes Comunitários de Saúde participantes da pesquisa.....	58
Gráfico 3 - Formação escolar dos Agentes Comunitários de Saúde participantes da pesquisa.....	59
Gráfico 4 - Problemas de saúde dos participantes da pesquisa.....	60
Gráfico 5 - Tempo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde participantes da pesquisa.....	63
Gráfico 6 - Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde participantes da pesquisa.....	64
Gráfico 7 - Atendimento à população boliviana por parte dos Agentes Comunitários de Saúde participantes da pesquisa.....	67
Gráfico 8 - Treinamento e/ou orientação para lidar com situações que envolvam indivíduos bolivianos na prática diária como ACS.....	71
Gráfico 9 - Principais dificuldades no desempenho do trabalho como Agente Comunitário de Saúde.....	73
Gráfico 10 - Faixa etária com maior dificuldade para trabalhar.....	77
Gráfico 11 - Avaliação do desempenho como Agente Comunitário de Saúde.....	85
Gráfico 12 - Temas de maior dificuldade em orientar a população na microárea do Agente Comunitário de Saúde durante as visitas.....	87
Gráfico 13 - Preparação para exercer a função de ACS.....	97
Gráfico 14 - Necessidade de aprender algo a mais para melhorar a prática diária como Agente Comunitário de Saúde.....	100
Gráfico 15 - Sobrecarga pelo exercício do trabalho como Agente Comunitário de Saúde.....	103
Gráfico 16 - Quantidade de domicílios de responsabilidade do Agente Comunitário de Saúde.....	109

Gráfico 17 - Relação do Agente Comunitário de Saúde com a Equipe de Saúde da Família da sua Unidade.....111

Gráfico 18 - Recepção da população ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde.....116

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - Municípios da Faixa de Fronteira 2018. Destaque para localização de Corumbá/MS.....	41
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Evolução das atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde nas três versões da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).....	31
Quadro 2 – Estratégias de Saúde da Família do município de Corumbá –MS (2019).....	46
Quadro 3 – Relação entre as alternativas da primeira parte da pergunta C6 e as Ideias Centrais, Discursos do Sujeito Coletivo e comentários obtidos em resposta à segunda parte da pergunta C6.....	78
Quadro 4 – Relação entre as alternativas da primeira parte da pergunta C9 e as Ideias Centrais, Discursos do Sujeito Coletivo e comentários obtidos em resposta à segunda parte da pergunta C9.....	98
Quadro 5 – Relação entre as alternativas da primeira parte da pergunta C10 e as Ideias Centrais, Discursos do Sujeito Coletivo e comentários obtidos em resposta à segunda parte da pergunta C10.....	101
Quadro 6 – Relação entre as alternativas da primeira parte da pergunta C11 e as Ideias Centrais, Discursos do Sujeito Coletivo e comentários obtidos em resposta à segunda parte da pergunta C11.....	105
Quadro 7 – Relação entre as alternativas da primeira parte da pergunta C14 e as Ideias Centrais, Discursos do Sujeito Coletivo e comentários obtidos em resposta à segunda parte da pergunta C14.....	117
Quadro 8 – Comentários importantes escritos pelos ACS na pergunta C15.....	121

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde nas Estratégias de Saúde da Família do município de Corumbá (2019).....	49
Tabela 2 - Quantidade de Agentes Comunitários de Saúde que responderam o questionário por Estratégia de Saúde da Família do município de Corumbá (2019).....	52
Tabela 3 - Faixa etária dos Agentes Comunitários de Saúde participantes da pesquisa.....	57
Tabela 4 - Sexo dos Agentes Comunitários de Saúde participantes da pesquisa.....	58
Tabela 5 - Formação escolar dos Agentes Comunitários de Saúde participantes da pesquisa.....	59
Tabela 6 – Primeira parte da Pergunta B4: Apresenta algum problema de saúde?.....	60
Tabela 7 – Segunda parte da pergunta B4: Problemas de saúde dos ACS da pesquisa.....	61
Tabela 8 – Pergunta C1: Trabalha há quanto tempo como Agente Comunitário de Saúde?.....	63
Tabela 9 – Primeira parte da Pergunta C2: Você recebeu algum tipo de capacitação para trabalhar como Agente Comunitário de Saúde?.....	65
Tabela 10 – Segunda parte da pergunta C2: Capacitações citadas pelos Agentes Comunitários de Saúde participantes da pesquisa.....	65
Tabela 11– Primeira parte da pergunta C3: Você precisa atender durante sua prática como Agente Comunitário de Saúde alguma demanda populacional boliviana?.....	67
Tabela 12 – Segunda parte da Pergunta C3: Em caso afirmativo, qual(is) a(s) principal(is) dificuldade(s) encontrada(s) durante o exercício do seu trabalho para dar assistência em saúde à demanda boliviana?.....	67
Tabela 13 – Primeira parte da pergunta C4: Você recebeu algum tipo de treinamento e/ou orientação para lidar com situações que envolvam indivíduos bolivianos na prática diária como ACS?.....	71

Tabela 14 – Segunda parte da pergunta C4: Capacitações e orientações recebidas para atendimento de Bolivianos por parte dos Agentes Comunitários de Saúde.....	72
Tabela 15 – Principais dificuldades no desempenho do trabalho como ACS.....	74
Tabela 16 – Primeira parte da pergunta C6: Com qual faixa etária você apresenta maior dificuldade de trabalhar?.....	78
Tabela 17 – Pergunta C7: Como você avalia seu desempenho como Agente Comunitário de Saúde?.....	85
Tabela 18 – Temas de maior dificuldade em orientar à população durante as visitas domiciliares.....	87
Tabela 19 – Primeira parte da pergunta C9: Você se sente preparado para realizar o seu trabalho?.....	97
Tabela 20 – Primeira parte da pergunta C10: Você sente a necessidade de aprender algo a mais para melhorar sua prática diária como Agente Comunitário de Saúde?.....	101
Tabela 21 – Primeira parte da pergunta C11: Você se sente sobrecarregado pelo exercício do trabalho como Agente Comunitário de Saúde?.....	104
Tabela 22 – Pergunta C12: Quantos domicílios são de sua responsabilidade?.....	109
Tabela 23 – Pergunta C13: Como é a sua relação com a equipe de Saúde da Família da sua Unidade?.....	111
Tabela 24 – Primeira parte da pergunta C14: Como a população recebe o seu trabalho como Agente Comunitário de Saúde?.....	116

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AC	Ancoragem
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPF	Cadastro de Pessoa Física
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
eAB	equipe da Atenção Básica
ECH	Expressões Chave
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	equipe de Saúde da Família
HIV	<i>Human Immunodeficiency Viruses</i> (Vírus da Imunodeficiência Humana)
HPV	<i>Human Papilloma Virus</i> (Papilomavírus Humano)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Ideias Centrais
INE	Instituto Nacional de Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Mato Grosso do Sul
NAAPS	Núcleo de Assistência e Atividades Psicológicas em Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAHO	<i>Pan American Health Organization</i>
PDT	Psicodinâmica do Trabalho
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNCT	Plano Nacional de Controle de Tuberculose
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
SF	Saúde da Família
SR	Sintomático Respiratório
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VD	Visita Domiciliar
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMS	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
2. POLÍTICAS PÚBLICAS, SUS E O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	23
2.1 As políticas públicas e o Estado	23
2.2 A História do SUS e do Agente Comunitário de Saúde	25
3. O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A FRONTEIRA	37
3.1 O trabalho do Agente Comunitário de Saúde	37
3.2 A complexa relação entre a fronteira e a saúde	40
4. CORUMBÁ E O AMBIENTE DE ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	46
4.1 Metodologia	46
4.1.1 Delineamento do estudo de campo.....	50
4.1.2 Amostragem.....	50
4.1.3 Dinâmica da coleta dos dados.....	53
4.1.4 Metodologia de análise.....	54
4.2 Resultados e Discussões	56
4.2.1 Dados socioprofissionais (seção B).....	56
4.2.2 Dados laborais (seção C).....	62
4.2.2.1 Pergunta C1.....	63
4.2.2.2 Pergunta C2.....	64
4.2.2.3 Pergunta C3.....	66
4.2.2.4 Pergunta C4.....	70
4.2.2.5 Pergunta C5.....	72
4.2.2.6 Pergunta C6.....	77
4.2.2.7 Pergunta C7.....	85
4.2.2.8 Pergunta C8.....	86
4.2.2.9 Pergunta C9.....	97
4.2.2.10 Pergunta C10.....	100
4.2.2.11 Pergunta C11.....	103
4.2.2.12 Pergunta C12.....	108

4.2.2.13 Pergunta C13.....	110
4.2.2.14 Pergunta C14.....	115
4.2.2.15 Pergunta C15.....	120
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	132
APÊNDICE A- Modelo de questionário usado com os Agentes Comunitários de Saúde para coleta de dados.....	146
APÊNDICE B - Carta de autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá/MS.....	151
APÊNDICE C - Carta de informação aos participantes da pesquisa.....	152
APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido para pesquisa em humanos.....	155
ANEXO A- Parecer consubstanciado do Comitê de Ética da UFMS com aprovação da pesquisa.....	158

1. INTRODUÇÃO

O sistema público de saúde do Brasil é baseado há algumas décadas no Sistema Único de Saúde (SUS), implementado no passado e que surgiu em um momento de crise do modelo de saúde vigente até a década de 1980. Nesta realidade, por meio da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, aconteceram debates fundamentais para a construção da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1991) e para o surgimento de um novo conceito de saúde pública em nosso país, que vigora desde então (LIMA et al., 2005).

Esta concepção de saúde se tornou constitucional¹ ao ser considerada como um direito de todos e dever do Estado. Além disso, as ações e os serviços de saúde são definidos como uma rede regionalizada e hierarquizada que constitui um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes doutrinárias da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade (BRASIL, 1991). Elementos que, desde então, norteiam as bases gerais de todas as políticas públicas voltadas para o SUS.

Posteriormente, no ano de 1990 foram definidos por meio de Lei Federal os objetivos, princípios, diretrizes, gestão, funcionamento, financiamento e planejamento do SUS (BRASIL, 1990a). Além desta, outra Lei Federal promulgada no mesmo ano, regulamentou elementos sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, além de outras decisões. Portanto, juntas, essas Leis Federais, também conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, definiriam ordenamentos institucionais e, assim, moldaram o processo de implantação do SUS (BRASIL, 1990b).

A partir de então, o SUS se estabeleceu como um dos maiores e mais complexos sistemas públicos de saúde do mundo, abrangendo todos os níveis de complexidade: desde o atendimento básico para avaliação da pressão arterial, através da Atenção Básica à Saúde (ABS)², até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país (BRASIL, 2019a).

Em continuidade ao processo de implementação do SUS, na década de 1990, foram aprovadas as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de

¹ Definido por meios dos artigos nº 196 e nº 198 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1991).

² Também pode ser referenciada por Atenção Básica. Esta é o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 1998a). Mais informações sobre esse conceito na página 28.

Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF). Assim, destacamos a atuação profissional do Agente Comunitário de Saúde (ACS), objeto central desta pesquisa. Estes Programas destacam um trabalho em saúde biopsicossocial voltado à família e não mais no indivíduo isolado, sendo feito de modo regular, assistencialista, além de preventivo (BRASIL, 1997).

Ainda, vale ressaltar que o PACS e o PSF foram reconhecidos, pelo Ministério da Saúde, como importantes estratégias para ajudar no aprimoramento e na consolidação do SUS, agindo na reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar (BRASIL, 1997).

Outros marcos foram alterando e regulamentando o SUS como um todo, a exemplo da publicação de uma Portaria Federal, em 1998, que aprovou o Manual para Organização da Atenção Básica e a Gerência do Piso da Atenção Básica (PAB)³ (BRASIL, 1998a).

Para mais, no ano de 2001, o Ministério da Saúde publicou oficialmente o livro intitulado “Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACS” definindo conceito, funcionamento, planejamento e legislação do PACS, dentre outros (BRASIL, 2001a). Enfatizamos, neste contexto, o papel deste Programa como um instrumento da política pública de saúde da nação, assunto que abordaremos em detalhes adiante.

Dando seguimento, em 2002, por meio de Lei Federal, foi criada a profissão Agente Comunitário de Saúde, definindo âmbito de atuação (exclusivamente no SUS), requisitos para o cargo e os exercícios da atividade (BRASIL, 2002a).

Outro momento importante aconteceu em 2006, quando se estabeleceu a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), definindo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica através da Estratégia de Saúde da Família (ESF)⁴ e do PACS. Nesse momento, o PSF deixa de existir para dar lugar a ESF e a PNAB passou a guiar as ações de Atenção Básica, recebendo ainda versões adaptadas em 2011 e 2017 (BRASIL, 2006a, 2011, 2017a).

Para mais, em 2018, uma Lei Federal dispôs sobre a reformulação das atribuições, jornada, condições de trabalho, grau de formação profissional, cursos de formação técnica continuada e indenização de transporte dos Agentes Comunitários

³ O Piso da Atenção Básica (PAB) é um valor per capita, que juntamente a transferências estaduais e aos recursos próprios do município devem financiar à Atenção Básica. Dessa forma, deve ser garantido um mínimo de ações e procedimentos pontuados na mesma Portaria Federal (BRASIL, 1998a).

⁴ A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada: “ [...] estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica; [...]” (BRASIL, 2017a).

de Saúde, alterando dois dos requisitos exigidos para o trabalho deste servidor público, conforme abordaremos no próximo capítulo (BRASIL, 2018).

Adentrando no contexto profissional do ACS, este atua na rede de Atenção Básica, podendo ou não morar da comunidade e integrando uma equipe de Saúde da Família (eSF)⁵ ou uma equipe da Atenção Básica (eAB). Neste trabalho, a pesquisa será focada no Agente Comunitário de Saúde que trabalha em uma Estratégia de Saúde da Família, portanto, membro de uma eSF.

Para mais, o ACS tem a função de realizar visitas domiciliares e diversas atividades com a população. Sua relação íntima com a comunidade e a equipe de saúde propicia que este Agente seja uma ponte de ligação entre a população e os profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS)⁶ da sua respectiva área de atuação (BRASIL, 2017a).

Assim, é patente o papel central do ACS, afinal ele se torna a voz da comunidade dentro da sua respectiva UBS e, por vezes, o primeiro contato na busca por orientações de muitas famílias (NASCIMENTO; CORRÊA, 2008). O interesse pessoal por este assunto vem das dúvidas presentes por atuar na saúde como profissional da rede de Atenção Básica (cirurgiã-dentista) e, portanto, ter a curiosidade em entender de forma mais aprofundada a realidade vivida pelo Agente Comunitário de Saúde, especialmente em uma região fronteira como é o caso de Corumbá/MS.

Vale ressaltar que, analisando as três versões publicadas da PNAB, desde ano de 2006 até a sua versão em 2017, as atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde passaram por mudanças que trouxeram consigo alterações na sua prática de trabalho, conforme será abordado adiante. Neste contexto, as competências do

⁵ A eSF é a equipe que compõe uma Estratégia de Saúde da Família e deve ser composta no mínimo por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o Agente de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017a).

⁶ As UBS são a forma de contato inicial preferencial dos usuários do SUS, sendo a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Deve ser instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem e, com isso, desempenha um papel central na garantia de acesso à população a uma atenção à saúde de qualidade. Na UBS, deve ser possível receber atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Os principais serviços oferecidos são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica (BRASIL, 2019b). Vale ressaltar que existem dois tipos de composição de UBS: a equipe da Atenção Básica (eAB) e a equipe de Saúde da Família (eSF). Na eAB, o agente comunitário de saúde pode estar presente, mas não faz parte da composição mínima da equipe. Já na eSF, o ACS é um dos componentes mínimos para que se possa constituir-la (BRASIL, 2017a).

ACS geram discussão e são um tanto quanto polêmicas, afinal trabalhá-las de maneira satisfatória diariamente ainda é um desafio para este profissional.

Desse modo, a análise sobre o ACS insere-se em uma realidade repleta de problemáticas que precisam ser melhor compreendidas, tais como: falta de compreensão, excesso e complexidade das suas funções; a responsabilização indevida do ACS como único agente propulsor da consolidação da ABS; sua qualificação profissional fracionada, desorganizada e incapaz de formar um profissional habilitado para exercer atividades; dentre outros elementos (TOMAZ, 2002).

Este cenário se torna ainda mais profundo quando ocorre em uma região de fronteira, como é o caso de Corumbá no Mato Grosso do Sul (MS), escala de análise desta pesquisa e município que detém uma área fronteira fortemente vinculada com as dinâmicas dos municípios bolivianos vizinhos de *Puerto Quijarro* e *Puerto Suárez*.

Portanto, ao analisar a atuação do ACS em Corumbá/MS é preciso adicionar às problemáticas previamente mencionadas também o fato de que, neste município, existe o atendimento aos estrangeiros. Fator que exige orientações específicas para a atuação do Agente Comunitário de Saúde, nesta região transfronteiriça, ao proceder em relação às diversas demandas do cotidiano.

Perante o exposto e ciente, portanto, da importância singular e das dificuldades encontradas por este profissional em seu cotidiano no município de Corumbá, a escolha do objeto central desta pesquisa e, conseqüentemente, a justificativa deste trabalho resulta de um processo de análise que nos suscita à necessidade de compreender as variáveis relativas à idade, sexo, problemas de saúde, formação, além do próprio trabalho cotidiano deste profissional de saúde.

Logo, analisando todo esse contexto, considera-se que a formação do ACS precisa ser contínua pois este executa diversas atividades, muitas vezes, com certo grau de complexidade, necessitando incorporar novos elementos para sua atuação na comunidade diariamente. Portanto, esse profissional transforma constantemente seu conhecimento, acrescentando conceitos, ações e alternativas à sua vivência trabalhista (NASCIMENTO; CORREA, 2008).

Dessa forma, consideramos o termo Educação Permanente em Saúde para nos referirmos ao processo educativo que coloca a realidade cotidiana e põe a formação desse profissional em análise, construindo ambientes de reflexão coletivos e avaliações das ações produzidas no trabalho diário. Ainda, dentro esse conceito,

são trabalhadas atualizações da teoria, da metodologia, da ciência e da tecnologia, além de questões de relacionamento na equipe, práticas organizacionais, intersetoriais e interinstitucionais (CECCIM, 2005).

Em vista disso, o objetivo do presente trabalho é compreender o perfil socioprofissional⁷ e a atuação cotidiana do Agente Comunitário de Saúde nas Estratégias de Saúde da Família do município fronteiro de Corumbá/MS. De maneira mais específica, o estudo pretende analisar variáveis relativas à idade, sexo, formação, problemas de saúde e o trabalho dos Agente Comunitário de Saúde nas ESF do município fronteiro de Corumbá/MS.

A metodologia se baseou em uma pesquisa bibliográfica científica e documental com levantamento de dados por meio de legislação, documentos oficiais, artigos científicos, dentre outros. Além disso, realizamos uma pesquisa de campo com a aplicação de um questionário semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas, aos Agentes Comunitários de Saúde das equipes de Saúde da Família de Corumbá/MS.

Para tanto, no item 2, tratamos de elementos acerca das políticas públicas, do SUS e do Agente Comunitário de Saúde. A seguir, no item 3, nos aprofundamos sobre a dinâmica e complexidade do trabalho do ACS na região da fronteira. Por fim, no item 4, abordamos elementos mais concretos sobre a atuação do ACS em Corumbá com base na pesquisa de campo, sistematizando e analisando os dados decorrentes, para enfim, encerrar com algumas considerações finais.

Assim, esta Introdução teve como finalidade nortear o leitor sobre o conteúdo deste trabalho com fundamentações teóricas breves, além de pontuar: problema, justificativa, objetivo, metodologia da pesquisa e elencar a organização do conteúdo que se apresenta a seguir.

⁷ Nesse trabalho, entende-se como perfil socioprofissional dos Agentes Comunitários de Saúde elementos como as características relativas à idade, sexo, problemas de saúde e formação (LIMA et al., 2016; ZANETTI et al., 2010).

2. POLÍTICAS PÚBLICAS, SUS E O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Neste capítulo, iremos tratar primeiramente do conceito de políticas públicas e da concepção a respeito desta que consideramos para este trabalho. Posterior a esse tema, explana-se sobre marcos importantes do SUS e do trabalho do Agente Comunitário de Saúde ao longo dos anos de implementação do Sistema, além de apresentação das atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde no decorrer das três versões da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a, 2011, 2017a).

2.1. As políticas públicas e o Estado

Os programas e ações de saúde realizados no Brasil são geridos regionalmente pelos respectivos Governos entre suas esferas Federal, Estadual e Municipal, sendo elementos que compõem o conjunto das políticas públicas de saúde brasileiras. Dentre as várias políticas de saúde existentes no Brasil, a mais importante e reconhecida é o próprio Sistema Único de Saúde (SUS) com normas e portarias que orientam a implementação, execução e avaliação desse Sistema. Nesse sentido, tratando-se de políticas que envolvem o Estado, considera-se relevante compreender o que é uma política pública.

Iniciemos do sentido da palavra “política”, para uma melhor compreensão de seu significado é prudente analisarmos o termo na língua inglesa. A sua tradução do português para o inglês recebe as seguintes denominações: 1. *politics*. 2. *policy*. Contudo, as mesmas denominações possuem significados diferentes, a palavra *politics* é definida como “as atividades associadas com a governança de um país ou área, especialmente o debate entre as partes que têm poder”. Enquanto a palavra *policy* significa “um curso ou princípio de ação adotado ou proposto por uma organização ou indivíduo” (OXFORD, 2009).

Assim, o conceito da palavra *policy* é o que se enquadra ao conceito de “política” na língua portuguesa referente a uma política pública, em razão dos inúmeros significados do termo em nossa língua materna. Nesse sentido, segundo a definição clássica, a política pública poderia ser interpretada como a própria ação da autoridade pública, de forma que o Estado é compreendido como um organismo isolado da sociedade por conta do seu monopólio de gestão (MASSARDIER, 2003).

Em contrapartida, Steinberger (2013) considera que a política pública não deve ser uma prerrogativa exclusiva do Estado, mas de toda a sociedade, cabendo-lhe,

portanto, a tarefa de oficialização, bem como de coordenar as ações. Assim, segundo Steinberger (2006), considerando este conceito, o planejamento atual não poderia ser mais simplesmente normativo, as políticas públicas deveriam ter um planejamento compartilhado entre Estado e sociedade com o objetivo último de promover transformação social.

Em acordo com esta ideia, no Brasil, a partir da Constituição de 1988, observamos o estabelecimento de políticas públicas sem a participação exclusiva do Estado, caracterizando um modelo de ação policêntrica (MASSARDIER, 2003).

Ainda segundo Souza (2006), a política pública busca colocar o governo em ação e/ou avaliar essa ação e, quando preciso, propõe mudanças no rumo ou curso dessas ações. A autora resume alguns elementos essenciais desta (SOUZA, 2006, p. 6):

- A política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz.
- A política pública envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes.
- A política pública é abrangente e não se limita as leis e regras.
- A política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados.
- A política pública, embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo.
- A política pública envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação.

Finalizando esta discussão, consideramos pertinentes os pensamentos de Steinberger (2006, 2013) e Souza (2006). E acrescentamos a ideia de Fonseca (2017) revelando que toda política pública está logicamente vinculada a ação do Estado, por este ser um ator indispensável para sua construção e execução, podendo haver influências de uma multiplicidade de outros atores, com interesses e demandas, por vezes, similares ou totalmente dispares. Isto faz com que a política pública se insira em um campo de forças complexo e dinâmico que promove reflexos sobre o ordenamento do território.

Assim, compreendendo melhor o que é uma política pública e seu papel na gestão do território pelo Estado, iremos aprofundar o conhecimento sobre a história da política pública de saúde brasileira, o SUS, ligada à atividade do Agente Comunitário de Saúde.

2.2. A História do SUS e do Agente Comunitário de Saúde

No Brasil, há mais de cem anos existem políticas públicas específicas para a área da saúde. Estas tiveram início, de forma mais intensa, com a crise sanitária, dentre o final do século XIX e início do século XX, o que culminou em amplas campanhas de saúde pública, como, por exemplo, a de Oswaldo Cruz focada no combate a peste e febre amarela (LIMA et al., 2005).

Desde então, ocorreram numerosos avanços na área da saúde. Dentre eles, como um marco, a criação do Ministério da Saúde, em 1953, objetivando o controle de doenças e a promoção do saneamento básico (LIMA et al., 2005).

Naquele mesmo período, ampliou-se outros elementos de atenção à saúde, ao menos para uma parcela dos cidadãos brasileiros, que sendo segurados da Previdência Social possuíam alguns tipos de assistências ambulatoriais e hospitalares em instituições que ofereciam serviços de saúde. Logo, para aqueles que não tinham proteção previdenciária restava recorrerem aos serviços de instituições não-estatais, como as Casas de Misericórdia e Beneficência (Santas Casas), que atuavam de maneira filantrópica (LIMA et al., 2005).

Então, a partir de 1975, no âmbito do processo de redemocratização no país, desponta a Reforma Sanitária de 1980 que trouxe à tona as Conferências de Saúde. Dentre elas, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde os debates contribuíram para a construção da Constituição Federal de 1988, definindo uma nova ideia de saúde (LIMA et al., 2005).

Segundo a Carta Magna (BRASIL, 1991, grifo nosso):

Art.196. **A saúde é direito de todos e dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua **regulamentação, fiscalização e controle**, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. **As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único**, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 200. **Ao sistema único de saúde compete**, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos,

produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Dessa forma, a saúde foi englobada pelas políticas públicas do país, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo as Leis Orgânicas de Saúde nº 8.080 e nº 8.142 do ano de 1990, que moldaram esse processo de implantação (BRASIL, 1990a, 1990b).

A primeira Lei Federal, previamente mencionada, dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, além de outras providências. Seu artigo nº 5 destaca como objetivos do SUS (BRASIL, 1990a):

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Já o artigo nº 7 da Lei Federal nº 8.080 revela que as ações e serviços públicos de saúde, além dos serviços privados conveniados ao SUS devem seguir os seguintes princípios (BRASIL, 1990a):

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
- XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013 (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017).

Em subsequência, a Lei Federal nº 8.142 dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, além de outras providências (BRASIL, 1990b). Em seu artigo 1º está definido que o SUS contará com as seguintes instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, sendo que:

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Dessa forma, o SUS se reorganiza diariamente e, desde então, tem atendido a demanda populacional brasileira a fim de ofertar saúde em nível integral, universal e gratuita a todos.

Com o passar dos anos, marcos foram implementando este Sistema, destaque à priorização dada ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ao Programa de Saúde da Família (PSF), em 1997, com a aprovação de suas normas e

diretrizes e o reconhecimento destes dois Programas como relevantes estratégias que contribuem no aperfeiçoamento e na consolidação do SUS, reorientando a assistência ambulatorial e domiciliar (BRASIL, 1997).

A respeito do PSF, este surgiu a partir de experiências pioneiras e satisfatórias que trabalhavam de forma muito próxima a uma Estratégia de Saúde da Família como conhecemos hoje. São exemplos destas a Vila de São José do Murialdo, em Porto Alegre na década de 70, São Paulo nos anos 80 e Niterói nos 90 (GOULART, 2007).

Para mais, o PSF inseriu um olhar ativo na intervenção em saúde ao atender uma demanda populacional agindo de maneira preventiva, com enfoque familiar e contribuindo para integração com a comunidade através das visitas residenciais periódicas dos Agentes Comunitários de Saúde. Todos os elementos citados (cuidado familiar, prevenção, visitas domiciliares constantes por parte dos ACS) foram eixos para a construção do PSF, afinal eram a essência de sua atuação (VIANA; POZ, 2005).

Este novo conceito de cuidado ao nível familiar é a maneira prática de trabalhar a saúde como definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006): um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Afinal, a saúde da família engloba um círculo social que possui fatores que podem determinar certas doenças, desta maneira, é possível realizar o tratamento e a prevenção das mesmas, a fim de garantir o bem-estar de cada indivíduo que compõe a família.

Subsequente, em 1998, a Portaria Federal nº 3.925 aprovou o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde e dispôs sobre a Gerência do Piso da Atenção Básica (PAB) (BRASIL, 1998a). No anexo I desta Portaria, a Atenção Básica é definida como:

[...] conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Essas ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no Grupo Assistência Básica da tabela do SIA/SUS, quando da implantação do Piso da Atenção Básica. A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.

Complementarmente, a Atenção Básica é considerada a principal porta de entrada para os serviços do SUS, tendo o mais elevado nível de descentralização e trabalhando princípios como a universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade

do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e a participação social (BRASIL, 2012).

Em seguimento, no ano de 1999, um Decreto Federal fixou diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), além de outras providências, minimizando, assim, algumas incertezas sobre sua atuação (BRASIL, 1999a). Posterior a este fato, em 2001, o Ministério da Saúde publicou oficialmente o livro intitulado “Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACS”, que definiu conceito, funcionamento, planejamento, legislação do PACS, dentre outros (BRASIL, 2001a). Nesta publicação, explicita-se que:

O desenvolvimento das principais ações deste programa se dá por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pessoas escolhidas dentro da própria comunidade para atuarem junto à população. O ACS deverá atender entre 400 e 750 pessoas, dependendo das necessidades locais, e desenvolverá atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente.

A rotina de um ACS, de forma resumida, envolve as seguintes tarefas: **cadastramento /diagnóstico** – é a primeira etapa do trabalho junto à comunidade. Consiste em registrar na ficha de cadastro do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) informações sobre cada membro da família assistida a respeito de variáveis que influenciam a qualidade da saúde, como situação de moradia, condições de saúde etc. Essas informações, uma vez consolidadas e analisadas, serão divulgadas e discutidas junto à comunidade e posteriormente encaminhadas à Secretaria Municipal de Saúde, que por sua vez, enviará cópia para a Secretaria Estadual de Saúde. Uma vez reunidas e processadas no estado, darão origem a um relatório a ser encaminhado ao Ministério da Saúde.

Mapeamento – esta fase consiste no registro em um mapa da localização de residências das áreas de risco para a comunidade, assim como dos pontos de referência do dia-a-dia da comunidade, com o objetivo de facilitar o planejamento e o desenvolvimento do trabalho do agente.

Identificação de micro áreas de risco – uma vez realizado o mapeamento, o ACS identifica setores no território da comunidade que representam áreas de risco. Ou seja, locais que apresentam algum tipo de perigo para a saúde das pessoas que moram ali como inexistência ou precariedade do sistema de tratamento de esgoto sanitário, de abastecimento de água, entre outros.

Realização de visitas domiciliares – este é o principal instrumento de trabalho dos ACS. Consiste de, no mínimo, uma visita mensal a cada família residente na área de atuação do agente. A quantidade de visitas por residência varia em função das condições de saúde de seus habitantes e da existência de crianças e gestantes, as quais recebem atenção especial por comporem grupos prioritários.

Ações coletivas – com vistas a mobilizar a comunidade o ACS promove reuniões e encontros com grupos diferenciados – gestantes, mães, pais, adolescentes, idosos, grupos de situações de risco ou de

portadores de doenças comuns – e incentiva a participação das famílias na discussão do diagnóstico comunitário de saúde, no planejamento de ações e na definição de prioridades.

Ações intersetoriais – além de ações específicas na área de saúde, o agente poderá atuar em outras áreas como:

- Educação: identificação de crianças em idade escolar que não estão frequentando a sala de aula;
- Cidadania/direitos humanos: ações humanitárias e solidárias que interfiram de forma positiva na melhoria da qualidade de vida (reforço a iniciativas já existentes de combate à violência e criação de comissões em defesa das famílias expostas à fome e a desastres naturais como seca e enchentes).

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

Em 2002, através de Lei Federal, foi criada a Profissão de Agente Comunitário de Saúde definindo seu âmbito de atuação (exclusivamente SUS), requisitos para o cargo e seu exercício de trabalho (BRASIL, 2002a), sendo assim exposta:

Art. 2º A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste.

Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão:

- I - residir na área da comunidade em que atuar;
- II - haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde;
- III - haver concluído o ensino fundamental.

Contudo, a Lei Federal de 2018 alterou dois dos requisitos necessários para trabalhar como ACS (BRASIL, 2018):

Art. 6º O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade:

- I - residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;
- II - ter concluído, com aproveitamento, curso de formação inicial, com carga horária mínima de quarenta horas;
- III - ter concluído o ensino médio.

§ 1º Quando não houver candidato inscrito que preencha o requisito previsto no inciso III do caput deste artigo, poderá ser admitida a contratação de candidato com ensino fundamental, que deverá comprovar a conclusão do ensino médio no prazo máximo de três anos.

[...] § 5º Caso o Agente Comunitário de Saúde adquira casa própria fora da área geográfica de sua atuação, será excepcionado o disposto no inciso I do caput deste artigo e mantida sua vinculação à mesma

equipe de saúde da família em que esteja atuando, podendo ser remanejado, na forma de regulamento, para equipe atuante na área onde está localizada a casa adquirida.' (NR)"

Dessa forma, a partir desta Lei Federal candidatos com ensino fundamental somente assumirão o cargo de ACS quando não existirem indivíduos que preencham ao requisito de conclusão de ensino médio para a vaga. Além disso, surge a flexibilidade quanto a moradia do Agente Comunitário, que não precisa ser necessariamente na área onde o mesmo atua (BRASIL, 2018).

Em continuidade, no ano de 2006, por meio de uma Portaria Federal do Ministério da Saúde, houve a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas na organização da Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Com isso, o PSF deixa de ser vigente e passa a vigorar a ESF em seu lugar (BRASIL, 2006a).

Esta Política (PNAB) passou, desde então, a orientar as ações da Atenção Básica em Saúde com novas versões aprovadas em 2011 e 2017 (BRASIL, 2011, 2017a). O quadro a seguir (quadro 1) traz as atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde nas três versões da PNAB e, posteriormente, enfatizamos as principais mudanças ocorridas nas competências desse profissional no decorrer delas.

Quadro 1 – Evolução das atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde nas três versões da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

PNAB	Atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde
PNAB 2006	I - 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 coletividade; II - Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a micro área; III - Estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; IV - Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; V - Orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; VI - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; VII - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

PNAB 2006 (continuação)	<p>VIII - Cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.</p> <p>Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.</p>
PNAB 2011	<p>I - Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; II - Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; III - Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; IV - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; V - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês; VI - 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 coletividade; VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e VIII - Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.</p> <p>É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima</p>
PNAB 2017	<p>I. Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;</p> <p>II. Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;</p> <p>III. Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;</p> <p>IV. Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;</p> <p>V. Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;</p> <p>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;</p> <p>VII. Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;</p>

<p>PNAB 2017 (continuação)</p>	<p>VIII. Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;</p> <p>IX. Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;</p> <p>X. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros;</p> <p>XI. Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;</p> <p>XII. Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;</p> <p>XIII. Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;</p> <p>XIV. 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;</p> <p>XV. Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;</p> <p>XVI. Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;</p> <p>XVII. Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.</p> <p>Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.</p> <p>I. Aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;</p> <p>II. Realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;</p> <p>III. Aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;</p> <p>IV. Realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e</p> <p>V. Orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.</p> <p>Importante ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.</p>
--	---

Fonte: Elaborado pela autora, com base na legislação federal (BRASIL, 2006a, 2011, 2017a).

Assim, por meio das versões da PNAB e comparando-as, pode-se afirmar que, com o avançar das novas publicações, as atribuições específicas do ACS se tornaram mais complexas e também em maior quantidade para estes profissionais. O ACS

passou a ter atribuições biomédicas, quando devidamente capacitado e assistido, por exemplo, além de analisar de maneira mais detalhada e profunda o território através de um diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário (BRASIL, 2017a).

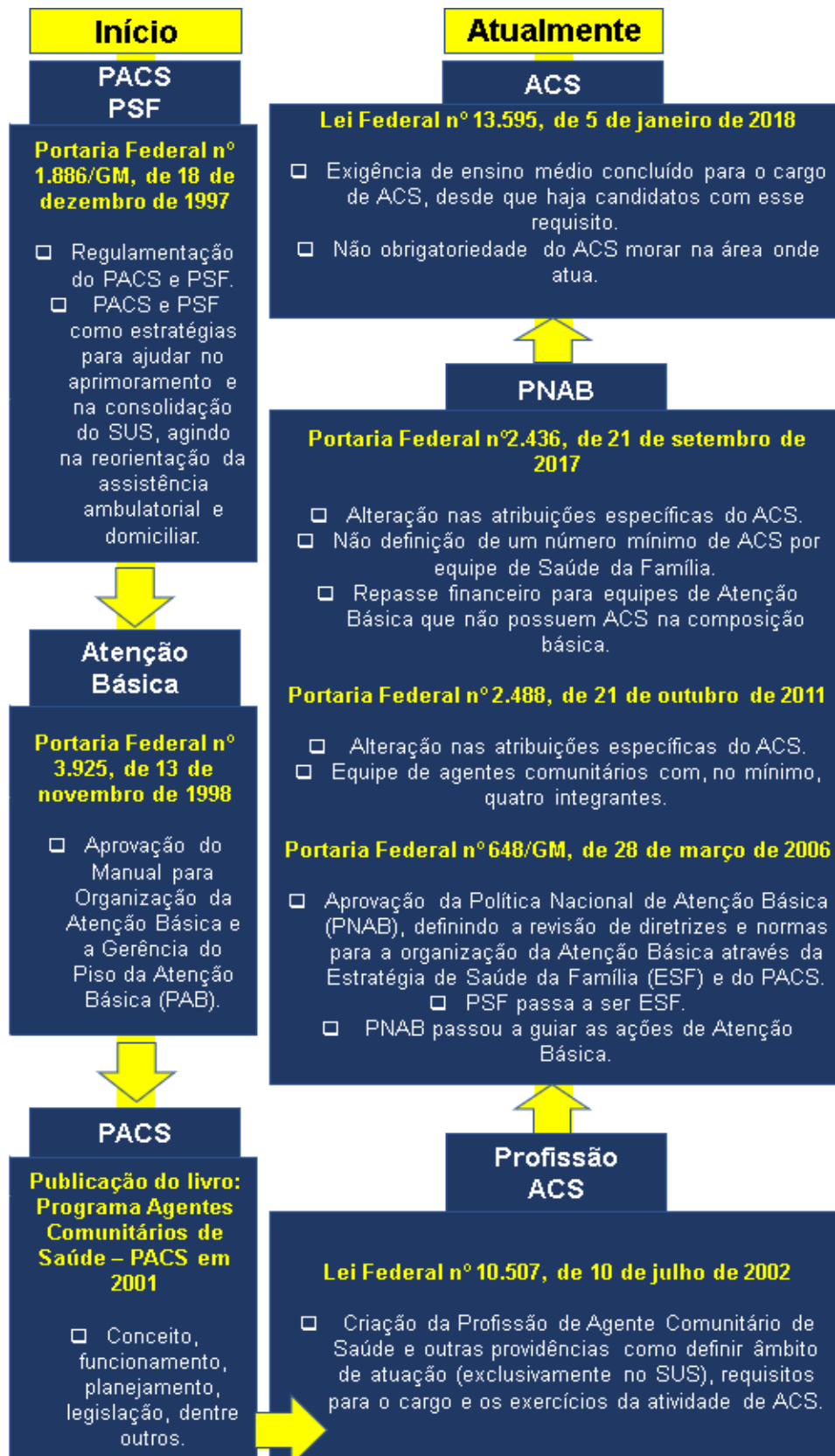
Estas atividades podem ser consideradas de um nível alto de conhecimento, pois envolvem diversos saberes e é necessário que este profissional esteja habilitado para tais serviços. Todavia, reforçamos a ideia de que o processo de qualificação do ACS é, na maioria das vezes, fracionado e não garante uma boa formação para o exercício de funções como a exemplo das competências citadas (TOMAZ, 2002).

Em outra perspectiva, levantamos um questionamento a respeito de alterações provenientes da PNAB de 2017 no caráter da exigência de ACS por equipe: esta última versão da PNAB não impõe um número mínimo de Agentes Comunitários por equipe de Saúde da Família, em contrapartida a PNAB de 2011 que preconizava por um grupo de, pelo menos, 4 ACS. Além disso, a PNAB de 2017 prevê repasse financeiro federal para equipes de Atenção Básica que não tenham o Agente em sua composição básica (BRASIL, 2011, 2017a).

Dessa maneira, reduzir ou anular a presença do ACS na Rede de Atenção Básica caracteriza um processo de retrocesso à implantação do modelo de atenção vigente, afinal, ele se baseia em algumas ações e ideias que são desenvolvidas pelo Agente como territorialização, vínculo com a comunidade (por meio das visitas domiciliares), identificação de determinantes sociais no processo saúde-doença e diversas outras atividades que possibilitam a melhor atuação das equipes nas comunidades (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Perante a explanação sobre os principais marcos da implementação do SUS e do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, além da evolução das PNAB (com ênfase em questões relacionadas ao ACS), elaboramos a Figura 1.

Figura 1 - Cronologia com marcos importantes da trajetória profissional do Agente Comunitário de Saúde e a implementação do SUS



Fonte: Elaborado pela autora, com bases nas legislações federais (BRASIL, 1997, 1998a, 2001a, 2002a, 2006a, 2011, 2017a, 2018).

Após compreender brevemente sobre a história do SUS, a trajetória do ACS e suas atribuições profissionais, faz-se necessário compreender melhor o trabalho deste servidor, que possui desafios atrelados a sua vivência cotidiana, principalmente no município fronteiriço de Corumbá/MS, assunto que abordaremos a seguir.

3. O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A FRONTEIRA

Neste capítulo, iremos tratar primeiramente da atuação profissional do Agente Comunitário de Saúde (ACS) focando nas problemáticas ligadas ao seu trabalho cotidiano, além de destacar a importância deste profissional para o SUS, principalmente, em um município de fronteira como Corumbá/MS. Ainda, serão destacadas as dificuldades inerentes aos estrangeiros e como o ACS se insere nesta realidade.

Em um segundo momento, adentra-se na complexidade da fronteira em relação ao setor da saúde. Neste segmento da pesquisa, serão pontuados o conceito de fronteira e de cidades-gêmeas, o acesso à saúde por parte de cidadãos de outros países, reconhecendo Corumbá/MS e o trabalho do ACS nesta realidade de saúde pública transfronteiriça.

3.1. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde

O Agente Comunitário de Saúde, componente da equipe multiprofissional da ESF, podendo ser morador da comunidade onde atua, realiza diversas atividades como orientação à população, visita domiciliar, acompanhamento de pacientes, dentre outras (BRASIL, 1999b). Sua função se faz essencial por ser o elo entre a comunidade e equipe de Saúde da Família. Isto o torna peça chave para a organização da assistência, permitindo que ele seja “ponte” imprescindível entre os saberes populares e o conhecimento biomédico da equipe (NUNES et al., 2002).

Além disso, este profissional se torna a voz da comunidade dentro dos serviços de saúde. Afinal, ele escuta a comunidade e transporta os questionamentos da população para a equipe de saúde (NASCIMENTO; CORREA, 2008). Este trabalho para dar voz aos moradores passa pelo agir comunicativo e pela criação de espaços de fala e escuta. Todo esse processo é capaz de gerar vínculo afetivo entre ACS e usuários (FERREIRA et al., 2009).

Por outro lado, existem diversas tensões relativas ao trabalho do Agente Comunitário. Ressaltamos, nesse momento, as que se relacionam com a equipe, dentre as quais: o não reconhecimento da capacidade técnica do ACS (FERREIRA et al., 2009); diferenças pessoais e falta de comunicação (PERES et al., 2011); prioridades a outras questões antes das do ACS (WAI, 2007); separação entre “nós” equipe de saúde e o Agente Comunitário, tornando o ACS excluído dentro da eSF (SEABRA, 2006); hierarquização do “saber pelo poder” (SILVA; TRAD, 2005); falta de

compartilhamento (PEDUZZI, 2001; FERRO et al., 2014; PAULA;PALHA; PROTTI, 2004) , dentre outros.

Em outro aspecto problemático da sua atividade, observa-se uma tendência à “romantização” do Agente por parte de usuários e da própria equipe de saúde, colocando sobre ele uma função complexa: ser a mola propulsora da consolidação da Atenção Básica, e conseqüentemente, do SUS. Entretanto, a consolidação do SUS depende de diversos fatores sociais, políticos, técnicos e de pessoas que atuam no sistema, incluindo nestas, o ACS (TOMAZ, 2002).

Somado a este fato e motivado pela falta de uma visível limitação diária nas suas funções, o ACS acaba sendo associado a qualquer atividade a ser feita nas famílias e na comunidade como um todo. Isto gera uma sobrecarga indevida de atribuições para este profissional (TOMAZ, 2002).

Ademais, sabe-se que o conhecimento do ACS é uma construção que se apropria das suas experiências de vida (BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008). Englobando, além disso, saberes técnicos adquiridos em reuniões da equipe (SILVA; TRAD, 2005) e diversos cursos de capacitação, que contribuem para seu crescimento como cidadão e profissional de saúde.

Correlacionado a este fato, destacamos que o processo de qualificação deste profissional ainda é incapaz de garantir o desenvolvimento das novas competências exigidas para sua prática como Agente Comunitário de Saúde (TOMAZ, 2002). Dessa maneira, o Agente acaba encontrando diversas situações para os quais ele não possui o conhecimento necessário para solucionar e/ou enfrentar, questões essas que podem envolver conhecimentos a nível social, sanitário, biomédico, político, comunicativo, de recursos humanos, de assistência social, dentre outros.

Em conseqüência, suas ações acabam não correspondendo às expectativas da equipe, da comunidade, do governo e dele mesmo enquanto Agente Comunitário (SANTOS; FRACOLLI, 2010).

No âmbito das Estratégias de Saúde da Família localizadas em região de fronteira, como é o caso do município de Corumbá/MS, é acrescido como fator dificultoso o atendimento do ACS ao contingente estrangeiro (além dos bolivianos, neste momento também uma elevada quantidade de haitianos, venezuelanos, entre outros), que possui outra língua e suas particularidades culturais.

Dentre as situações diárias enfrentadas pelo contingente de pacientes bolivianos, que se faz maioria, podemos citar: uso de documento de brasileiros para

cadastro no SUS e, portanto, negação da nacionalidade boliviana para usufruto do SUS (SILVA, 2010); desrespeito por parte dos profissionais de saúde (WALDMAN, 2011); preconceitos da sociedade brasileira que associam o boliviano a ideia de doença, sujeira, atraso, pobreza e perigo (COSTA, 2015) e discriminação étnica ao boliviano indígena (COSTA, 2015; MARTES; FALEIROS, 2013). Questões que serão retomadas na discussão deste trabalho.

Outro ponto é a dificuldade do boliviano em expressar seus sintomas e sentimentos na língua portuguesa (MARTES; FALEIROS, 2013). O estudo de Chubaci e Merighi (2002) referente a entrevistas realizadas com 17 pacientes imigrantes japoneses em um hospital na cidade de São Paulo, no período de abril a novembro de 1998, também apontou o idioma como a grande dificuldade no momento da comunicação profissional x pacientes japoneses. Nesta pesquisa, constatou-se problemas no estrangeiro em entender a doença, seu tratamento e também relativos ao relacionamento com a equipe. Estes entraves na comunicação podem gerar desconfiância, insegurança e sofrimento para estes usuários.

A respeito da negativa do boliviano sobre a sua nacionalidade, esta é um reflexo das inúmeras dificuldades de interação social na região da fronteira Brasil-Bolívia, conforme página 19 do trabalho de Madureira, Seixas e Velani (2013):

Todos esses problemas sociais são refletidos nas atitudes dos bolivianos que em muitos casos se rebaixam e escondem sua cultura local. Em conversa com moradores locais descobrimos casos de bolivianos que tentam se passar por brasileiros para que não haja nenhum preconceito ou rejeição. Portanto, mesmo que em muitos casos não esteja explícito, a xenofobia e o preconceito à cultura alheia está presente na cidade de Corumbá, principalmente quando se trata da relação entre brasileiros e bolivianos.

Assim, em localidades fronteiriças, apesar de ocorrerem misturas de aspectos entre as nacionalidades e em ambas encontrarmos características do outro, é comum não ocorrer a unificação dessas partes (SANTOS, 1998).

Portanto, em uma região transfronteiriça como a de Corumbá/MS, o serviço de saúde tem de atuar com a comunidade local, mas constantemente se depara também com as demandas populacionais de cidadãos de outras nacionalidades. Dessa maneira, em diversos contextos, os estrangeiros usufruem dos serviços de saúde na rede de Atenção Básica e o ACS, como trabalhador do SUS, precisa estar devidamente capacitado para orientar e acolher esse grupo.

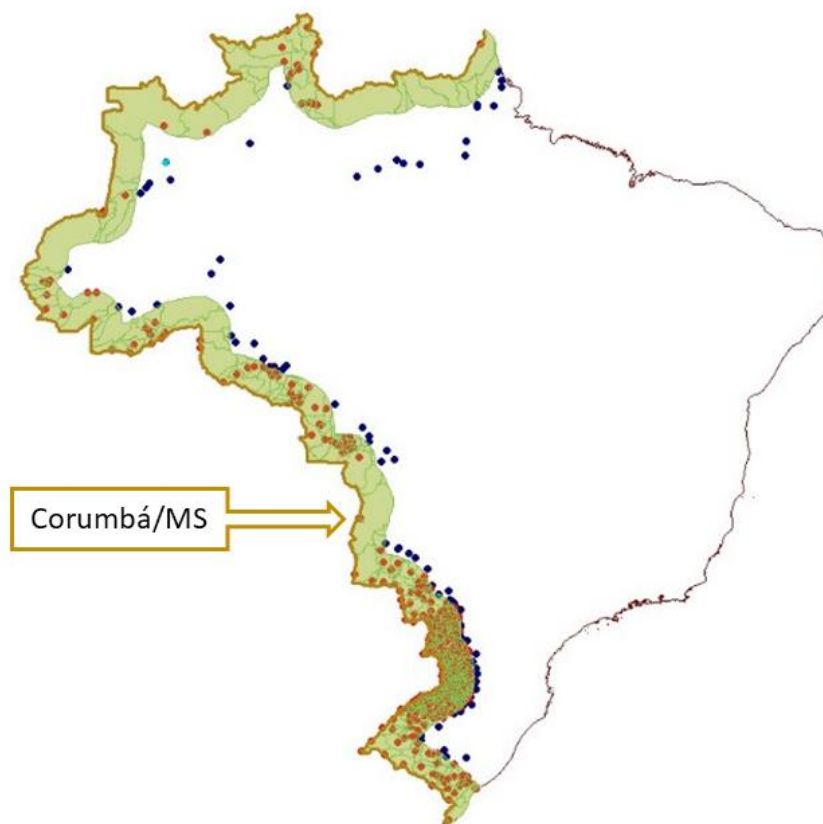
3.2. A complexa relação entre a fronteira e a saúde

Na sua origem, o conceito de fronteira remete ao latim *front*, *in front*, ou seja, às margens. Enquanto, Foucher (1992) afirma que a origem do nome fronteira deriva de *front*, *la ligne de front*, termo associado à guerra. Esta última derivação é resultado de uma construção histórica que associa o termo “fronteira” com a divisão de soberanias, disputa de poder, defesa do território nacional, limite das leis do Estado, dentre outros (NOGUEIRA, 2007).

No entanto, é necessário pensar na fronteira como um lugar único, que possui identidades particulares e plurais. Estas últimas definidas pela convivência entre duas ou mais nações que compartilham sua história, cultura, soberania nacional, mas sobretudo, o território do ponto de vista socioeconômico. Portanto, a fronteira deve ser interpretada através da compreensão que seus habitantes possuem dela e de como se relacionam com seus vizinhos (NOGUEIRA, 2007).

Nessa perspectiva, o Brasil faz fronteira com dez países do continente sul-americano, com uma área fronteira que corresponde a aproximadamente 16,6% do território nacional, abrangendo 11 estados e 588 municípios (IBGE, 2019a), conforme Mapa 1.

Mapa 1 - Municípios da Faixa de Fronteira 2018. Destaque para localização de Corumbá/MS



Fonte: IBGE (2019a), adaptado pela autora.

A criação de uma faixa de fronteira, estabelecida em 150 quilômetros de largura paralela à linha divisória terrestre do território nacional, foi motivada por ser esta uma área estratégica para a segurança nacional, de acordo com uma Lei Federal de 1979 (BRASIL, 1979). Compreende-se que esta legislação resulta de uma concepção da fronteira como peça fundamental para a defesa, tendo características de imposição de barreiras às ameaças externas e de estabelecimento de limites nas relações com os países vizinhos (GADELHA; COSTA, 2007).

Entretanto, atualmente a finalidade do Estado não é mais a conquista de território, nem a colonização. Dessa forma, preconiza-se, em âmbito interno, pela construção de Estados de direito democrático, social e ambiental, sendo em plano externo por Estados abertos, amigáveis e cooperadores (CANOTILHO, 2003).

Para mais, com a globalização, a mobilidade do homem se tornou mais frequente. Considerando o fato de ser uma fronteira, esse fluxo é ainda mais intenso (BRANCO; TORRONTÉGUY, 2013). Fato que ocorre principalmente em cidades-

gêmeas, definidas por uma Portaria Federal de 2014 do Ministério da Integração Nacional (BRASIL, 2014) como:

[...] municípios cortados pela linha de fronteira, seja essa seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura, que apresentem grande potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar uma conurbação ou semi-conurbação com uma localidade do país vizinho, assim como manifestações "condensadas" dos problemas característicos da fronteira, que aí adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania

Neste contexto, os municípios de Corumbá (Brasil) e *Puerto Quijarro* (Bolívia) são considerados cidades-gêmeas (BRASIL,2014) e a dinâmica de relação entre elas faz com que se tenha um grande potencial de integração econômica e cultural na região (Figuras 2 e 3). Vale ressaltar que os municípios de *Puerto Suárez* (Bolívia) e Ladário (Brasil), por conta da proximidade geográfica, também participam dessa realidade (Figura 3).

Figura 2 - Região de fronteira entre os municípios de Corumbá/MS (Brasil) e *Puerto Quijarro* (Bolívia)



Fonte: *Google Earth*, adaptado pela autora.

Figura 3 - Região de fronteira entre os municípios brasileiros de Corumbá/MS, Ladário/MS e os bolivianos de *Puerto Quijarro* e *Puerto Suárez*



Fonte: *Google Earth*, adaptado pela autora.

Os quatro municípios mencionados possuem uma população total estimada de 168.549 habitantes, a saber: no lado brasileiro, Corumbá 111.435 e Ladário 23.331 habitantes (IBGE, 2019b) e no lado boliviano *Puerto Suarez* com 18.240 e *Puerto Quijarro* 15.543 habitantes (INE, 2012). Além disso, Corumbá está há aproximadamente 430 quilômetros de distância de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul, enquanto que *Puerto Quijarro* está há aproximadamente 645 quilômetros de distância de *Santa Cruz de la Sierra*, capital do Departamento de Santa Cruz, a cidade mais populosa da Bolívia.

Essa situação demonstra que a dinâmica transfronteiriça entre esses quatro municípios se dispõe em um cenário de relativo “isolamento” geográfico, o que justifica a centralidade de Corumbá nestas relações, por conta de ser a quarta maior cidade em população do estado de Mato Grosso do Sul (IBGE, 2019c). Dessa forma, este município acaba concentrando diversos serviços públicos e privados exclusivos em toda essa região de fronteira Brasil-Bolívia.

Diante do exposto, ressaltamos que um dos maiores elementos incentivadores de fluxos transfronteiriços em cidades-gêmeas são os serviços de consumo coletivo como saúde, educação, saneamento, dentre outros. Esse fluxo ocorre justamente por conta da diferença de oferta de serviços, com dominância de fluxos dirigidos ao Brasil e sendo a maior parte deles relacionados aos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Correlacionado a este fato, os Secretários de Saúde brasileiros dessas áreas relatam que quando existe o atendimento dessa livre demanda estrangeira, esses

dados não são computados na base de cálculo dos recursos financeiros destinados ao SUS. Afinal, estas finanças estão associadas ao “per capita”, ou seja, ao número de habitantes residentes no município, excluindo estrangeiros e também brasileiros que moram no outro país desse levantamento. Esta situação, muitas vezes, gera má vontade e preocupação em atender esses grupos (BRASIL, 2005).

Relacionado ao acesso dos estrangeiros aos serviços públicos de saúde brasileiros, a Lei Federal de 1980 não previa algum direito (BRASIL, 1980). Portanto, não existia um marco regulatório único para tratar sobre o direito do estrangeiro ao SUS, com exceção de alguns acordos locais definidos por alguns países, dependendo da relação existente entre eles. Isto fazia com que alguns municípios atendessem essa demanda e outros simplesmente se recusassem a ofertar atendimento (BRANCO; TORRONTGUY, 2013).

Dessa maneira, quem decidia a conduta a ser adotada era o gestor local, tendo poder discricionário, que se entende por: diante do caso, ele tem a possibilidade de decidir, segundo critérios de oportunidade e conveniência, as opções, todas válidas para o direito (BRANCO; TORRONTGUY, 2013).

Entretanto, a Lei Federal de 1980 foi revogada pela Lei Federal de Migração de 2017 (BRASIL, 1980, 2017b), que assegura ao migrante acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória. Assim, o estrangeiro que buscar atendimento na rede pública de saúde será atendido, pelo menos, em caráter de urgência/emergência.

Explicitando de forma mais aprofundada, a problemática ligada a esse atendimento se relaciona a casos em que o paciente estrangeiro necessita de um acompanhamento contínuo ou mais complexo no SUS. Sendo necessário, para tanto, a emissão do Cartão Nacional de Saúde (CNS), também conhecido por cartão SUS, para esse estrangeiro. Para tanto, são exigidos pelo sistema de cadastro alguns documentos obrigatórios⁸, como os fornecidos através da Polícia Federal e da Receita Federal, além de algum documento que comprove sua residência no Brasil.

Assim, o estrangeiro que consegue cumprir com as documentações solicitadas emite seu CNS e passa a ter acesso a todos os serviços de saúde ofertados pelo

⁸ Dados fornecidos pelo Setor responsável pela emissão do Cartão Nacional de Saúde (CNS) da Prefeitura Municipal de Ladário/MS e pelo Núcleo de Informação de Saúde da Prefeitura Municipal de Corumbá/MS.

sistema público, seja em nível básico ou complexo. No entanto, devemos destacar que é uma situação recorrente o estrangeiro não conseguir cumprir com os critérios necessários para emitir o Cartão SUS, se utilizando, por vezes, de meios ilegais para obter acesso ao SUS como a falsificação ideológica destacada por Silva (2010).

Neste contexto, a atuação do Agente Comunitário de Saúde se torna mais complexa, mas ainda mais vital, sendo fundamental na assistência aos estrangeiros desde o acolhimento até a orientação sobre questões legais para regularização no país, emissão do CNS e aspectos de saúde, por exemplo. Podemos observar que essas atribuições relacionadas à demanda estrangeira englobam diferentes áreas de conhecimento. Desse modo, para exercê-las, este profissional precisa estar devidamente capacitado.

Ademais, toda essa complexidade demonstra o cenário intrincado e dinâmico de atuação do ACS na região fronteira de Corumbá/MS. Para tanto, consideramos necessário detalharmos elementos relacionados a atuação desse profissional no referido município, conforme destacaremos no capítulo a seguir.

4. CORUMBÁ E A ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Neste capítulo, trataremos sobre a metodologia da pesquisa, além dos resultados e discussões obtidos na pesquisa do perfil socioprofissional e da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde nas equipes de Saúde da Família em Corumbá/MS. Mais precisamente, explanaremos, em um primeiro momento, sobre o delineamento, amostragem, dinâmica da coleta de dados e metodologia de análise do estudo de campo. E, na segunda parte, serão expostos os resultados obtidos na pesquisa e discussões associadas a esses.

4.1. Metodologia

Segundo o Relatório Público do Governo sobre a cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde e da Atenção Básica em março/2020 (BRASIL, 2020)⁹, Corumbá/MS tem uma população de 111.435 habitantes e existe um total de 187 ACS trabalhando no município, portanto a cobertura de ACS é de 96,49%. Enquanto, o número de Estratégias de Saúde da Família (ESF) são 26, mencionadas individualmente no quadro 2. Dessa forma, apresenta-se cobertura de ESF de 80,50% e, por fim, a cobertura da Atenção Básica é de 83,75% nesta localidade.

Quadro 2 – Estratégias de Saúde da Família do município de Corumbá –MS (2019)

Número de ESF	Estratégias de Saúde da Família de Corumbá-MS no ano de 2019
1.	ESF Angélica Anache
2.	ESF Beira Rio
3.	ESF Breno de Medeiros 1
4.	ESF Breno de Medeiros 2
5.	ESF Dr. Walter Victório
6.	ESF Ênio Cunha

⁹ Este Relatório foi obtido através do site egestor.saude.gov.br, adentrando no link "Relatórios Públicos", em seguida na opção "Histórico de Cobertura" e nas duas alternativas "Cobertura da Atenção Básica" e "Cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde". Dessa forma, foram preenchidos os dados do município de Corumbá/MS e optou-se pelo mês/ano mais atualizado existente: março/2020 (BRASIL, 2020).

7.	ESF Ênio Cunha 2
8.	ESF Fernando Moutinho
9.	ESF Gastão de Oliveira 1
10.	ESF Gastão de Oliveira 2
11.	ESF Humberto Pereira
12.	ESF Jardim dos Estados
13.	ESF João Fernandes
14.	ESF Lúcia Maria 1
15.	ESF Lúcia Maria 2
16.	ESF Luis Fragelli
17.	ESF Mato Grande 1
18.	ESF Mato Grande 2/Albuquerque
19.	ESF Nova Corumbá
20.	ESF Padre Ernesto Sassida
21.	ESF Pedro Paulo 1
22.	ESF Pedro Paulo 2
23.	ESF Popular Velha
24.	ESF Ranulfo de Jesus
25.	ESF São Bartolomeu
26.	ESF Taquaral

Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde – Gerência Geral de Operações da saúde do município de Corumbá-MS.

Durante a execução da aplicação dos questionários desta pesquisa, feita no início do ano de 2019, o número de Agentes Comunitários de Saúde fornecidos pela

Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá/MS ainda era de 179, distribuídos em 26 ESF como apresentado na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde nas Estratégias de Saúde da Família do município de Corumbá (2019)

Estratégia de Saúde da Família	Quantidade de ACS integrantes da equipe
ESF Angélica Anache	7
ESF Beira Rio	10
ESF Breno de Medeiros 1	6
ESF Breno de Medeiros 2	7
ESF Dr. Walter Victório	7
ESF Ênio Cunha 1	7
ESF Ênio Cunha 2	7
ESF Fernando Moutinho	6
ESF Gastão de Oliveira 1	7
ESF Gastão de Oliveira 2	5
ESF Humberto Pereira	7
ESF Jardim dos Estados	6
ESF João Fernandes	7
ESF Lúcia Maria 1	7
ESF Lúcia Maria 2	7
ESF Luis Fragelli	7
ESF Mato Grande 1	7
ESF Mato Grande 2/Albuquerque	4
ESF Nova Corumbá	6
ESF Padre Ernesto Sassida	7
ESF Pedro Paulo 1	5
ESF Pedro Paulo 2	7
ESF Popular Velha	7
ESF Ranulfo de Jesus	7
ESF São Bartolomeu	7
ESF Taquaral	12
Total	179

Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde – Gerência Geral de Operações da saúde do município de Corumbá/MS no ano de 2019.

4.1.1. Delineamento do estudo de campo

Conforme previamente descrito, a análise de campo foi realizada no município fronteiriço de Corumbá/MS, na área de saúde pública (SUS), mais especificamente no âmbito das Estratégias de Saúde da Família (ESF). De forma geral, esta pesquisa classifica-se como quantitativa e qualitativa com característica exploratória e analítico-descritiva.

Nesta pesquisa, foi feita uma pesquisa bibliográfica científica e documental com levantamento de dados da legislação e documentos oficiais, além de pesquisas em artigos científicos, dentre outros, a fim de entender melhor a dinâmica que envolve a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde dentro do SUS no município de Corumbá/MS.

Dando continuidade, para analisar o ACS foi aplicado um questionário a estes profissionais com perguntas de características específicas (fechadas) e amplas (abertas) a fim de conhecer melhor a sua realidade, conforme apêndice A. Este questionário visou detalhar aspectos socioprofissionais e a atuação cotidiana do Agente Comunitário de Saúde das ESF de Corumbá/MS.

4.1.2. Amostragem do estudo

A amostra que compôs a pesquisa de campo engloba os Agentes Comunitários de Saúde das equipes de Saúde da Família das ESF do município de Corumbá/MS, considerando que o município alvo conta com 26 Estratégias de Saúde da Família em seu território, já especificadas conforme quadro 2. Na pesquisa, somente uma ESF não teve participantes, como explicaremos adiante. Dessa forma, colaboraram com o estudo os ACS de 25 ESF do município mencionado.

O questionário foi realizado com 50 Agentes Comunitários de Saúde que voluntariamente preencheram ao mesmo. Adotou-se como critérios de inclusão para participação na pesquisa: 1) Ser Agente Comunitário de Saúde pertencente a equipe de saúde de uma Estratégia de Saúde da Família do município de Corumbá/MS; 2) Ter aceito voluntariamente preencher o questionário; 3) Ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para pesquisa em seres humanos em suas duas vias e rubricado sua assinatura em todas as folhas de ambos os documentos; 4) O questionário ter sido preenchido à caneta pelo voluntário e conter todos os dados essenciais para análise de dados.

Por conta dos critérios adotados, dois questionários foram excluídos da pesquisa: um por ter sido preenchido à lápis e outro por não conter todas as informações necessárias para compilação dos dados. Dessa maneira, a amostra considerada para análise da pesquisa de campo foi de 48 questionários. Este número propiciou uma amostra de aproximadamente 27% do total de ACS de Corumbá em 2019, um percentual relevante para uma análise exploratória do quadro geral.

A correspondência entre a quantidade de ACS que participaram da pesquisa em cada Estratégia de Saúde da Família no município de Corumbá/MS foi feita através da tabela 2 a seguir. Visamos atingir todas as ESF do município. Mas, como pode-se notar, uma ESF não teve participantes na pesquisa, a ESF Mato Grande 1. Explicamos que a pesquisadora responsável tentou marcar por diversas vezes a visita para realizar a pesquisa com a enfermeira chefe da equipe, porém não obteve êxito.

Portanto, esta ESF não teve voluntários na pesquisa, mas, perante a amostra total, consideramos que essa ausência não impactaria na análise proposta pela pesquisa.

Tabela 2 - Quantidade de Agentes Comunitários de Saúde que responderam o questionário por Estratégia de Saúde da Família do município de Corumbá (2019)

Estratégia de Saúde da Família	Quantidade de ACS que responderam o questionário
ESF Angélica Anache	2
ESF Beira Rio	2
ESF Breno de Medeiros 1	2
ESF Breno de Medeiros 2	2
ESF Dr. Walter Victório	2
ESF Ênio Cunha 1	2
ESF Ênio Cunha 2	2
ESF Fernando Moutinho	2
ESF Gastão de Oliveira 1	2
ESF Gastão de Oliveira 2	2
ESF Humberto Pereira	2
ESF Jardim dos Estados	2
ESF João Fernandes	2
ESF Lúcia Maria 1	1
ESF Lúcia Maria 2	2
ESF Luis Fragelli	2
ESF Mato Grande 1	0
ESF Mato Grande 2/Albuquerque	2
ESF Nova Corumbá	2
ESF Padre Ernesto Sassida	2
ESF Pedro Paulo 1	1
ESF Pedro Paulo 2	3
ESF Popular Velha	2
ESF Ranulfo de Jesus	2
ESF São Bartolomeu	2
ESF Taquaral	1
Total	48

Fonte: Elaborado pela autora.

4.1.3. Dinâmica da coleta dos dados

A aplicação dos questionários foi realizada no primeiro semestre do ano de 2019. Para realizar a pesquisa, foi solicitada a aprovação da Secretaria de Saúde do município de Corumbá/MS através de uma carta de autorização (Apêndice B). Após esta autorização, a pesquisa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética da UFMS, tendo sido aprovada (CAAE 07655119.7.0000.0021) conforme Anexo A. Após obtenção dessas duas autorizações, foi iniciada a aplicação dos questionários nas Estratégias de Saúde da Família em Corumbá/MS.

Primeiramente, a pesquisadora se apresentou ao(a) chefe da equipe de Saúde da Família de cada ESF, via telefone (aplicativo ou ligação), esclarecendo sobre a pesquisa a ser realizada no local e explicando sobre os documentos comprobatórios (Carta de autorização da Secretaria Municipal de Saúde e Parecer consubstanciado do Comitê de Ética da UFMS com aprovação da pesquisa).

Para mais, esta expôs também que faziam parte da pesquisa outros documentos como uma carta de informação aos participantes da pesquisa (Apêndice C), contendo referências sucintas a respeito da pesquisa para ACS e enfermeiro(a) se informarem; o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para pesquisa em seres humanos dirigido aos ACS voluntários que aceitassem participar da pesquisa (Apêndice D) e o questionário semiestruturado.

Após a aprovação do(a) enfermeiro(a), foi feito um agendamento, junto ao(a) chefe da eSF, para ser feita a aplicação do questionário com os ACS. Então, conforme, o dia marcado previamente, a pesquisadora se dirigiu a cada ESF de Corumbá/MS, portando todos os documentos necessários: Carta de autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá/MS, Parecer consubstanciado do Comitê de Ética da UFMS com aprovação da pesquisa, Carta de informação aos participantes da pesquisa, TCLE para pesquisa em seres humanos e o questionário semiestruturado.

Dessa maneira, a pesquisadora se dirigiu aos Agentes Comunitários de Saúde que foram convidados a participar da pesquisa por meio da “carta de informação aos participantes da pesquisa”, tendo a liberdade de aceitar ou recusar colaborar com a pesquisa, ou seja, participação voluntária. Esta enfatizou que, apesar de serem vários ACS, apenas um se voluntariando de cada equipe de Saúde da Família já seria o suficiente para a realização da pesquisa. Porém, caso nenhum ACS da eSF aceitasse, não existia problema algum.

Após esta fase, ao ACS que aceitou contribuir com a pesquisa, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisa em humanos. Este Termo contém informações gerais da pesquisa, além de possíveis riscos e/ou benefícios do estudo. Este documento, que possui duas vias, foi rubricado pelo participante e pela pesquisadora em todas as folhas e assinado em sua última folha por ambos, permanecendo uma das versões com o ACS e a outra com a pesquisadora. Ademais, o participante foi informado que poderia desistir a qualquer momento da participação na pesquisa, sendo então a desistência documentada e devidamente assinada por ele.

Em relação a alguma sensação de desconforto/constrangimento, seguiu-se amplos cuidados a fim de preservar o bem-estar do participante, reforçando que se trata de uma pesquisa de caráter exclusivamente científico, sem qualquer envolvimento do poder público executivo. Destacando ainda o fato de que é mantido o anonimato do Agente Comunitário de Saúde sobre a exposição dos dados obtidos no questionário, portanto, não foi citado nome, muito menos alguma informação pessoal do profissional.

Por fim, esta pesquisadora custeou com todos os gastos advindos das atividades de campo, sem qualquer oneração aos pesquisados, bem como às instituições envolvidas.

4.1.4. Metodologia de análise

A metodologia escolhida para analisar dos dados obtidos em perguntas fechadas foi a técnica estatística descritiva, enquanto que os dados de perguntas abertas foram avaliados por meio do método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Sobre o DSC, este é uma reconstituição de um Ser Coletivo, que opina na forma de um sujeito de discurso na primeira pessoa do singular. Este método é uma forma de reconstruir as representações existentes no campo pesquisado através dos relatos coletados de indivíduos (LEFREVE; LEFREVE, 2006).

Segundo LEFRÈVE et al. (2002, p.2):

O DSC, enquanto técnica de pesquisa qualitativa é um procedimento de tabulação de depoimentos verbais, que consiste basicamente em analisar o material coletado de entrevistas feitas a partir de um roteiro de questões abertas, extraindo-se de cada uma das respostas as Ideias Centrais e/ou Ancoragens e as suas correspondentes Expressões Chave; com as Expressões Chave das Ideias Centrais ou Ancoragens semelhantes compõe-se um ou vários DSCs, que são

discursos-síntese enunciados na primeira pessoa do singular, como se fosse a fala ou o depoimento de uma coletividade.

Logo, com os questionários aplicados, o passo seguido foi analisar as respostas de todos os pesquisados (questão por questão), destacando Expressões Chave (ECH) de cada depoimento. As ECH são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que devem ser devidamente sublinhados, iluminados, coloridos, pelo pesquisador, revelando a essência do depoimento ou a teoria subjacente (LEFRÈVRE et al., 2002).

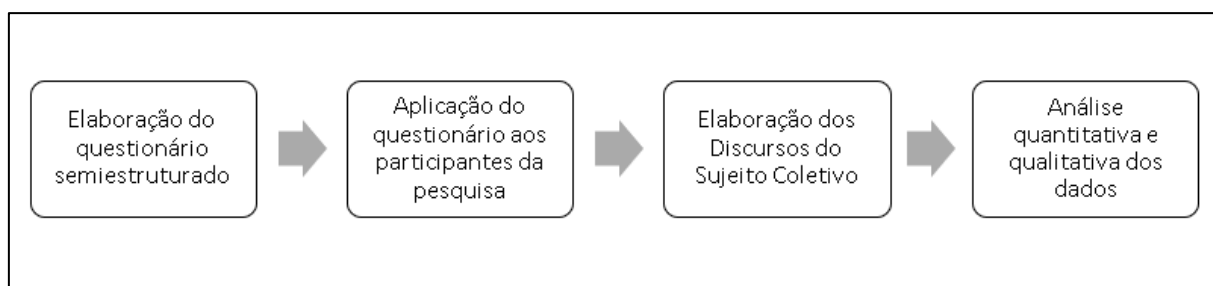
Feito isso, foram identificadas as Ideias Centrais (IC), através do resultado obtido nas ECH. A Ideia Central é um nome ou expressão linguística que revela e descreve da forma mais resumida, precisa e fidedigna possível o sentido das afirmações presentes em cada conjunto de ECH. Dessa maneira, subsequentemente, estas IC dão origem aos DSC. Importante ressaltar que a ideia central é uma descrição do depoimento dos pesquisados e não uma interpretação do que foi dito (LEFRÈVRE et al., 2002).

Ainda segundo LEFRÈVRE et al. (2002, p. 3), tem-se a figura da Ancoragem (AC):

[...] entendemos um dado conteúdo discursivo presente em um determinado depoimento, que é a manifestação linguística explícita de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença, ou valor que o autor do discurso professa e que, na qualidade de **afirmação genérica**, está sendo usada pelo enunciador para "enquadrar" uma situação específica. É importante observar que todo depoimento tem uma ou várias ICs mas apenas alguns depoimentos apresentam, de maneira explícita, as marcas discursivas da Ancoragem.

Perante nossos objetivos, optamos por analisar as questões abertas utilizando o método do Discurso do Sujeito Coletivo.

Figura 4 - Fluxograma das etapas da pesquisa de campo



Fonte: Elaborado pela autora.

4.2. Resultados e discussões

Neste item, foi feita a sistematização dos dados obtidos na aplicação do questionário semiestruturado e, concomitantemente, a sua discussão. O motivo para ter sido feita a escolha de unir essas duas etapas do trabalho neste item foi o fato de se pensar na melhor forma de leitura e interpretação dos dados para o leitor. Assim, logo após a apresentação dos dados já estão dispostas suas referidas análises.

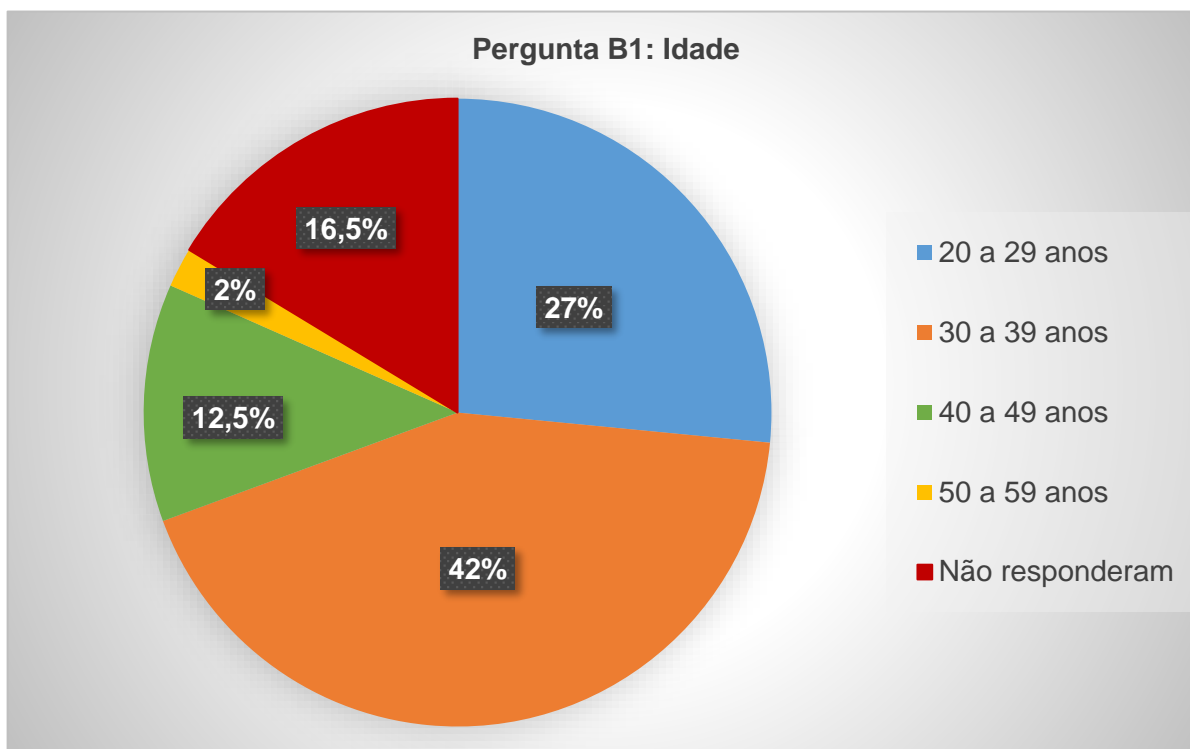
A respeito do questionário, este foi dividido em três seções para melhor análise: A) Apresentação, B) Dados Socioprofissionais e C) Dados Laborais, vide Apêndice A.

No item “A”, os participantes responderam em um dos itens o nome da ESF a qual pertencem, gerando a tabela 2, previamente apresentada (página 52). E, como sabemos, todos os participantes trabalham no município de Corumbá-MS/Brasil.

4.2.1. Dados Socioprofissionais (seção B)

Em sequência, no item “B” do questionário, foram feitas perguntas sobre: idade, sexo, formação e se o participante possui algum problema de saúde. Dessa maneira, podemos definir o perfil socioprofissional do ACS em Corumbá-MS. Além disso, com os dados obtidos, foi feita a construção de gráficos e tabelas para cada uma das perguntas realizadas nesta seção, conforme sistematização a seguir.

Na **pergunta B1** (gráfico 1, tabela 3) referente a faixa etária dos participantes da pesquisa, observa-se que o maior percentual (42%) possuem entre 30 a 39 anos. Em sequência, 27% tem entre 20 a 29 anos. Estas duas faixas etárias juntas correspondem a 69% do total.

Gráfico 1 - Faixa etária dos Agentes Comunitários de Saúde da pesquisa

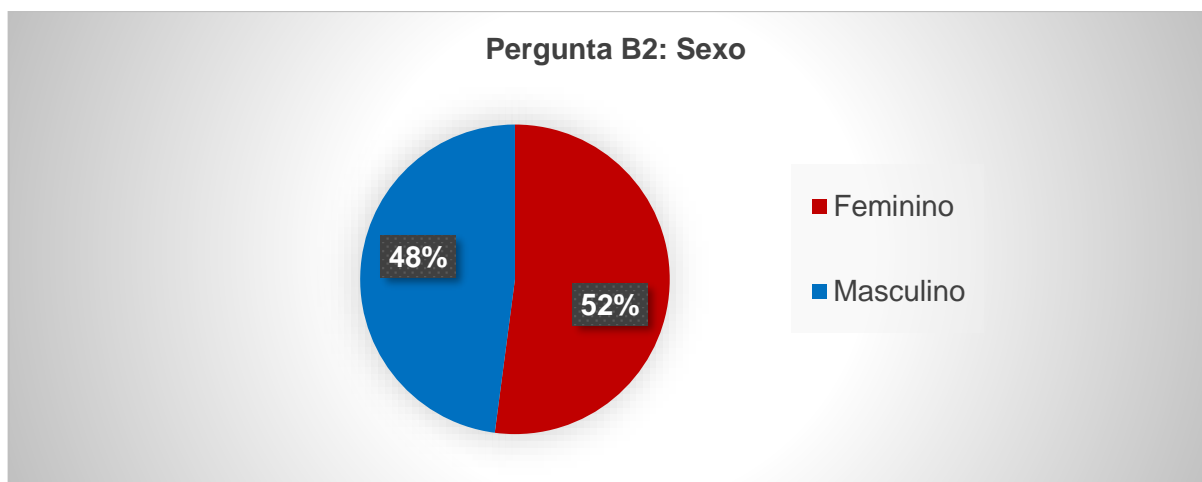
Fonte: elaborado pela autora.

Tabela 3 - Faixa etária dos Agentes Comunitários de Saúde participantes da pesquisa

Respostas	Quantidade de participantes	Percentual
De 20 a 29 anos	13	27%
De 30 a 39 anos	20	42%
De 40 a 49 anos	6	12,5%
De 50 a 59 anos	1	2%
Mais de 60 anos	0	-
Não responderam	8	16,5%
Total	48	100%

Fonte: elaborado pela autora.

Já na **pergunta B2** (gráfico 2, tabela 4) referente ao sexo do participante, 52% são mulheres enquanto 48% são homens, o que revela um equilíbrio entre os sexos dos ACS voluntários da pesquisa em Corumbá/MS.

Gráfico 2 - Sexo dos Agentes Comunitários de Saúde participantes da pesquisa

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 4 - Sexo dos Agentes Comunitários de Saúde participantes da pesquisa

Respostas	Quantidade de participantes	Percentual
Feminino	25	52%
Masculino	23	48%
Total	48	100%

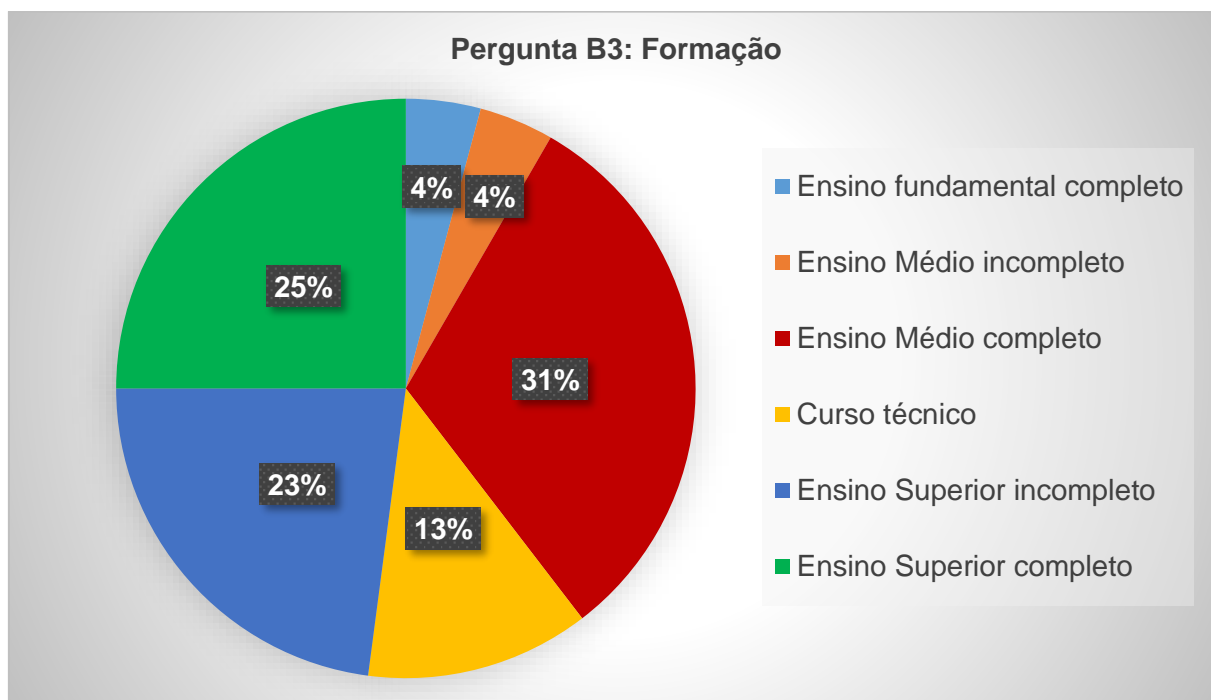
Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto à **pergunta B3** (gráfico 3, tabela 5), observamos que os ACS de Corumbá/MS apresentam uma boa formação escolar: 31% apresentam ensino médio completo, 13% tem curso técnico e 48% possuem ensino superior completo ou incompleto. Fato que auxilia na atividade profissional pois, com a última versão da PNAB em 2017 (BRASIL, 2017a), as atribuições do Agente ficaram mais específicas e complexas. Contudo, este fato não exclui a importância de uma Educação Permanente em Saúde para esses trabalhadores.

A respeito da formação, durante a trajetória do ACS no SUS, Morosini e Fonseca (2018) explicitam que um dos indicadores que apresentou considerável modificação foi a escolaridade desse profissional. Nos primeiros 10 anos de implantação do PACS e PSF, era necessário que o Agente soubesse apenas ler e escrever. Em 2002, a Lei Federal nº 10.507 passou a exigir o ensino fundamental desta categoria (BRASIL, 2002a). Logo após, a Lei Federal nº 13.595 considerou a admissão de candidatos com ensino médio, como primeira opção e, caso não existam

indivíduos com esse nível de escolaridade, pessoas com ensino fundamental poderiam assumir a função de Agente Comunitário (BRASIL, 2018).

Gráfico 3 - Formação escolar dos Agentes Comunitários de Saúde participantes da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora.

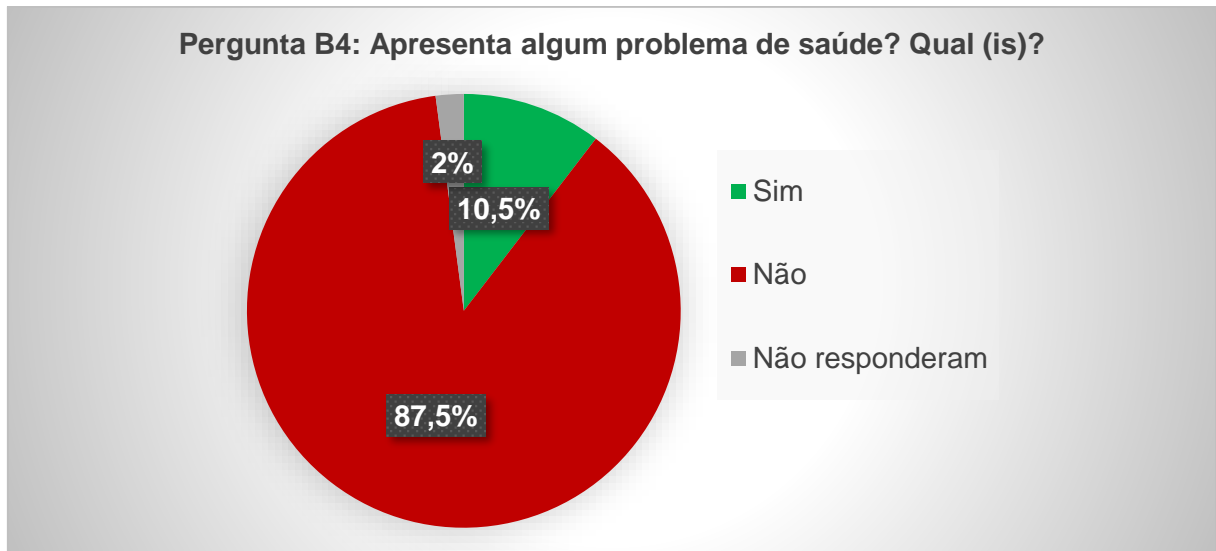
Tabela 5 - Formação escolar dos Agentes Comunitários de Saúde participantes da pesquisa

Respostas	Quantidade de participantes	Percentual
Ensino Fundamental incompleto	0	-
Ensino Fundamental completo	2	4%
Ensino Médio incompleto	2	4%
Ensino Médio completo	15	31%
Curso técnico	6	13%
Ensino Superior incompleto	11	23%
Ensino Superior completo	12	25%
Total	48	100%

Fonte: Elaborado pela autora.

A respeito da **pergunta B4** (gráfico 4, tabela 6 e tabela 7), pouco mais de 10% dos entrevistados responderam que possuem algum problema de saúde sendo estes: hipertensão arterial, bronquite, sinusite, hérnia de disco, artrite reumatoide, psoríase e alteração visual.

Gráfico 4 - Problemas de saúde dos participantes da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 6 – Primeira parte da Pergunta B4: Apresenta algum problema de saúde?

Respostas	Quantidade de participantes	Percentual
Sim	5	10,5%
Não	42	87,5%
Não responderam	1	2%
Total	48	100%

*Houve indivíduos que citaram mais de um problema de saúde

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 7 – Segunda parte da pergunta B4: Problemas de saúde dos ACS da pesquisa

Problemas de saúde citados pelos ACS em resposta à pergunta “ Qual (is)?”	Quantidade de citações
Hipertensão arterial	1
Bronquite	1
Sinusite	1
Hérnia de disco	1
Artrite reumatoide	1
Psoríase	1
Visual	1
Total	7

Fonte: Elaborado pela autora.

É importante conhecer os problemas de saúde dos profissionais para observar se existe correlação das enfermidades apresentadas com dificuldades que eles possuam durante a atividade profissional, por exemplo. Segundo Pitta (1990), sentimentos fortes que causam sofrimento mental podem estar ligados ao aparecimento de doenças somáticas, principalmente em trabalhadores que se sintam sobrecarregados e não tenham defesas mentais para tal.

Baseado na Psicodinâmica do Trabalho de Christophe Dejours, pontos negativos nas relações com o trabalho (rigidez e fragmentação na organização do trabalho, uma relação enfraquecida de confiança, cooperação e reconhecimento, dentre outros) podem ser causas de sofrimento e a somatização (doença) pode surgir como uma tentativa pessoal encontrada para suportar essa angústia gerada (OLIVEIRA, 2003).

Relacionado ao tema, a organização do trabalho é a separação dos indivíduos em diferentes posições para que se possa realizar a tarefa. Neste contexto, existe a relação de um trabalhador com o outro e as funções diárias que perpassam pelo ideal (que foi ordenado) e o real (o que o trabalhador é capaz de fazer dentro de suas limitações). Partindo de uma relação com esta organização prescrita em que o profissional não é reconhecido, não tem liberdade e não consegue ressignificar o sofrimento gerado no exercício da sua função, por exemplo, pode surgir o

aparecimento de uma patologia psicossomática (doença somática que tem como causas aspectos mentais) neste trabalhador (OLIVEIRA, 2003).

Mc Dougall (1989) citou úlcera gástrica, neurodermatose, hipertensão essencial, asma, tireotoxicose, retocolite hemorrágica, artrose reumatoide, tendência crescente a acidentes físicos e doenças infecciosas como respostas ao esgotamento e sofrimento psíquico. Para mais, explanou que a angústia e a depressão se transformam corporalmente em cansaço e apatia no cotidiano.

Ainda, no estudo de Almeida, Baptista e Silva (2016) realizado com 137 ACS da cidade de Caraguatatuba, estado de São Paulo, 5 Agentes apontaram ter doenças hipertensivas relacionadas à preocupação e tensão no desempenho diário de suas funções, além do fator idade.

4.2.2. Dados Laborais (seção C)

Já o item “C” do questionário é o mais extenso. Nesta seção, as questões abordaram tempo de trabalho do Agente, capacitação, principais dificuldades no desempenho da função, avaliação pessoal sobre seu desempenho e temas com maior dificuldade para orientar a população.

Além disso, questionamos também sobre o atendimento a demanda boliviana e principais dificuldades relacionadas, treinamento para atender demanda boliviana, faixa etária com maior dificuldade de trabalho, se o ACS se considera preparado para trabalhar e se o mesmo sente necessidade de aprender mais.

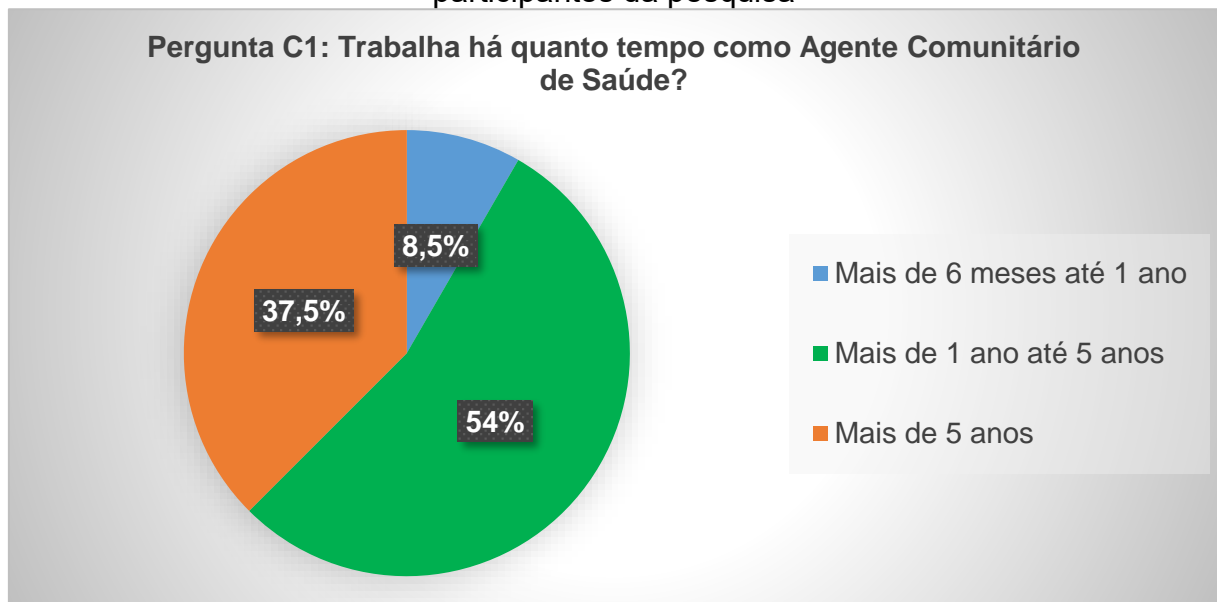
Ainda, houve perguntas sobre a existência de uma possível sobrecarga exercendo seu trabalho, quantidade de domicílios sob responsabilidade do ACS, relação com a equipe, como a população recebe o seu trabalho e uma pergunta aberta para que o participante ficasse livre para acrescentar algum comentário que considerasse importante. Diante de todos esses questionamentos, conseguimos conhecer a realidade da atividade do ACS no município fronteiro de Corumbá/MS.

Devido à extensão dessa seção, cada pergunta foi abordada de maneira individual através da criação de um subitem com o “título” de cada pergunta (C1, C2, C3 e assim por diante) como veremos a seguir.

4.2.2.1. Pergunta C1

Na **pergunta C1** (gráfico 5, tabela 8) relativa ao tempo de trabalho destes profissionais, 91,5% possuem ao menos um ano de atuação, sendo que desse percentual 37,5% ultrapassam cinco anos de experiência laboral, além de nenhum deles atuar por menos de 6 meses.

Gráfico 5 - Tempo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde participantes da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 8 – Pergunta C1: Trabalha há quanto tempo como Agente Comunitário de Saúde?

Respostas	Quantidade de participantes	Percentual
Até 6 meses	0	-
Mais de 6 meses até 1 ano	4	8,5%
Mais de 1 ano até 5 anos	26	54%
Mais de 5 anos	18	37,5%
Total	48	100%

Fonte: Elaborado pela autora.

Com isso, pode-se afirmar que a maior parte dos pesquisados já possui um tempo de trabalho significativo como Agente Comunitário de Saúde. Neste contexto, Lunardelo (2004) demonstrou que o tempo de exercício na função e o tempo de interação com a família facilitam o processo de adaptação à rotina de cada domicílio.

Junto a esse processo temporal podemos citar o estabelecimento de um importante vínculo entre morador e ACS, possibilitando um aumento na qualidade de seu trabalho.

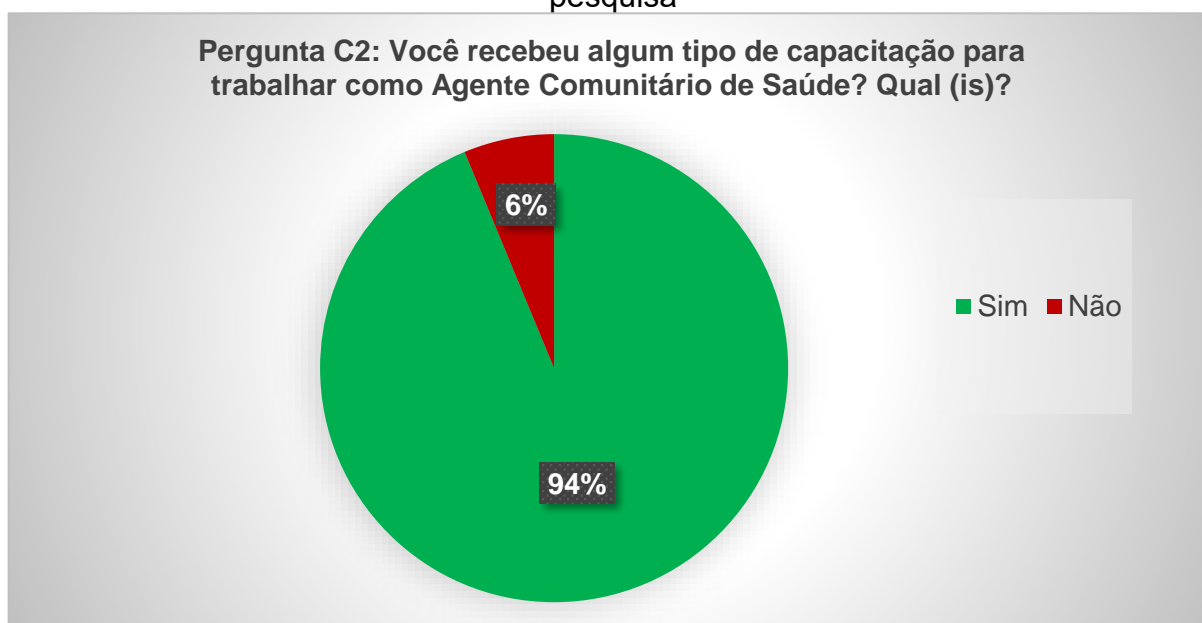
4.2.2.2. Pergunta C2

Quanto à **pergunta C2** (gráfico 6, tabela 9 e tabela 10) relacionada à capacitação dos Agentes, 94% deles afirmam que receberam alguma capacitação para poder trabalhar como ACS, enquanto 6% não tiveram alguma capacitação para exercer a função.

Em continuidade, a pergunta C2 também indaga, em caso afirmativo, sobre quais foram as capacitações (tabela 10). Em resposta, os ACS responderam ter recebido o curso introdutório (28 citações), como esperado, já que é um dos requisitos obrigatórios para o exercício da função.

Além disso, foram citados cursos de capacitação fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (27 citações) abordando temas como tuberculose, hanseníase, saúde mental, vacina, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), diabetes, dengue, raiva, leishmaniose, saúde da família e hipertensão. Ponto relevante, visto que a profissão do ACS necessita de contínua atualização em razão de suas complexas e desafiadoras funções diárias.

Gráfico 6 - Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde participantes da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 9 – Primeira parte da Pergunta C2: Você recebeu algum tipo de capacitação para trabalhar como Agente Comunitário de Saúde?

Respostas	Quantidade de participantes	Percentual
Sim	45	94%
Não	3	6%
Total	48	100%

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 10 – Segunda parte da pergunta C2: Capacitações citadas pelos Agentes Comunitários de Saúde participantes da pesquisa

Capacitações citadas pelos ACS em resposta à pergunta "Qual (is)?"	Quantidade de citações	Percentual
Curso introdutório	28	51%
Cursos periódicos de capacitação fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde	27	49%
Total	55	100%

Exemplos citados:

Tuberculose, Hanseníase, Saúde mental, Vacina, HPV (Papilomavírus Humano), IST, Diabetes, Dengue, Raiva, Leishmaniose, Saúde da família, Hipertensão

Fonte: Elaborado pela autora.

Através da Portaria Federal nº 243, de 25 de setembro de 2015, foi instituído o curso introdutório para o Agente Comunitário de Saúde bem como seu conteúdo (BRASIL, 2015):

Art. 2º. O Curso Introdutório de Agentes Comunitários de Saúde deverá contemplar os seguintes componentes curriculares:

- I - Políticas Públicas de Saúde e Organização do SUS;
- II - Legislação específica aos cargos;
- III - Formas de comunicação e sua aplicabilidade no trabalho;
- IV- Técnicas de Entrevista;
- V - Competências e atribuições;
- VI - Ética no Trabalho;
- VII - Cadastramento e visita domiciliar;
- VIII - Promoção e prevenção em saúde; e
- IX - Território, mapeamento e dinâmicas da organização social.

Ademais, a Lei Federal nº 13.595 expõe como um dos requisitos obrigatórios para o exercício da função ter concluído com aproveitamento o curso de formação inicial, com carga horária mínima de quarenta horas (BRASIL, 2018). Diante dessa

perspectiva, durante a coleta de dados, 45 ACS responderam “sim” ao fato de receber alguma forma de capacitação, sendo que destes 28 citaram especificamente o curso introdutório.

Destacamos a responsabilidade comum a todas as esferas do governo em garantir espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde, garantindo a formação em serviço e Educação Permanente em Saúde nas Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2017a). Dessa maneira, através das exemplificações dessa pergunta, podemos avaliar que o município de Corumbá tem fornecido capacitação contínua a esses profissionais.

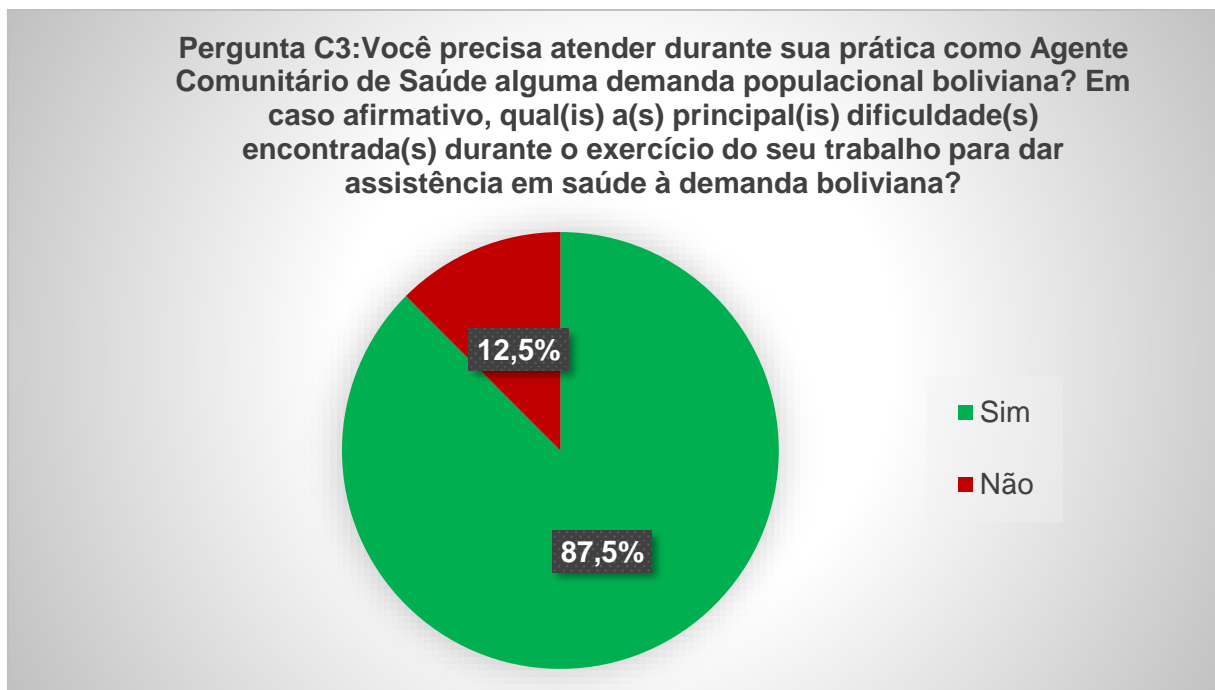
Muniz et al. (2005) explanou sobre os polos de capacitação dos ACS ressaltando que os locais não conseguiram atender a demanda de qualificação necessária das equipes, principalmente em cidades grandes, onde o número de turmas é elevado. Além disso, Mendes (2002) revelou que os cursos são curtos e baseados em aspectos de raciocínio, memória, doutrinas da saúde da família, portanto, acabam tendo baixa capacidade formativa na área.

4.2.2.3. Pergunta C3

Na **pergunta C3** (gráfico 7, tabela 11 e tabela 12) a respeito do atendimento a bolivianos por parte dos ACS, a maioria dos participantes (87,5%) afirmaram atender demanda boliviana na sua prática cotidiana.

Enquanto que, na segunda parte da pergunta C3 (tabela 12), foi questionado acerca das principais dificuldades encontradas pelos ACS para dar assistência aos bolivianos. As respostas obtidas, total de 51 citações, foram principalmente relacionadas a falta de documentos por conta da não regularização perante os órgãos competentes brasileiros (70,5%). Houve ainda menção a problemas relacionados a falsificação de comprovante residencial (19,5%), dificuldade em acompanhamento (4%), negligência com vacinação (4%) e a cultura boliviana (2%).

Gráfico 7 - Atendimento à população boliviana por parte dos Agentes Comunitários de Saúde participantes da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 11 – Primeira parte da pergunta C3: Você precisa atender durante sua prática como Agente Comunitário de Saúde alguma demanda populacional boliviana?

Respostas	Quantidade de participantes	Percentual
Sim	42	87,5%
Não	6	12,5%
Total	48	100%

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 12 – Segunda parte da Pergunta C3: Em caso afirmativo, qual(is) a(s) principal(is) dificuldade(s) encontrada(s) durante o exercício do seu trabalho para dar assistência em saúde à demanda boliviana?

Principais dificuldades encontradas pelos ACS da pesquisa durante o exercício do seu trabalho para dar assistência em saúde à demanda boliviana	Quantidade de citações	Percentual
Falta de documentos por conta da não regularização perante os órgãos competentes brasileiros*	36	70,5%
Falsificação de comprovante residencial	10	19,5%
Dificuldade em acompanhamento de saúde**	2	4%

Negligência com vacinação	2	4%
Cultura boliviana	1	2%
Total	51	100%

*Falta de documentos (regularização): Dentro desse grupo, 10 ACS mencionaram a dificuldade dos bolivianos em fazer o Cartão Nacional de Saúde motivada pela falta dos documentos necessários.

**Dificuldade em acompanhamento de saúde: Esta dificuldade de acompanhamento foi justificada por um dos ACS da seguinte maneira: “Na maioria das vezes eles residem na Bolívia e só vem ao Brasil nos dias de consulta agendada na ESF”.

Fonte: Elaborado pela autora.

Por conta de Corumbá se tratar de um município de fronteira e ser uma cidade-gêmea de *Puerto Quijarro* (Bolívia), existe grande fluxo de bolivianos no município brasileiro e a fronteira possibilita um elevado nível de integração econômica e cultural entre os países citados.

Como abordamos anteriormente, o estrangeiro tem dificuldades para emitir o CNS por conta dos documentos obrigatórios para tal. Essa documentação envolve a regularização dele perante a Polícia Federal, emissão de CPF junto à Receita Federal e apresentação de um documento que comprove sua residência no Brasil. Nesse processo, muitas vezes, existem dificuldades que o estrangeiro não consegue transpor e, portanto, acaba não conseguindo atingir o objetivo final: o cartão SUS.

Atualmente, o atendimento a estrangeiros nos serviços de saúde é garantido através da Lei de Migração que não cita que esse atendimento em algum momento será negado caso o indivíduo não possua o CNS (BRASIL, 2017b). Porém, na prática, em unidades de saúde, é dada uma primeira assistência, mas caso sejam necessários procedimentos mais complexos, acompanhamentos, o sistema exige o CNS e, caso o estrangeiro não o possua, não existe a continuidade do tratamento.

Nessa conjuntura, um dos entraves citados pelos ACS de Corumbá/MS inerente a bolivianos foi a falsificação do comprovante de residência. Segundo Medaglia (2006), a Bolívia é a nação mais pobre da América Latina. Estas diferenças sociais entre Brasil e Bolívia podem acabar induzindo os indivíduos menos privilegiados economicamente a traçarem estratégias de sobrevivência (SILVA, 2010).

Acreditamos, portanto que, nessa região fronteira, a oferta desigual dos serviços de saúde pública junto às dificuldades de se emitir o cartão SUS, por exemplo, podem acarretar “criatividades” como o uso de documentos brasileiros (SILVA, 2010) e a falsificação do comprovante de residência pelos bolivianos para se obter o CNS. Ainda, esta última irregularidade pode ser uma consequente explicação

para o fato de o ACS não conseguir acompanhar o estrangeiro (outra dificuldade explicitada a seguir), afinal sua verdadeira moradia seria a Bolívia.

Dentro dessa realidade, consideramos importante discutir um pouco sobre as atitudes de discriminação dos brasileiros, que estão atreladas a essas diferenças entre Brasil e Bolívia. Destacamos, neste caso, as disparidades da origem nacional, social, cultural e étnica associadas aos bolivianos como bases para reforçar o preconceito.

Dessa maneira, estas diferenças apontadas acima são usadas como justificativas para disparar, por parte do brasileiro, discursos de aversão ao boliviano. Como consequência, os estrangeiros acabam se privando do direito à saúde, por exemplo, pelo próprio medo/receio de serem expostos a situações de julgamento, agressão verbal, dentre outros (OLIVEIRA et al., 2012). Existem relatos de bolivianos que foram atendidos no SUS que passaram por situações de desrespeito por parte de profissionais de saúde como fala alterada e até mesmo agressões físicas (WALDMAN, 2011).

Observamos ainda, nesse contexto das relações, o “poder de nomeação” aos bolivianos como os “outros” no Brasil (BOURDIEU, 1989). Esta construção negativa reforça outra ideia: a de os bolivianos estarem fora dos padrões “civilizados” brasileiros. Assim, o boliviano passa a ser visto como símbolo do atraso, do perigo, da pobreza e da ausência das leis (COSTA, 2015).

Para mais, identifica-se no cotidiano rótulos empregados aos bolivianos como “chocos”, “collas” ou simplesmente “índios” e “bugres” (COSTA, 2015). Dessa forma, podemos observar que a discriminação não acontece somente pela origem nacional, mas também pela diferença étnica indígena associada a eles (MARTES; FALEIROS, 2013).

Outra situação que é corrente em Corumbá relacionada a Bolívia é o binômio sujeira/doença. Há uma visão irradiada a respeito de os bolivianos não possuírem uma adequada higiene e, conseqüentemente, os municípios bolivianos fronteiriços serem focos de doenças. Pode-se mencionar, como exemplo, a ideia de enfermidades como a raiva, a leishmaniose e a dengue não serem tratadas pela Bolívia, contribuindo para um discurso da fronteira como área de contaminação (COSTA, 2015).

Já levando em conta a associação do boliviano à pobreza, esta gera falas de “benevolência” do poder público brasileiro considerado humanitário, seja no atendimento de saúde ou na matrícula em escolas. Como se os bolivianos dependessem dos brasileiros (superioridade do Brasil) (COSTA, 2015).

Logo, essas diferenças acabam se tornando fator de conflito pessoal e coletivo, muitas vezes, oculta aos olhos, que influem não somente na saúde, mas na educação, assistência social, segurança pública, dentre outras (SILVA, 2010).

Já com relação à falta de acompanhamento, esta foi citada por um dos ACS como sendo motivada pelos bolivianos residirem no país vizinho e só retornarem ao Brasil no dia de consulta. Dessa maneira, o boliviano vem para atendimento, mas o Agente Comunitário não pode fazer um acompanhamento periódico domiciliar, conhecer a realidade que essa família vive, o que é prejudicial tanto para a saúde do boliviano quanto para a Estratégia de Saúde da Família que apresenta justamente a característica de orientação continuada e conhecimento da realidade biopsicossocial dos usuários.

Ademais, outra situação citada foi a negligência com a questão de vacinação por parte dos bolivianos. Muitas doenças comuns na infância já levaram ao óbito ou a sequelas em crianças no Brasil e no mundo. E quase dois milhões de crianças ainda morrem por ano através de enfermidades que poderiam ser evitadas pela imunização (PUGLIESI; TURA; ANDREAZZI, 2010).

A vacinação infantil se faz necessária em doenças imunopreveníveis, além de evitar a ocorrência de surtos epidêmicos (SILVEIRA et al., 2007). Fato que se torna ainda mais relevante na região de fronteira das cidades-gêmeas de Corumbá e *Puerto Quijarro*, onde existe constante fluxo de indivíduos dando entrada e saída dos países. Dessa maneira, a negligência com a vacinação em populações vulneráveis pode causar problemas de saúde pública graves nessas localidades.

O último ponto citado foi a cultura boliviana, em que um participante da pesquisa mencionou. Há costumes, crenças, hábitos diferentes no Brasil e na Bolívia. Sobre o preconceito, Crochík expôs (p.47, 1996):

[...] ele se instala no desenvolvimento individual como um produto das relações entre os conflitos psíquicos e a estereotipia do pensamento – que já é uma defesa psíquica contra aqueles – e o estereótipo, o que indica que elementos próprios à cultura estão presentes.

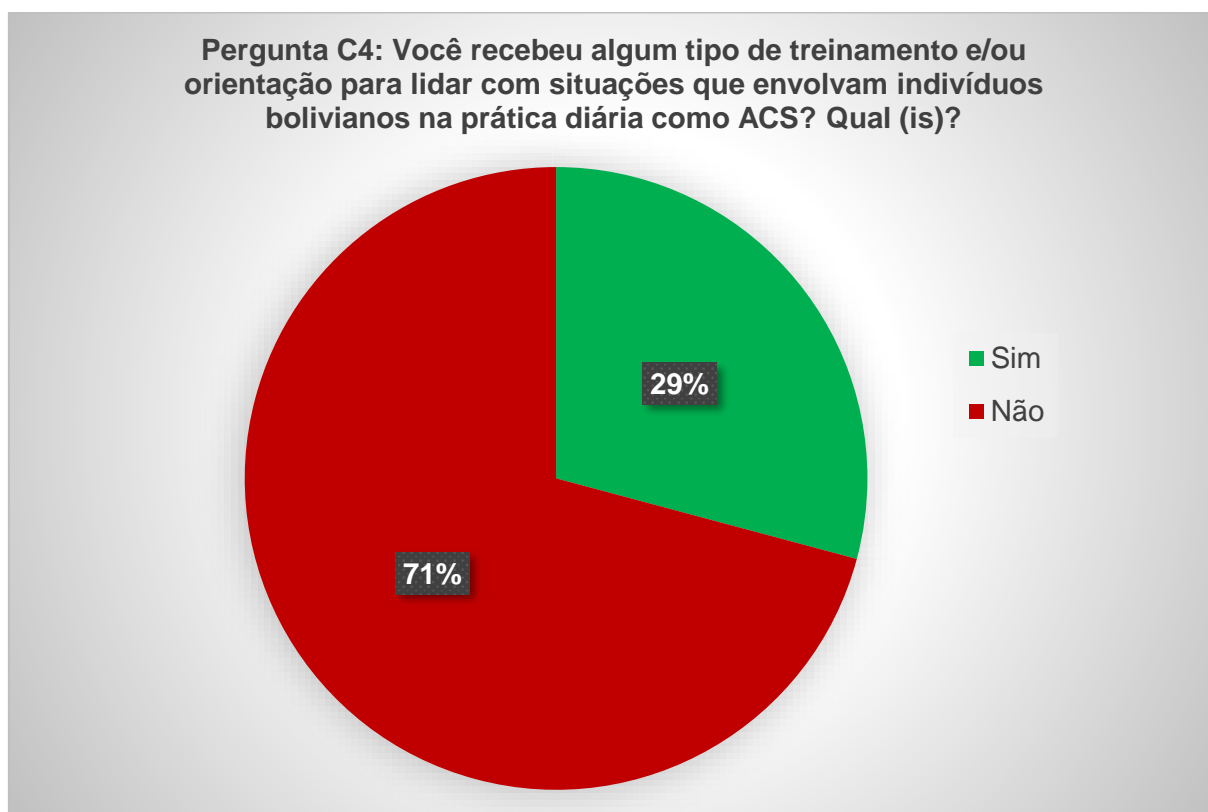
4.2.2.4. Pergunta C4

Já na **pergunta C4** (gráfico 8, tabela 13 e tabela 14), que envolve a questão da instrução para o atendimento ao boliviano, 29% dos ACS responderam ter recebido alguma orientação e/ou treinamento para dar assistência à população do país vizinho

durante a prática de trabalho. O restante dos entrevistados afirmou não ter recebido alguma orientação/treinamento.

Na segunda parte da pergunta C4 (tabela 14), no caso de a resposta ser positiva, os Agentes mencionaram um total de 14 citações: capacitação da Secretaria Municipal de Saúde (86%), também foi citada orientação da Polícia Federal (7%), bem como orientação de recepcionistas na unidade de saúde (7%).

Gráfico 8 - Treinamento e/ou orientação para lidar com situações que envolvam indivíduos bolivianos na prática diária como ACS



Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 13 – Primeira parte da pergunta C4: Você recebeu algum tipo de treinamento e/ou orientação para lidar com situações que envolvam indivíduos bolivianos na prática diária como ACS?

Respostas	Quantidade de participantes	Percentual
Sim	14	29%
Não	34	71%
Total	48	100%

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 14 – Segunda parte da pergunta C4: Capacitações e orientações recebidas para atendimento de Bolivianos por parte dos Agentes Comunitários de Saúde

Capacitações e orientações recebidas pelos ACS para atender a demanda boliviana em resposta à pergunta “Qual (is)?”	Quantidade de citações	Percentual
Capacitação da Secretaria Municipal de Saúde	12	86%
Orientação da Polícia Federal	1	7%
Orientação de recepcionistas na Unidade de Saúde	1	7%
Total	14	100%

Fonte: Elaborado pela autora.

Logo, de um total de 48 ACS somente 14 destes afirmaram ter tido algum tipo de preparo para atender a população boliviana. O resultado obtido nesta primeira parte da pergunta C4 é um dado preocupante já que, por se tratar de uma região de cidades-gêmeas com fluxo diário de bolivianos, existe igualmente a necessidade de se capacitar os Agentes Comunitários de Saúde para receber e assistir a essa demanda da melhor maneira possível. Observa-se, portanto, que apesar das contribuições mencionadas acima (tabela 14), o número de citações é baixo levando em conta a referência total de pesquisados.

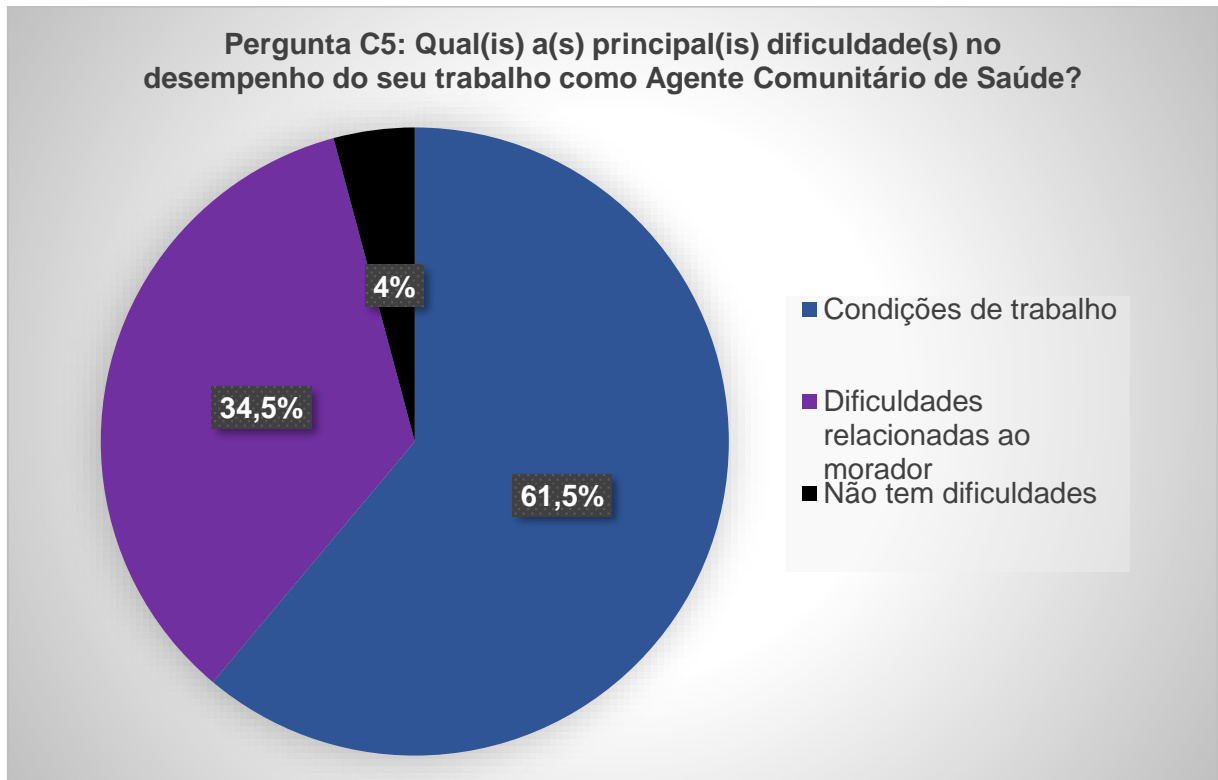
Entendemos que a qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde e demais profissionais do SUS para atender os bolivianos é um dos primeiros passos para que se possa garantir o direito à saúde dessa população e demais estrangeiros de outras nacionalidades. Nessa perspectiva, compete ao Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde junto a Coordenação da Atenção Básica desenvolver ações e articular instituições, promovendo, assim, acesso aos trabalhadores da saúde para garantia da Educação Permanente em Saúde, neste caso, instruindo os mesmos em assuntos ligados aos estrangeiros (BRASIL, 2017a).

4.2.2.5. Pergunta C5

Quanto à **pergunta C5** (gráfico 9, tabela 15) em que são discutidas as principais dificuldades enfrentadas pelo Agente no desempenho do seu trabalho: a maioria (61,5%) afirmou ter dificuldades em condições de trabalho, enquanto um percentual de 34,5% citou problemas relacionados ao morador e apenas 4% disseram não ter



alguma dificuldade. As questões envolvidas nesses conjuntos foram relatadas de maneira detalhada na tabela 15.

Gráfico 9 - Principais dificuldades no desempenho do trabalho como Agente Comunitário de Saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 15 – Principais dificuldades no desempenho do trabalho como ACS
Pergunta C5: Qual(is) a(s) principal(is) dificuldade(s) no desempenho do seu trabalho como Agente Comunitário de Saúde?

Respostas	Quantidade de citações	Percentual
 Condições de trabalho	44	61,5%
- Falta de material: (uniforme – 3) + (protetor solar – 5) + (falta de materiais sem especificação – 11)	19	26,5%
- Problemas relacionados a região do trabalho: (Áreas de difícil acesso – 2) + (Demanda populacional elevada – 1) + (Fatores climáticos – 5)	8	11%
- Problemas relacionados ao trabalho na Unidade de Saúde: (Falta de estrutura na UBS – 1) + (Falta de médico na unidade – 1) + (Equipe de saúde desunida – 1) + (Equipe de saúde recebe mal o morador – 1) + (Batida do ponto- 1) + (Não obrigatoriedade de cadastro no SUS da população e assim, o ACS não atinge 100% da sua micro área – 1) + (Insalubridade – 1)	7	10%
- Valorização profissional: (Falta de reconhecimento – 3) + (Remuneração baixa – 2)	5	7%
- Falta de assistência da rede municipal de saúde	3	4%
- Falta de condições de trabalho	2	3%
 Dificuldades relacionadas ao morador	25	34,5%
- Problemas relacionados a residência: (Dificuldade de encontrar o paciente na residência – 6) + (rotatividade de residências – 2)	8	11%
- Problemas relacionados a recepção: (Má recepção – 5) + (Não querer receber o Agente Comunitário de Saúde por alegar ter plano de saúde privado -3)	8	11%
- Falta de informação: (falta de informação sobre quem é o Agente Comunitário de Saúde - 3) + (Falta de informação sobre a importância da UBS – 1)	4	5,5%
- Problemas relacionados a comunicação: (Comunicação – 2) + (Tratar de Sexualidade – 1)	3	4%
- Resistência de população feminina em tratar de assuntos íntimos com Agente Comunitário de Saúde do sexo masculino	1	1,5%
- Falta de dados fornecidos pelo morador para abrir o Cartão do SUS	1	1,5%
Não tem dificuldades	3	4%
Total	72	100%

Fonte: Elaborado pela autora

No item “condições de trabalho” (tabela 15) são mencionadas situações como a falta de material (uniforme, protetor solar); a região do trabalho (áreas de difícil acesso, demanda populacional elevada, fatores climáticos); ao trabalho na Unidade de Saúde (falta de estrutura da Unidade, falta de médico, equipe desunida, má recepção ao usuário por parte da equipe de saúde, ponto eletrônico, insalubridade, não obrigatoriedade de cadastro no SUS pela população); a valorização profissional (falta de reconhecimento e remuneração baixa); a falta de assistência da rede municipal de saúde e a falta de condições de trabalho (não especificado).

Na pesquisa de Galavote et al. (2011) com 14 ACS de unidades de saúde da família, na região de saúde da Grande Maruípe no município de Vitória/ES, também foi relatada a falta de materiais como uma dificuldade para o trabalho dos Agentes Comunitários.

Em parte do DSC 01 da pergunta C15 (mais adiante), é exposta, pela fala dos Agentes, a necessidade de mais suporte, especificamente relacionada a aquisição de materiais para seu trabalho. Como podemos analisar, existe uma forte declaração coletiva expondo a relevância dos equipamentos para que o ACS possa desempenhar seu trabalho neste presente estudo.

Esclarecemos que é competência da Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação de Atenção Básica garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e das equipes. Além disso, é considerado responsabilidade comum a todas as esferas do governo (federal, estadual e municipal) garantir a infraestrutura adequada e boas condições para o funcionamento das UBS, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos (BRASIL, 2017a).

Em continuidade, no item “dificuldades relacionadas ao morador” foram citadas situações ligadas a residência (problemas em encontrar o morador no local e rotatividade de residências); à recepção do mesmo (má recepção, negação em receber o ACS alegando ser portador de plano de saúde privado); à falta de informação (desinformação sobre a função do Agente Comunitário de Saúde e sobre a importância da UBS); à comunicação (geral e relativa à sexualidade); à resistência da população feminina em tratar de assuntos íntimos com ACS do sexo masculino e à falta de dados fornecidos pelo morador para abrir o cartão do SUS.

O trabalho de Marzari, Junges e Selli (2011) retrata o desconhecimento, por parte da população, quanto à atuação do Agente Comunitário de Saúde também. Fato que é expresso através do relato da ACS de quarenta anos com onze anos de

exercício da profissão: *“No início foi muito difícil a integração e adaptação com a comunidade, porque eles não sabiam o que era o ACS, pois entramos dentro de suas casas e fazemos várias perguntas e muitos demoram para entender o nosso papel na comunidade”*.

Ademais, essa falta de informação sobre o trabalho exercido pelo Agente Comunitário e sobre a importância da UBS pode gerar tensões para este profissional, além de certa dificuldade para que toda a equipe de Saúde da Família possa acompanhar esses grupos, afinal eles não compreendem suas funções dentro dos serviços de saúde pública.

Quanto ao morador que tem plano de saúde privado, este não é excluído do acompanhamento necessário do ACS, através das visitas domiciliares. Segundo o artigo nº 198 da Constituição Federal de 1988, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, que deve ser organizado com uma das diretrizes sendo a participação da comunidade (BRASIL, 1991).

Já a respeito da dificuldade na comunicação para falar sobre sexualidade e do ACS do sexo masculino ter problemas para dialogar sobre o tema com moradoras da região, as relações sexuais/de gênero são evidenciadas como um cenário de luta formado pelas constantes diferenças de poder entre homens e mulheres. Na sociedade ocidental, as ideologias de gênero masculino/feminino são inseridas em diversos conceitos como sujeito e objeto, razão e emoção, mente e corpo, dentre outros (GIFFIN, 1994).

Nessa tradição, homem e mulher são vistos como opostos e excludentes. Para os homens, a identidade de gênero exige a identificação com a razão, não apenas sua identidade social, mas também sua identidade sexual, o que requer o afastamento do seu lado emocional, para manter sua diferença/superioridade em relação às mulheres (GIFFIN, 1994).

Assim, os homens têm receio do que eles entendem como feminino neles mesmos, o que significa, por exemplo, falar sobre sentimentos/relações e, por outro lado, as mulheres reprimem seu interesse pelo sexo (GIFFIN, 1994). O que pode explicar a dificuldade em ACS homens falarem de sexualidade com moradoras e também a dificuldade generalista (ACS do sexo feminino ou masculino) em falar sobre sexualidade com a população. Portanto, entende-se que a problemática envolve os

dois gêneros, afinal é difícil falar de emoções por parte do homem e existe uma repressão feminina em falar sobre sua vida íntima.

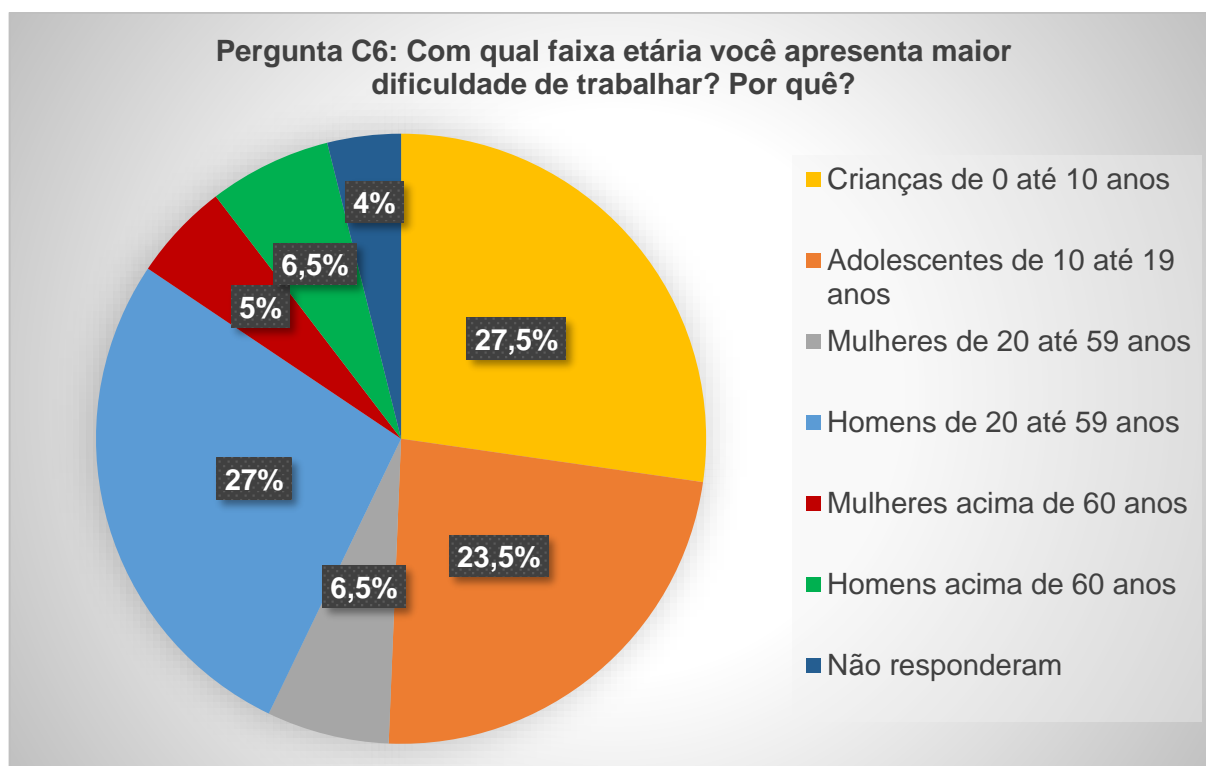
4.2.2.6. Pergunta C6

Acerca da **pergunta C6** (gráfico 10, tabela 16 e quadro 3), são pontuadas em quais faixas etárias existem maiores dificuldades de trabalho por parte do Agente Comunitário de Saúde. Deve-se salientar que esta pergunta era de múltipla escolha, portanto, o ACS poderia escolher mais de uma opção de faixa etária.

Houve uma porcentagem equiparada de respostas nas faixas etárias: crianças de 0 até 10 anos (27,5%), homens de 20 até 59 anos (27%) e adolescentes de 10 até 19 anos (23,5%) – (tabela 16). Estes grupos representam os maiores entraves no exercício da função do ACS em Corumbá e, dessa forma, se tornam desafiadores na prática diária desse profissional.

Em sequência, associado à pergunta de múltipla escolha, é questionado o porquê da(s) opção(ões) escolhida(s), sendo, portanto, uma pergunta aberta. Dessa maneira, foram obtidos dados que compõem o quadro 3 a seguir.

Gráfico 10 - Faixa etária com maior dificuldade para trabalhar



Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 16 – Primeira parte da pergunta C6: Com qual faixa etária você apresenta maior dificuldade de trabalhar?

Respostas	Quantidade de citações	Percentual
Crianças de 0 até 10 anos	21	27,5%
Adolescentes de 10 até 19 anos	18	23,5%
Mulheres de 20 até 59 anos	5	6,5%
Homens de 20 até 59 anos	21	27%
Mulheres acima de 60 anos	4	5%
Homens acima de 60 anos	5	6,5%
Não respondeu	3	4%
Total	77	100%

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 3 – Relação entre as alternativas da primeira parte da pergunta C6 e as Ideias Centrais, Discursos do Sujeito Coletivo e comentários obtidos em resposta à segunda parte da pergunta C6

Pergunta C6: Com qual faixa etária você apresenta maior dificuldade de trabalhar? Por quê?		
Alternativas (1ª parte da pergunta)	Ideia Central (2ª parte da pergunta)	DSC (2ª parte da pergunta)
Crianças de 0 até 10 anos porque... (27,5%)	Cartão de vacina desatualizado e falta acompanhamento médico	<i>01. Tenho dificuldades por conta de os responsáveis não manterem o cartão de vacina da criança atualizado e não fazerem o acompanhamento da criança na unidade de saúde através de consultas periódicas agendadas.</i>
Adolescentes de 10 até 19 anos porque... (23,5%)	Resistência a conversar sobre saúde e dificuldade de acompanhamento	<i>02. Os adolescentes são resistentes a conversas sobre assuntos relacionados a saúde. É difícil acompanhá-los e abordar com eles assuntos relacionados à sexualidade e gravidez na adolescência, por exemplo.</i>
Mulheres de 20 até 59 anos porque... (6,5%)	Comentário ^{10,11} <i>01. "As mulheres costumam não tomar corretamente as medicações e acabam buscando os pronto-atendimentos. Quando elas buscam a</i>	

¹⁰ Durante a análise dos dados que geraram as DSC foram identificados comentários únicos e relevantes para a pesquisa. Por conta de serem participações isoladas não formam um DSC, mas consideramos importante que eles estivessem presentes na construção dos quadros de análise dos dados qualitativos. Estas colaborações dos participantes foram inseridas nos quadros como "Comentário".

¹¹ Na justificativa da resposta "Mulheres de 20 até 59 anos" houve a contribuição de apenas um participante da pesquisa, o que gerou um comentário, por conta da sua relevância, e nenhum DSC.

	<i>Unidade de Saúde querem o atendimento próximo a data do agendamento.”</i>	
Homens de 20 até 59 anos porque... (27%)	Falta de prevenção	<i>03.Eles possuem resistência na prevenção em saúde, só buscam o atendimento quando estão doentes.</i>
	Ausência domiciliar por conta do trabalho	<i>04.Por conta do trabalho, eles não estão em casa durante as visitas domiciliares.</i>
	Transferência de responsabilidade para companheira	<i>05.Quando chego na residência para realizar a visita domiciliar, eles chamam as companheiras para me receber e conversar comigo.</i>
	Resistência em conversar sobre saúde	<i>06.Eles não gostam de falar sobre seus problemas de saúde.</i>
	<p style="text-align: center;">Comentário</p> <p style="text-align: center;"><i>02. “Eles acham que não vão adoecer, no entanto fizemos um evento ano passado (um torneio de futebol) e nesse evento fizemos orientação em saúde, desde então a procura dessa população foi maior”</i></p> <p style="text-align: center;">Comentário</p> <p style="text-align: center;"><i>03. “Por ser jovem, sofro cantadas dessa faixa etária”</i></p>	
Mulheres acima de 60 anos porque...* (5%)	Falta de comparecimento na Unidade de Saúde	<i>07.Eles não frequentam a Unidade de Saúde periodicamente para acompanhamento, só quando estão com algum mal-estar.</i>
	Dependência familiar	<i>08.Existe neste caso a dependência desta pessoa com relação a um familiar para realizar as orientações.</i>
Homens acima de 60 anos porque...* (6,5%)	Falta de comparecimento na Unidade de Saúde	<i>07.Eles não frequentam a Unidade de Saúde periodicamente para acompanhamento, só quando estão com algum mal-estar.</i>
	Dependência familiar	<i>08.Existe neste caso a dependência desta pessoa com relação a um familiar para realizar as orientações.</i>
	<p style="text-align: center;">Comentário</p> <p style="text-align: center;"><i>04. “ Eles têm Vergonha de conversar e falar dos problemas de saúde”</i></p>	

*Nas respostas “ Homens acima de 60 anos” e “ Mulheres acima de 60 anos” foram mencionadas as mesmas frases justificando a escolha, portanto, os DSC construídos (07 e 08) foram idênticos.

Fonte: Elaborado pela autora.

Na resposta “crianças de 0 até 10 anos” foi obtido o seguinte DSC 01: *Tenho dificuldades por conta de os responsáveis não manterem o cartão de vacina da criança atualizado e não fazerem o acompanhamento da criança na unidade de saúde através de consultas periódicas agendadas.*

Segundo Beserra, Corrêa e Guimarães (2002), a negligência infantil é a negação de cuidados e proteção ao desenvolvimento da criança, sendo um notável problema de saúde pública. Além de ser considerada, a partir de diversos estudos, como a forma de maus-tratos mais prevalente na infância.

Com relação à assistência dada a crianças em uma ESF por parte do ACS, esta se refere a orientações na amamentação, acompanhamento do peso dos bebês, além de observação do cartão de vacinação e das consultas periódicas ao médico. E é neste contexto que a negligência pode estar presente.

Já na resposta “adolescentes de 10 até 19 anos” foi obtido o DSC 02: *Os adolescentes são resistentes a conversas sobre assuntos relacionados a saúde. É difícil acompanhá-los e abordar com eles assuntos relacionados à sexualidade e gravidez na adolescência, por exemplo.*

De acordo com Carvalho, Rodrigues e Medrado (2005), a adolescência é considerada uma fase da vida que envolve mudanças no campo psicológico, biológico e social. E, segundo Brêtas e Silva (2005), a sexualidade ganha visibilidade e possui uma importância que vai além da reprodução, se estendendo no processo de socialização deste grupo. Neste contexto, Ayres et al. (2003) revela que mitos e tabus podem impedir que o adolescente desfrute desta fase sem riscos à saúde.

Portanto, é preciso que sejam desmistificadas ideias equivocadas e que o adolescente receba orientações corretas para ter o exercício do sexo de maneira segura. Nessa realidade, a equipe de saúde desempenha um importante papel de educador, criando ambientes dinâmicos para conversa e aprendizado sexual (BRÊTAS; SILVA, 2005).

Dando continuidade, na resposta “mulheres de 20 até 59 anos” houve apenas um comentário feito: *“01. As mulheres costumam não tomar corretamente as medicações e acabam buscando os pronto-atendimentos. Quando elas buscam a Unidade de Saúde querem o atendimento próximo a data do agendamento.”*

Com relação ao comentário 01, a Estratégia de Saúde da Família trabalha com a família por meio da formação de vínculos, trabalho em equipe e corresponsabilidade na questão saúde entre profissionais e usuários. Estas ideias que a ESF traz consigo acabam por dar fim a antigos modelos de saúde e passam a dar maior visibilidade a concepções como cuidado e interação social (GIL, 2006). E uma das questões ligadas ao cuidado que ganha atenção nesse novo modelo é o autocuidado, pois, a partir deste novo enfoque, o paciente tem empoderamento e, portanto, responsabilidade no

processo de conhecimento e tratamento da sua saúde (CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2008).

Nesse âmbito, uma fala muito irradiada dentro das Unidades Básicas de Saúde é a irresponsabilidade dos pacientes no momento de realizar o tratamento prescrito pelos profissionais de saúde. Logo, esta população que não segue as ordens médicas não estaria assumindo um autocuidado. Porém, no estudo de Camargo-Borges e Japur (2008), realizado por meio de conversas grupais com usuários do SUS, foi desmitificada a ideia de que a população seria ignorante ou resistente ao tratamento receitado e, na verdade, foi identificada outra problemática: a falta de segurança da população.

Nesta realidade, as mulheres revelaram uma grande angústia com sua saúde e decidiram não acatar ao tratamento para o uso de certas medicações por considerar que o profissional de saúde não as ouviu corretamente para entender suas queixas e, assim, prescrever o tratamento. Dessa forma, as conversas identificaram que, em um entendimento mais amplo, o que seria entendido como irresponsabilidade ganhou um novo sentido: o sentimento de insegurança criado no momento de ser feita a compreensão de suas reclamações (CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2008).

Assim, podemos observar que a ação de “não tomar o remédio” pode ter um motivo mais profundo do que a falta de autocuidado do paciente somente. Devemos levar em conta que cada indivíduo tem um percurso de vida com experiências diferentes do outro. E enquanto um pode não seguir a prescrição médica por não querer apenas, alguns podem ter uma causa pessoal diferenciada da anterior.

Ademais, ainda no comentário 01, pôde ser analisada a questão de a comunidade procurar por rapidez no atendimento agendado. Sobre isso, a realidade do SUS ainda não é capaz de proporcionar a agilidade esperada pela população em razão de diversos fatores, a exemplo destes, a grande demanda populacional que algumas unidades de saúde possuem.

A respeito da resposta “homens de 20 até 59 anos” foram obtidos quatro DSC respectivamente: DSC 03: *Eles possuem resistência na prevenção em saúde, só buscam o atendimento quando estão doentes.* DSC 04: *Por conta do trabalho, eles não estão em casa durante as visitas domiciliares.* DSC 05: *Quando chego na residência para realizar a visita domiciliar, eles chamam as companheiras para me receber e conversar comigo.* DSC 06: *Eles não gostam de falar sobre seus problemas de saúde.*

Além disso, foram identificadas duas falas importantes: Comentário 02: *‘Eles acham que não vão adoecer, no entanto fizemos um evento ano passado (um torneio de futebol) e nesse evento fizemos orientação em saúde, desde então a procura dessa população foi maior’*. Comentário 03: *‘Por ser jovem, sofro cantadas dessa faixa etária’*.

Relacionado aos DSC 03, DSC 06 e ao comentário 02, as ideias do homem como um ser forte, que não adocece, que não se abala e muito menos expressa seus sentimentos, podem ter sido alguns dos principais fatores relacionados à falta de prevenção (DSC 03), além do fato de eles não gostarem de falar sobre sua saúde (DSC 06) e se considerarem “imunes” à doenças (comentário 02). Essas concepções fazem com que eles não deem a atenção devida à prevenção em saúde e não se interessem em conversar sobre o assunto (CAVALCANTI et al., 2014).

Ligado a este fato, o estudo de Moura et al. (2014) demonstrou que os homens buscam em maior quantidade os serviços de saúde já na atenção secundária e terciária, ou seja, eles procuram o atendimento quando a situação já possui acometimentos mais sérios. Além disso, Courtenay (2000) relatou que homens são mais vulneráveis ao aparecimento de doenças mais graves e crônicas. Esta maior severidade de enfermidades nesse grupo é justificada por Figueiredo (2005) em razão da falta de prevenção e ausência de procura dos serviços de saúde ainda na atenção básica.

Através desses estudos, podemos observar o quanto ideias erroneamente concebidas pela sociedade de que homens não podem ficar doentes, abalados ou ter emoções podem ser prejudiciais à saúde do indivíduo. É importante que a equipe de Saúde da Família participe desse processo de desmitificação do homem como um ser “não humano” e discuta a quebra desse mito junto à comunidade. Um exemplo desse processo é o evento citado no comentário 02 que é capaz de aproximar equipe e moradores, podendo ser um aliado na construção do vínculo com a população, para futuramente se realizarem encontros com este grupo.

Com relação ao DSC 04, é citada a ausência domiciliar desse grupo masculino, durante as visitas do ACS, por conta do trabalho. Em citação feita nas pesquisas de Nardi (1998) e Marinho (2000), homens falaram que as filas de espera, o atendimento em horário de serviço e o tempo gasto no agendamento do SUS repercutem na indisponibilidade dos mesmos para sair do trabalho e ir até unidade de saúde. Ainda, para grande parte deles, o trabalho é prioridade e a saúde só se torna importante no

momento que começa a afetar suas atividades cotidianas, sua ocupação ou mesmo questões sexuais.

Já o DSC 05 em que a ideia central é a transferência da responsabilidade para a companheira, complementando o que foi dito anteriormente, ao longo do tempo foram embutidos tabus no homem desde criança como “ homem não chora, não adoce, tem que ser durão” trazendo posturas machistas na população masculina. Nesse contexto, Hardy e Jiménez (2000) retratam a mulher como a pessoa que cuida de si, da casa e dos familiares. Estas concepções podem explicar o fato de os homens chamarem a esposa para receberem o ACS ao invés de eles mesmos recepcionarem e conversarem com o Agente Comunitário.

Outro ponto foi a questão preocupante observada no Comentário 03: a violência no trabalho. Esta é caracterizada como situações em que o profissional sofre ameaça, abuso ou ataque durante o exercício de suas funções, incluindo ameaça explícita e/ou implícita para sua segurança e bem-estar (XAVIER et al., 2008).

Essa violência pode ser física ou psicológica, a primeira é definida pelo uso da força física contra o indivíduo resultando em danos físicos, sexuais ou psicológicos. Já a segunda é conceituada como o uso intencional do poder e também da ameaça de força física gerando prejuízos no desenvolvimento físico, moral, espiritual, mental ou social, sendo classificada em quatro subtipos: agressão verbal, assédio moral, assédio sexual e discriminação racial (XAVIER et al., 2008).

Em caso de violência no trabalho, faz-se necessário o diálogo com o chefe da equipe ou mesmo algum membro da ESF para expor o fato e juntos buscarem formas de se combater esse tipo de acontecimento durante o exercício do trabalho. Os gestores de saúde devem estar abertos à conversa para terem conhecimento destas realidades diárias do trabalhador e poderem dar suporte a quem necessita, garantindo, assim, segurança no exercício da função.

No item “Homens acima de 60 anos” e “mulheres acima de 60 anos”, os participantes citaram as mesmas respostas que geraram dois DSC: DSC 07: *Eles não frequentam a Unidade de Saúde periodicamente para acompanhamento, só quando estão com algum mal-estar.* DSC 08: *Existe neste caso a dependência desta pessoa com relação a um familiar para realizar as orientações.*

Durante a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios de 2018, foi constatada a manutenção da tendência de envelhecimento da população brasileira. Em 2012, a população com 60

anos ou mais era de 25,4 milhões e, em 2017, atingiu a marca de 30,2 milhões. Esse aumento de 18% deste grupo, no decorrer de 5 anos, demonstra uma necessidade de se dar atenção à saúde da população idosa (IBGE, 2018).

Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família se torna um ambiente adequado para realizar atenção integral ao idoso, afinal existe uma proximidade à comunidade onde se trabalha e, dessa forma, a equipe pode trabalhar na realidade deste idoso junto a sua família (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

Com relação ao DSC 07, pode-se relacionar uma pesquisa realizada em uma equipe de Saúde da Família do estado do Rio Grande do Sul, esta identificou que a atuação clínica frequente aumenta a possibilidade de vínculo e a responsabilização com as necessidades do paciente (SCHIMITH; LIMA, 2004). Dessa forma, quando o idoso não comparece nas consultas da UBS, a criação desta ligação entre equipe x paciente fica prejudicada, o que pode ser um ponto negativo na manutenção da saúde desta pessoa.

Ainda, Contiero et al. (2009) verificou, por meio de relatos, que o não comparecimento às consultas pela população é consequência, às vezes, de um julgamento negativo do serviço de saúde pela demora no atendimento e poucos resultados no tratamento, por exemplo. Esse fator pode estar relacionado à ausência dessa população de homens e mulheres acima de 60 anos nas consultas periódicas das ESF em Corumbá.

Já em relação ao DSC 08, a família representa para os idosos, em grande parte, a principal fonte de apoio físico, mental e ainda, em determinados casos, financeiro. Portanto, a vida em família influencia na promoção de saúde ao idoso (SANTOS, 2006).

Nessa realidade, Contiero et al. (2009) mostrou que a falta de orientação deste familiar em relação ao idoso é prejudicial para a adesão ao tratamento do último. Afinal, alguns indivíduos da Terceira Idade não têm capacidade de tomarem suas medicações corretamente sozinhos ou até mesmo podem ter dificuldades nas orientações dadas pelos profissionais de saúde. Para estas situações, por exemplo, é importante a participação ativa de um familiar.

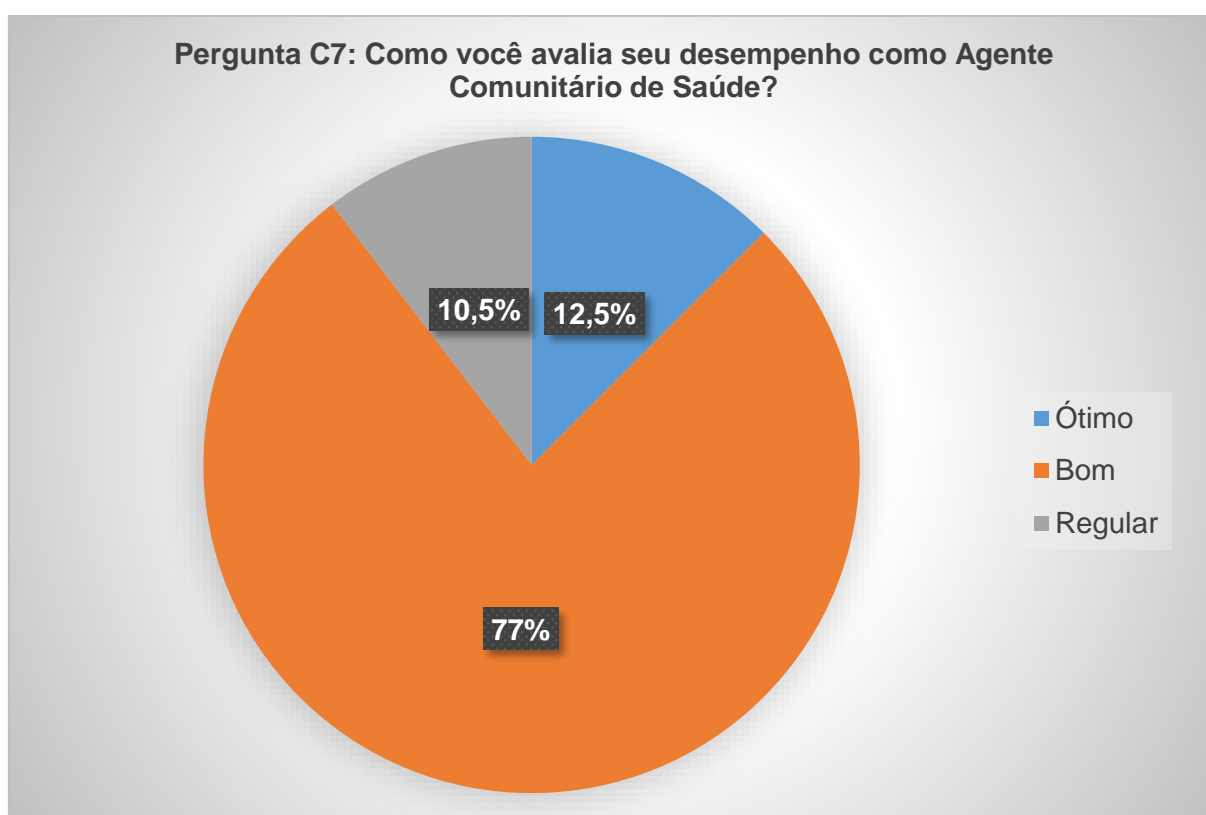
Deve-se ressaltar que a responsabilidade pelo idoso é de toda a sociedade, pois a comunidade em geral faz parte dessa “família”, devendo fornecer apoio ao grupo da Terceira Idade. Contudo, não deixamos de salientar que o envolvimento da

família é visto como fundamental na atenção em saúde que deve ser dada ao idoso (CONTIERO et al., 2009).

4.2.2.7. Pergunta C7

No tocante a **pergunta C7** (gráfico 11, tabela 17), a maioria dos ACS (89,5%) avaliam seu desempenho profissional como bom ou ótimo, enquanto uma parcela menos considerável (10,5%) descreve sua atuação como regular.

Gráfico 11 - Avaliação do desempenho como Agente Comunitário de Saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 17 – Pergunta C7: Como você avalia seu desempenho como Agente Comunitário de Saúde?

Respostas	Quantidade de participantes	Percentual
Ótimo	6	12,5%
Bom	37	77%
Regular	5	10,5%
Ruim	0	-
Total	48	100%

Fonte: Elaborado pela autora.

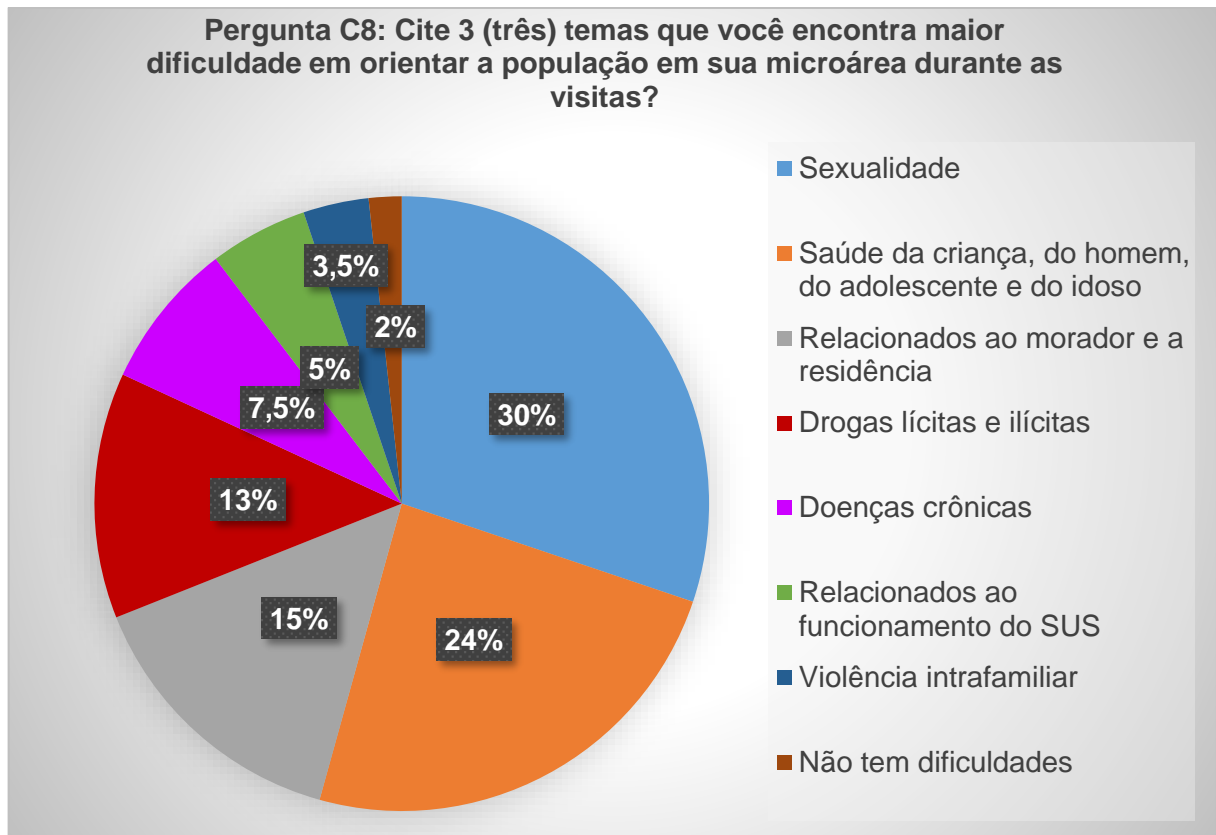
Contudo, apesar de grande parte dos ACS considerarem uma avaliação positiva no exercício de suas funções, este grupo possui diversas dificuldades na sua atuação cotidiana, a exemplo das questões relatadas nas perguntas entre parênteses, como: entraves no atendimento ao estrangeiro (C3); problemas no desempenho ligados a condições de trabalho e ao morador (C5); dificuldades relacionadas a determinadas faixas etárias da comunidade (C6).

E outros que ainda serão abordados: obstáculos na orientação de determinados assuntos (C8); necessidade de maior qualificação (C9 e C10); sobrecargas no trabalho (C11); por vezes, uma relação não necessariamente ótima com a equipe (C13); uma recepção nem sempre boa da população nas visitas domiciliares (C14), além da falta de intersetorialidade (C15), dentre outros.

4.2.2.8. Pergunta C8

Adentrando na **pergunta C8** (gráfico 12, tabela 18), esta era aberta e o pesquisado poderia escrever livremente 3 temas de maior dificuldade para orientar a população durante as visitas domiciliares. Contabilizando juntas um pouco mais da metade das respostas, foram mencionadas: sexualidade (30%) e saúde da criança, do homem, do adolescente e do idoso (24%). Elementar destacar alguns assuntos relativos à sexualidade citados pelos ACS como IST e gravidez na adolescência.

Gráfico 12 - Temas de maior dificuldade em orientar a população na microárea do Agente Comunitário de Saúde durante as visitas¹²





Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 18 – Temas de maior dificuldade em orientar à população durante as visitas domiciliares

Pergunta C8: Cite 3 (três) temas que você encontra maior dificuldade em orientar a população em sua microárea durante as visitas?

Respostas	Número de citações	Percentual
<p>↓ Sexualidade</p> <p>(Sexualidade -8) + (Infecções Sexualmente Transmissíveis - 6) + (Preventivo - 9) + (Gravidez na adolescência - 7) + (Planejamento familiar - 5)</p>	35	30%
<p>↓ Saúde da criança, do homem, do adolescente e do idoso</p> <p>(Saúde da criança -3) + (Vacinação da criança -13) + (Saúde do homem -7) + (Saúde do adolescente - 4) + (Saúde do idoso -1)</p>	28	24%
<p>↓ Relacionados ao morador e a residência</p>	17	15%

¹² Por conta de ser aberta, esta pergunta teve diversas respostas que, para melhor compreensão, foram analisadas pela autora e resultaram em 8 grupos de temas, conforme pode ser observado na tabela 18.

<i>(Recusa do morador em receber ou fazer o cadastramento no SUS -2) + (Falta de tempo do morador -3) + (Casa fechada -1) + (Condição domiciliar como lixo acumulado, falta de limpeza - 8) + (Orientações ao morador quanto a dengue -1) + (Adesão do morador para tratamento preventivo -1) + (Cão bravo – 1)</i>		
Drogas lícitas (álcool e cigarro) e drogas ilícitas	15	13%
 Doenças crônicas	9	7,5%
<i>(Hipertensão e diabetes – 4) + (Saúde mental – 3) + (Tuberculose -2)</i>		
 Relacionados ao funcionamento do SUS	6	5%
<i>(Agendamento e horário de atendimento -2) + (Central de regulação – 1) + (Demora de exames – 1) + (Número de visitas exigidas ao ACS no trabalho – 1) + (Pesagem do bolsa família -1)</i>		
Violência intrafamiliar	4	3,5%
Não tenho dificuldades	2	2%
Total	116	100%

Fonte: Elaborado pela autora.

Em referência à sexualidade, apesar de revestida de tabus e mitos, é por intermédio dela que as pessoas podem se comunicar, se formar e se expressar. Portanto, a sexualidade humana é uma necessidade básica e, como tal, precisa de atenção no setor da saúde (BASTIANI; PADILHA, 2007). Adentrando mais profundamente neste tema, as Infecções Sexualmente Transmissíveis são classificadas como um dos problemas de saúde pública mais comuns no Brasil e em todo o mundo, facilitando, por exemplo a transmissão sexual do vírus HIV (sigla em inglês do Vírus da Imunodeficiência Humana) (BRASIL, 2006b).

Nesse enquadramento, a equipe de Saúde da Família possui papel central na organização de ações que promovam a prevenção, o diagnóstico precoce e o acompanhamento do tratamento dessas enfermidades. Nesta pergunta C8, as IST foram citadas como um dos temas de dificuldade na orientação junto à comunidade por parte dos ACS. Destacamos que o papel deste profissional é essencial na orientação a respeito dos serviços de saúde, acompanhamento dos indivíduos em tratamento de IST e na identificação de grupos vulneráveis da comunidade para a atuação ativa da eSF (NICHIIATA; VAL; ABDALLA, 2014).

Quanto aos adolescentes, este grupo geralmente inicia suas relações sexuais sem ter algum conhecimento sobre o risco ao qual estão expostos e, por conta disso, podem acabar adquirindo alguma IST ou ainda tendo uma gravidez precoce. E como visto na tabela 18, a gravidez na adolescência também é um tema de difícil orientação nas visitas domiciliares dos ACS do município de Corumbá/MS (KRABBE et al.,2016

Assim, este jovem, de vida sexual geralmente ativa, precisa de informações para que possa se prevenir. Essas orientações antigamente eram consideradas responsabilidade somente dos pais e sabe-se que, para algumas famílias, o sexo é uma questão polêmica e falar sobre o assunto era e ainda é proibido (KRABBE et al.,2016). No trabalho de LINS et al. (2019) com relação a comunicação em casa sobre sexualidade, 54,4% dos questionários respondidos pelos jovens informaram que o diálogo acerca desse tema nunca foi feito ou foi realizado de modo ruim pelos pais. Ainda, aqueles que disseram ter tido algum tipo de conversa revelaram que esse conteúdo foi tratado como algo proibido.

Esta censura sobre a sexualidade faz que o adolescente busque informações fora de casa, o que pode gerar informações errôneas e tornar esse adolescente mais exposto a uma gravidez ou IST (KRABBE et al.,2016). Para tanto, hoje a educação sexual é considerada papel de profissionais de saúde e da escola também (LINS et al., 2019). Desse modo, esta é uma questão de saúde pública e o Agente Comunitário de Saúde, como integrante da Estratégia de Saúde da Família, deve participar desse processo de aproximação entre pais, equipe de saúde e jovens na educação sexual, além de identificar, durante sua atuação diária, a vulnerabilidade de algumas famílias para IST, abuso sexual ou uma gravidez precoce.

Neste processo, a escola se torna valiosa para a promoção da educação sexual, afinal, é um ambiente onde o adolescente pode esclarecer dúvidas, aprender sobre diversos assuntos e ter transformações de comportamento (KRABBE et al., 2016). Atualmente, a discussão sobre sexualidade está inserida no cotidiano escolar, mas Lins et al. (2019) retratou que ainda existe um forte tabu envolvendo a temática que afasta aluno, família e escola. Alguns responsáveis e professores não participaram de um ensino aberto e incluso. Dessa forma, eles tratam a sexualidade de modo erotizado e proibido, o que impossibilita uma formação crítico-moral nos alunos. Além disso, o assunto acaba sendo tratado de maneira biológica, olvidando o desenvolvimento de um senso reflexivo, de conhecimento amplo e de respeito para o aluno.

Diante disso, a educação sexual merece ser tratada de modo muito mais abrangente do que somente a questão de métodos contraceptivos e prevenção às IST. O tema deve incitar o cuidado do outro, o autocuidado, o respeito, a cidadania e a responsabilidade nesse jovem (SAITO; LEAL, 2000). Fazem parte dessa formação sexual questões éticas, de gênero e diversidade, por exemplo (LINS et al., 2019). Para tal, os profissionais da eSF (lembrando da posição central do ACS) podem ser importantes instrumentos na consolidação desses conceitos.

Outro ponto a ser levantado na pergunta C8 são as questões ligadas ao morador (15%): quando a pessoa se recusa a realizar o cadastro no SUS, se nega a receber este Agente Comunitário para uma conversa, alega não ter tempo para recebê-lo, a casa encontra-se fechada ou ainda o cão é feroz. Perante essas situações, o trabalho do ACS é afetado diretamente e a corrente de orientações e acompanhamento que foi criada sofre um corte, assim, o que poderia ser 100% acaba sendo reduzido, em razão dessas pequenas áreas descobertas.

Em sequência, foram citadas drogas lícitas (cigarro e álcool) e drogas ilícitas com um percentual de 13%. Sabe-se que o problema associado ao uso de drogas ganhou considerável proporção na atualidade e tem sido visto como um desafio na saúde pública no Brasil (CASTANHA; ARAÚJO, 2006).

O estudo de Carlini et al. (2002) revelou que, apesar de existirem variedades de drogas, houve um aumento significativo no consumo de álcool (53,2%) e cigarro (39%). E Zeferino e Fermo (2012) lembra em seu trabalho que o fato de essas substâncias serem lícitas não as transforma em menos graves em seus efeitos. Segundo Barros (2000), o álcool, por exemplo, pode causar problemas em nível psicológico, orgânico e social dependendo da frequência, dosagem e das circunstâncias.

Já o cigarro pode levar ao desenvolvimento de neoplasias malignas de boca, esôfago, estômago, pulmão e até bexiga, além de ser fator de risco para doenças coronarianas e AVC (Acidente Vascular Cerebral). Outros agravos ainda conexos ao cigarro são a osteoporose e a impotência sexual masculina (JÚNIOR, 2005).

Enfim, o abuso de substâncias, sejam legais ou ilegais, possui ligação íntima com diversas injúrias para a saúde, levando a desordens orgânicas e funcionais do corpo, comportamento de risco em caráter sexual, violências físicas, acidentes de trânsito, transmissão do vírus HIV (drogas injetáveis), cirrose (álcool), câncer de pulmão (cigarro), desajustes sociais, dentre outros (ZEFERINO; FERMO, 2012).

Nessa conjuntura, a ESF pode ser um instrumento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde desses usuários de drogas lícitas/ilícitas de forma rotineira. Para mais, o ACS pode auxiliar na prevenção ao uso de drogas, esclarecendo, em uma linguagem objetiva, educativa e humanizada, as famílias no tocante às consequências do abuso de drogas e, se necessário, encaminhando casos que precisem de um atendimento mais especializado (CASTANHA; ARAÚJO, 2006).

Ainda dentro dos temas com difícil abordagem nas visitas domiciliares, foram citadas as doenças crônicas: diabetes, hipertensão, tuberculose e assuntos /doenças relacionados a saúde mental totalizando um percentual de 7,5%. Quanto às doenças crônicas não transmissíveis, segundo a OMS (1999), estas representam atualmente 45,9% do total de doenças em caráter global. Exemplos dessas enfermidades podem ser a diabetes e a hipertensão.

Com relação ao diabetes mellitus, sabe-se que este é uma disfunção metabólica definida pela hiperglicemia crônica, podendo ser causada por deficiência na ação da insulina, na secreção desta insulina ou ainda por ambas. Essa enfermidade é uma das principais causas de morte, amputação de membros inferiores, cegueira, insuficiência renal e doenças cardiovasculares em todo o mundo. Outros problemas de saúde consequentes do diabetes são as doenças coronarianas e o Acidente Vascular Cerebral, que também são complicações associadas à hipertensão (TOSCANO, 2004).

Narayan et al. (2000) relatou que o diabetes teve um aumento em sua incidência em termos mundiais associado às modificações de hábitos de vida advindas da industrialização. Podemos associar também a hipertensão arterial quanto a este fato. Ainda, segundo estes autores, estas mudanças acarretaram em uma dieta com alto valor calórico e rica em gorduras, levando também ao sedentarismo e a obesidade.

Diante do exposto, realizar a detecção precoce do diabetes mellitus e da hipertensão arterial faz-se de grande importância (TOSCANO, 2004). O ACS, durante a visita, suspeitando de algum caso (através de relatos ou observação do ambiente familiar) pode comunicar a equipe a fim de investigar se este usuário possa estar sofrendo de alguma dessas enfermidades.

Como foi abordado anteriormente, fatores importantes para o controle destas duas doenças são as mudanças de estilo de vida, combate ao sedentarismo e reeducação alimentar. Como o ACS está próximo aos pacientes, este pode ser

capacitado para comunicar aos moradores sobre questões ligadas à alimentação e exercícios físicos, por exemplo. Caso o Agente Comunitário não tenha tido uma capacitação/instrução adequada tanto na identificação de um possível hipertenso/diabético, quanto nas orientações para alteração de hábitos alimentares, estas podem ser tarefas mais difíceis de serem realizadas.

Portanto, destaca-se, nesse momento, o papel do enfermeiro chefe repassando aos ACS informações básicas quanto à dieta dos pacientes hipertensos e diabéticos para que essas orientações cheguem até o morador, além da instrução quanto aos sinais de alerta dessas doenças a serem observados durante a VD (Visita Domiciliar).

Em continuidade às doenças crônicas, a saúde mental é de singular preocupação, não só pelos transtornos mentais propriamente ditos, mas pelo risco de suicídios e associação com outras doenças físicas deste grupo. Afinal, pessoas com problemas de saúde mental podem ter a higiene e alimentação inadequadas, além de o sistema imunológico deficitário. Dessa maneira, este indivíduo é mais propenso a adoecer (HARADA; HIRATA SOARES, 2010).

Por conta de sua grande notoriedade, a OMS (1984) considera os cuidados em saúde mental sob a responsabilidade não somente de especialistas, mas também de médicos generalistas. Seguindo este pensamento, a Atenção Básica faz parte da assistência a esse grupo de pacientes e entende-se que grande parte dos problemas de saúde mental podem ser resolvidos neste setor do SUS, sem precisar de um encaminhamento para o nível da atenção secundária (especialização).

Ainda partindo desse pressuposto, a ESF serve como base na articulação da atenção em saúde mental, visando atender essa demanda populacional e transpor o modelo médico-naturalista clássico, para então implantar um Modelo Psicossocial de Cuidado, como preconizado pela Reforma Psiquiátrica (COSTA-ROSA, 2000). Nesta nova forma de lidar com a saúde mental, o serviço concentra-se não somente no paciente, mas na família, além de dar ênfase a atividades de prevenção e promoção da saúde mental, possibilitando que o paciente participe do seu processo de tratamento (PAIM, 2001).

Nesse contexto, o Agente Comunitário de Saúde atua detectando possíveis casos de transtorno mental durante a VD, por exemplo. No estudo de Sousa (2007), explicita-se a identificação do sofrimento mental pelo ACS, através das conversas com a família e o próprio usuário, possibilitando pontuar casos suspeitos de doença psíquica.

Dessa forma, em muitas situações, é este profissional que faz o primeiro contato com a família e providencia o encaminhamento, de acordo com a necessidade (BRASIL, 2001b). Além disso, o ACS acompanha o tratamento médico desses enfermos (medicações receitadas, consultas) e orienta os responsáveis também (HARADA; HIRATA SOARES, 2010).

Neste trabalho de instrução, o ACS pode vir a ter dificuldades relacionadas à sua falta de capacitação. Como relatado na pesquisa de Harada e Hirata Soares (2010), os ACS que participaram da pesquisa não tiveram algum treinamento ou capacitação no campo da saúde mental e trabalhavam de acordo com suas experiências pessoais. Todavia, sabemos o conhecimento técnico deve estar presente na prática deste integrante da ESF para que a assistência em saúde se torne de maior qualidade e resolutividade.

Focando na tuberculose, o Conselho Nacional de Saúde através da Resolução nº 284, de 6 de agosto de 1998 (BRASIL, 1998b), considerou esta enfermidade como um problema prioritário de saúde no Brasil e instituiu o Plano Nacional de Controle de Tuberculose (PNCT) (RUFFINO-NETTO, 1999).

Para sua aplicação, este Plano conta com a colaboração das equipes de Saúde da Família, com destaque para o ACS, pois a família e o domicílio são seus instrumentos de trabalho. Desse modo, o PNCT busca melhorar o acesso ao tratamento dos pacientes tuberculosos e ao diagnóstico de novos casos da doença (BRASIL, 2006c).

Nas visitas domiciliares, os ACS podem detectar casos de Sintomáticos Respiratórios (SR), que são aqueles indivíduos com tosse por três semanas ou mais, e encaminhá-los aos serviços de saúde. Ademais, este profissional acompanha casos bacilíferos, isto é, aqueles cuja baciloscopia de escarro é positiva para a tuberculose, além de organizar reuniões com os membros da comunidade (BRASIL, 2002b).

Para que haja um bom resultado no trabalho de identificação de SR e acompanhamento de tuberculosos, o Agente precisa ter conhecimento sobre a doença. A pesquisa realizada por Maciel et al. (2008) constatou que menos da metade dos ACS (47,6%) tinham conhecimento de que a transmissão do agente etiológico da tuberculose se dá através do ar (por meio de tosse, fala ou espirro de um paciente com tuberculose) e apenas 2,9% destes profissionais responderam corretamente a definição de Sintomático Respiratório. Estes dados obtidos podem evidenciar o fato

de a tuberculose ser um dos temas citados pelos ACS como dificultoso no momento de orientar a população nas VD em nosso estudo.

Entende-se, portanto, que a falta de conhecimento do Agente Comunitário para os pontos mencionados acima pode reduzir sua capacidade de se proteger da doença durante suas visitas domiciliares, fora o fato de que, não sabendo identificar corretamente casos de SR, alguns suspeitos podem passar despercebidos aos olhos deste. Destacamos, portanto, a importância de cursos periódicos técnico-formativos sobre a tuberculose voltados à realidade de atuação dos Agentes Comunitários.

Em seguimento, com 5% foram mencionadas dificuldades em assuntos relacionados ao funcionamento do SUS. Algumas citações feitas se aproximam mais de uma dificuldade em realizar tal ação e não necessariamente em orientar à população sobre a atividade, como exemplo: demora de exames e número de visitas exigidas. Já relativo a outras situações citadas como agendamento, horário de consultas, central de regulação e pesagem do bolsa família, estes podem estar ligados a uma dificuldade na comunicação entre o ACS e o morador ou ainda problemas ligados ao funcionamento dos serviços.

O trabalho de Jardim e Lancman (2009) esclarece que quando o ACS não consegue dar resolutividade aos usuários quanto às demandas de consultas, exames, medicamentos ou mesmo acesso a outros serviços, os últimos associam o fato ao desempenho “deficitário” desse profissional, o que pode gerar a perda de um forte aliado para seu trabalho: a confiança da comunidade. Contudo, problemáticas como as mencionadas estão relacionadas à organização do serviço e à inoperância do Sistema, não sendo responsabilidades do Agente Comunitário.

Para esclarecimento, na Atenção Básica existe um persistente problema ligado a gestão: falta de capacitação de gestores, instabilidade administrativa e constante interferência da política no funcionamento dos serviços do SUS. Estes podem comprometer a credibilidade do sistema e interferir na qualidade dos serviços que devem ser prestados à população (PAIM; TEIXEIRA, 2007). Devemos considerar que a performance do Sistema Único de Saúde não é perfeita e ainda existem diversos ajustes a serem pensados/repensados dentro da engrenagem desse complexo de ações voltadas à saúde.

Outro tema de difícil orientação mencionado pelo Agentes Comunitários foi a violência intrafamiliar com 3,5%. Segundo a OMS (2002), a violência é definida como uso intencional de força física ou poder, em forma de ameaça ou ação propriamente,

contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo/comunidade que resulta em uma alta probabilidade de lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação.

Especificamente a violência intrafamiliar pode ser praticada por uma ou mais pessoas que tenham parentesco, laço familiar/conjugal ou ainda alguma forma de ligação afetiva. Esta se apresenta de diversas formas como: abuso psicológico/sexual, agressão física, negligência, violência financeira, abandono, maus-tratos, dentre outros. Alguns exemplos de grupos mais vulneráveis a essas ações são crianças, mulheres e idosos (BRASIL, 2008).

Para o Agente Comunitário de Saúde, a família funciona como sua unidade de atuação e através da convivência propiciada pelas visitas domiciliares existe a criação de um vínculo de confiança e respeito com a comunidade. Este forte laço possibilita ao ACS a detecção, abordagem, acompanhamento e prevenção de algum tipo de violência intrafamiliar.

Segundo a pesquisa de Garbin et al. (2014), 77% dos ACS acreditam que devam fazer algo nestas situações. Contudo, Jardim e Lancman (2009) expuseram que esses trabalhadores sentem medo e temem pela sua segurança e de sua família. Com isso, em alguns casos, eles não fazem a denúncia junto a polícia ou ao conselho tutelar.

Deve-se ressaltar que falar sobre violência intrafamiliar com a comunidade é difícil e complexo porque o tema envolve sentimentos de temor, apreensão e dúvidas motivados pela consciência do tamanho do problema a ser enfrentado. E, por conta de o ACS residir na área onde trabalha, ele acaba convivendo com os relatos de violência além da esfera do serviço, podendo sofrer ameaças dos agressores e, desta forma, se sentir inseguro em sua moradia. Portanto, ao mesmo tempo que a proximidade ajuda na confiança, também pode gerar fragilidade neste profissional (GARBIN et al., 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde, para que medidas de proteção sejam tomadas em casos de violência intrafamiliar, é necessário que haja denúncia ao órgão competente e que se tenha uma ótima articulação entre setores da sociedade civil e do governo (BRASIL, 2002c). O ACS, portanto, tem o dever de notificar os casos de violência, podendo responder por omissão (SALIBA et al., 2007).

Nesta realidade, profissionais da equipe de ESF da pesquisa de Machado et al. (2014) relataram falta de apoio, de resolutividade e de comunicação dos órgãos

competentes para que se tivesse conhecimento do andamento dos casos denunciados. O Ministério da Saúde pontua esta ausência de serviços/respostas e a atuação apenas pontual como fatores de lentidão na resolução de violências intrafamiliares (BRASIL, 2002c).

Logo, no decorrer desta pergunta C8, observamos a importância de uma boa capacitação do ACS para temas como sexualidade, drogas lícitas e ilícitas, hipertensão, diabetes, saúde mental, tuberculose e violência familiar, dentre outros temas que não foram englobados nesta questão. A falta de preparo é avaliada como uma situação angustiante para o profissional de saúde, gerando insatisfação e, muitas vezes, estresse (CAMELO, 2006).

O processo de atualização do conhecimento deste Agente é de encargo, principalmente, do enfermeiro da sua equipe, conforme Portaria Federal nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997 (Brasil, 1997). Portanto, quando identificada alguma deficiência técnica Harada e Hirata Soares (2010) expõe a responsabilidade do enfermeiro supervisor da ESF em fornecer treinamento a estes profissionais.

Dessa forma, o supervisor precisa ter disponibilidade integral para o desenvolvimento da reciclagem dos ACS, além de permitir um espaço de escuta para os anseios deste profissional (SOLLA; MEDINA; DANTAS, 1996)

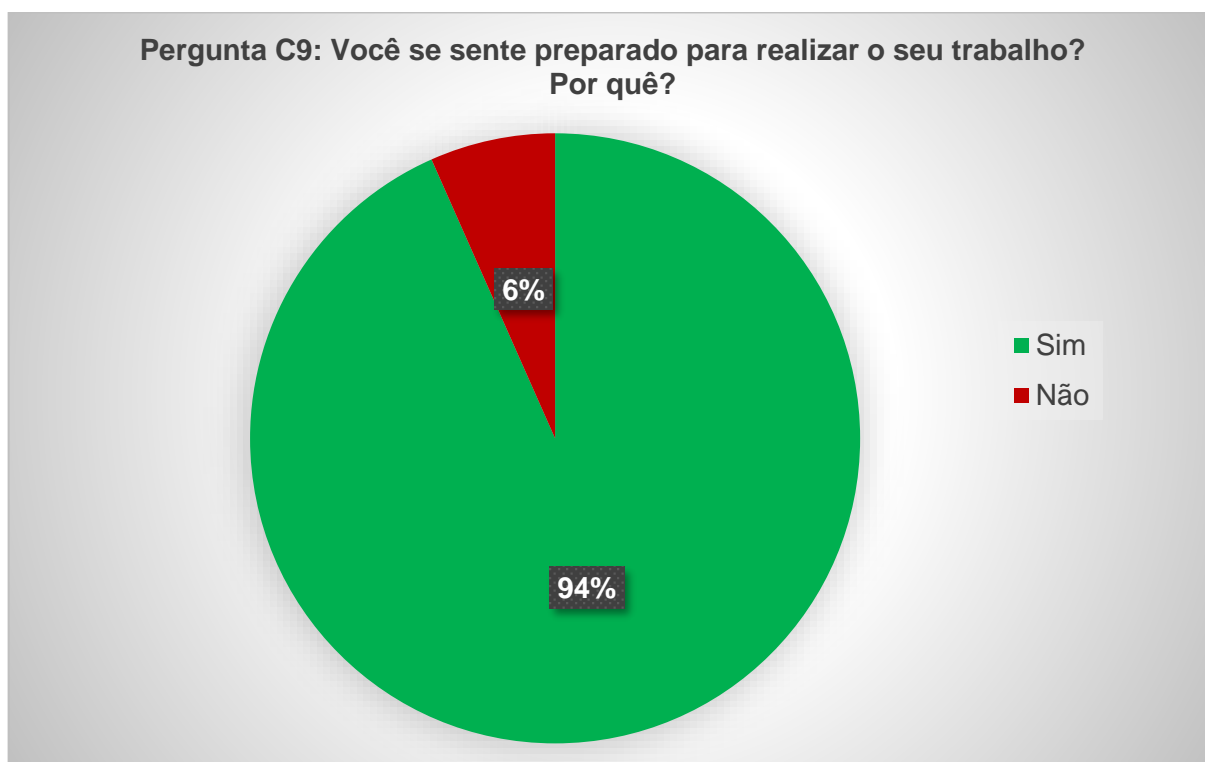
Porém, Muniz et al. (2005) relata que a maioria dos enfermeiros tem acúmulo de funções: compromissos com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e também diversas questões ligadas à ESF. Logo, se o enfermeiro supervisor estiver esgotado e não tiver estratégias para enfrentar isto, ele pode ter maior dificuldade para tomar decisões e realizar suas funções com êxito.

Em consequência, por exemplo, da ausência de momentos de escuta e diálogo com o enfermeiro ou mesmo com outros membros da equipe de Saúde da Família, o Agente pode acabar explanando problemas dos pacientes de sua área para pessoas externas ao trabalho, que podem relacionar e identificar a quem pertence os relatos. Atitude considerada antiética diante do seu contexto profissional (LUNARDELO, 2004).

4.2.2.9. Pergunta C9

Em continuidade, na **pergunta C9** (gráfico 13, tabela 19 e quadro 4), é questionado ao ACS se ele se sente preparado para exercer sua função e o porquê. A grande maioria (94%) se sente preparada, enquanto 6% destes não possuem o mesmo sentimento. A justificativa para o “sim” ou o “não” são expostas no quadro 4.

Gráfico 13 - Preparação para exercer a função de ACS



Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 19 – Primeira parte da pergunta C9: Você se sente preparado para realizar o seu trabalho?

Respostas	Quantidade de participantes	Percentual
Sim	45	94%
Não	3	6%
Total	48	100%

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 4 – Relação entre as alternativas da primeira parte da pergunta C9 e as Ideias Centrais, Discursos do Sujeito Coletivo e comentários obtidos em resposta à segunda parte da pergunta C9

Pergunta C9: Você se sente preparado para realizar o seu trabalho? Por quê?		
Alternativas (1ª parte da pergunta)	Ideia Central (2ª parte da pergunta)	DSC (2ª parte da pergunta)
Sim porque... (94%)	Experiência no trabalho	<i>01. Pelo meu tempo de serviço, já possuo experiência na minha função.</i>
	Capacitação e atualização do conhecimento	<i>02. Eu fui capacitado e sempre estou atualizando meu conhecimento através de cursos e palestras.</i>
	Empatia pela profissão	<i>03. Gosto do que faço: ajudar a passar as informações para a população.</i>
	Confiança da população	<i>04. Eu tenho a confiança da população da minha área.</i>
	<p>Comentário 01. <i>“Lidar com o público é uma tarefa difícil, mas com um pouco de paciência tudo dá certo”</i></p> <p>Comentário 02. <i>“Apesar de não ter recebido todo o treinamento adequado ao meu ver, a equipe inteira na unidade se esforça em estar por dentro das principais demandas”</i></p>	
Não porque... (6%)	Falta de conhecimento e necessidade de maior qualificação	<i>05. Não tenho o conhecimento de todas as situações que enfrento no trabalho, portanto, precisamos de mais qualificação, estarmos em constante atualização.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto às razões para a resposta “sim”, segue os discursos: DSC 01 - *Pelo meu tempo de serviço, já possuo experiência na minha função.* DSC 02 - *Eu fui capacitado e sempre estou atualizando meu conhecimento através de cursos e palestras.* DSC 03 - *Gosto do que faço: ajudar a passar as informações para a população.* DSC 04 - *Eu tenho a confiança da população da minha área.*

Alguns comentários justificando a resposta positiva também foram obtidos: Comentário 01. *“Lidar com o público é uma tarefa difícil, mas com um pouco de paciência tudo dá certo”*. Comentário 02. *“Apesar de não ter recebido todo o treinamento adequado ao meu ver, a equipe inteira na unidade se esforça em estar por dentro das principais demandas”*.

Sobre o DSC 01, como visto anteriormente na discussão da pergunta C1, o tempo de atuação e interação com as famílias ajudam este profissional no seu trabalho (LUNARDELO, 2004). Já o DSC 03 relata o “gostar” de exercer a função, no

comentário 02 da pergunta C15 (mais adiante), o ACS relata também o prazer gerado em exercer tal função quando a pessoa gosta e se dedica ao trabalho.

Jardim e Lancman (2009) trouxeram em seu estudo esta ideia do trabalho como gerador de prazer. Dessa maneira, quando o Agente consegue transcender a barreira do sofrimento, das idealizações e encara suas limitações usando de criatividade para com elas, é possível alcançar satisfação pessoal em suas atividades. Porém, este é um processo contínuo e instável, sendo preciso resiliência, paciência e vontade de superar os desafios.

Quanto ao comentário 01, é colocado em questão a dificuldade em trabalhar com o público. Santana et al. (2009) constatou na fala dos ACS o sentimento de desvalorização que este profissional sente por parte da população. Segundo os Agentes Comunitários a causa é a falta de conhecimento e compreensão da população ao considerar “ culpa” do Agente Comunitário os problemas de falta de integrantes na equipe de saúde, dificuldade de marcar exames e estrutura precária da unidade, por exemplo.

No comentário 02, apesar de o ACS se sentir preparado, é exposto a questão da deficiência no treinamento técnico do ACS, nesta realidade, também é relatado o esforço da equipe para estar por dentro dos assuntos da sua ESF. Com isso, observamos o interesse da equipe em melhorar a cada dia para poder propiciar uma melhor assistência para a comunidade, apesar de todas as dificuldades.

Já quanto a justificativa para a resposta “não”, obteve-se: DSC05 - *Não tenho o conhecimento de todas as situações que enfrento no trabalho, portanto, precisamos de mais qualificação, estarmos em constante atualização.*

Com base no DSC 05, verificamos a necessidade de uma melhor Educação Permanente em Saúde, que também foi apontada pelo comentário 02. Assim, ambos os grupos de respostas acabam confirmam, de alguma maneira, a relevância da capacitação para estes profissionais em sua atividade.

O estudo de Silva (2001) expôs que o Agente Comunitário não dispõe do conhecimento para as diversas situações que se apresentam em sua atuação. Existem conhecimentos técnicos adquiridos nos polos de capacitação, mas não se fala sobre a ampliação desses saberes para outras áreas. E, avaliando mais detalhadamente a dinâmica de trabalho do Agente Comunitário, observamos uma transposição ao campo da técnica, onde se atinge setores como o político e o social.

Este trabalhador do SUS trabalha a política no sentido da organização da população e na modificação das condições presentes na mesma. Já no social ele se torna um incentivador da cidadania, trabalhando lado a lado com a assistência social prestada à comunidade (SILVA, 2001). Dessa maneira, podemos refletir sobre a complexidade de atuação do ACS em uma Estratégia de Saúde da Família.

4.2.2.10. Pergunta C10

A respeito da **pergunta C10** (gráfico 14, tabela 20 e quadro 5), 92% dos pesquisados sentem a necessidade de aprender mais para melhorar sua atuação como ACS. Logo, mesmo com a maioria se sentindo preparado para exercer a função como visto na pergunta C9, a busca de atualizações e mais conhecimento é considerado algo essencial por este Agente.

Ainda, essa pergunta, em um segundo momento, questionou o porquê da resposta “sim” ou “não”, obtendo os DSC, Ideias Centrais e comentários apresentados no quadro 5.

Gráfico 14 - Necessidade de aprender algo a mais para melhorar a prática diária como Agente Comunitário de Saúde



Tabela 20 – Primeira parte da pergunta C10: Você sente a necessidade de aprender algo a mais para melhorar sua prática diária como Agente Comunitário de Saúde?

Respostas	Quantidade de participantes	Percentual
Sim	44	92%
Não	3	6%
Não respondeu	1	2%
Total	48	100%

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 5 – Relação entre as alternativas da primeira parte da pergunta C10 e as Ideias Centrais, Discursos do Sujeito Coletivo e comentários obtidos em resposta à segunda parte da pergunta C10

Pergunta C10: Você sente a necessidade de aprender algo a mais para melhorar sua prática diária como Agente Comunitário de Saúde? Por quê?		
Alternativas (1ª parte da pergunta)	Ideia Central (2ª parte da pergunta)	DSC (2ª parte da pergunta)
Sim porque... (92%)	Constante aprimoramento	01. Na prática diária constantemente me deparo com situações novas, por isso é importante estar em constante aprendizado para melhor atender a população.
	Necessidade de mais capacitação	02. Sinto a necessidade de mais cursos de capacitação na área.
	<p>Comentário</p> <p>01. “Quero conseguir me comunicar mais com mulheres para orientar sobre a saúde íntima. Sinto que ainda é um assunto chato de se orientar na minha área especificamente “ (relato de ACS do sexo masculino)</p> <p>Comentário</p> <p>02. “Gostaria de ter aula de libras”</p> <p>Comentário</p> <p>03. “Para os pacientes não basta somente irmos para orientar alguns, eles gostariam que aferíssemos a pressão, medíssemos a diabetes e não que fôssemos apenas para orientar”</p>	
Não Porque... (6%)	Não houve respostas negativas expressas e/ou comentários.	

Fonte: Elaborado pela autora.

A necessidade de treinamento foi citada no DSC 01 da pergunta C15 (mais adiante) com o discurso dos Agentes quanto a ter mais cursos de capacitação oferecidos pela prefeitura. Observamos que a carência de conhecimento relatada

pelos ACS é uma constante e que eles precisam, buscam e explanam sobre o investimento nos seus estudos.

Quanto à justificativa para o sentimento de aprender mais da pergunta C10, esta pôde ser expressa pelos seguintes discursos: DSC 01 - *Na prática diária constantemente me deparo com situações novas, por isso é importante estar em constante aprendizado para melhor atender a população.* DSC 02 - *Sinto a necessidade de mais cursos de capacitação na área.*

Ademais, as motivações para a necessidade de aprendizado geraram também os comentários: Comentário 01. *“Quero conseguir me comunicar mais com mulheres para orientar sobre a saúde íntima. Sinto que ainda é um assunto chato de se orientar na minha área especificamente “.* Comentário 02. *“Gostaria de ter aula de libras”.* Comentário 03. *“Para os pacientes não basta somente irmos para orientar alguns, eles gostariam que aferíssemos a pressão, medíssemos a diabetes e não que fôssemos apenas para orientar”.*

Correlacionado ao comentário 01, na pesquisa de Wai (2007) foi relatado a dificuldade do ACS do sexo masculino em estabelecer um vínculo ou ainda orientar sobre exames ginecológicos e autoexame das mamas em casas onde somente está presente a dona da residência, pois existe um desagrado social quanto a mulher receber um homem sozinho em casa. Além, do pudor feminino em falar sobre sua sexualidade, como vimos anteriormente na pergunta C5 (GIFFIN, 1994).

Para mais, de acordo com Guimarães, Martin e Rabello (2010), para que o Agente Comunitário de Saúde possa estimular o empoderamento de cada membro da família sobre a sua saúde e de seus entes queridos, ele precisa estar devidamente capacitado para incitar a prevenção e promoção da saúde na comunidade. Dessa forma, as formações devem ser multiplicadas e devem suprir a necessidade da demanda de conhecimento dos ACS.

Esta contínua renovação e progresso de conhecimento para quem trabalha na área da saúde é essencial, tendo em visto a constante mudança sobre práticas e ações neste setor (LEITE et al., 2015). Logo, através da Educação Permanente em Saúde a pessoa pode compreender o que está acontecendo no mundo, no seu país e expandir seu entendimento sobre diversos temas, transformando (e melhorando) a cada dia sua prática.

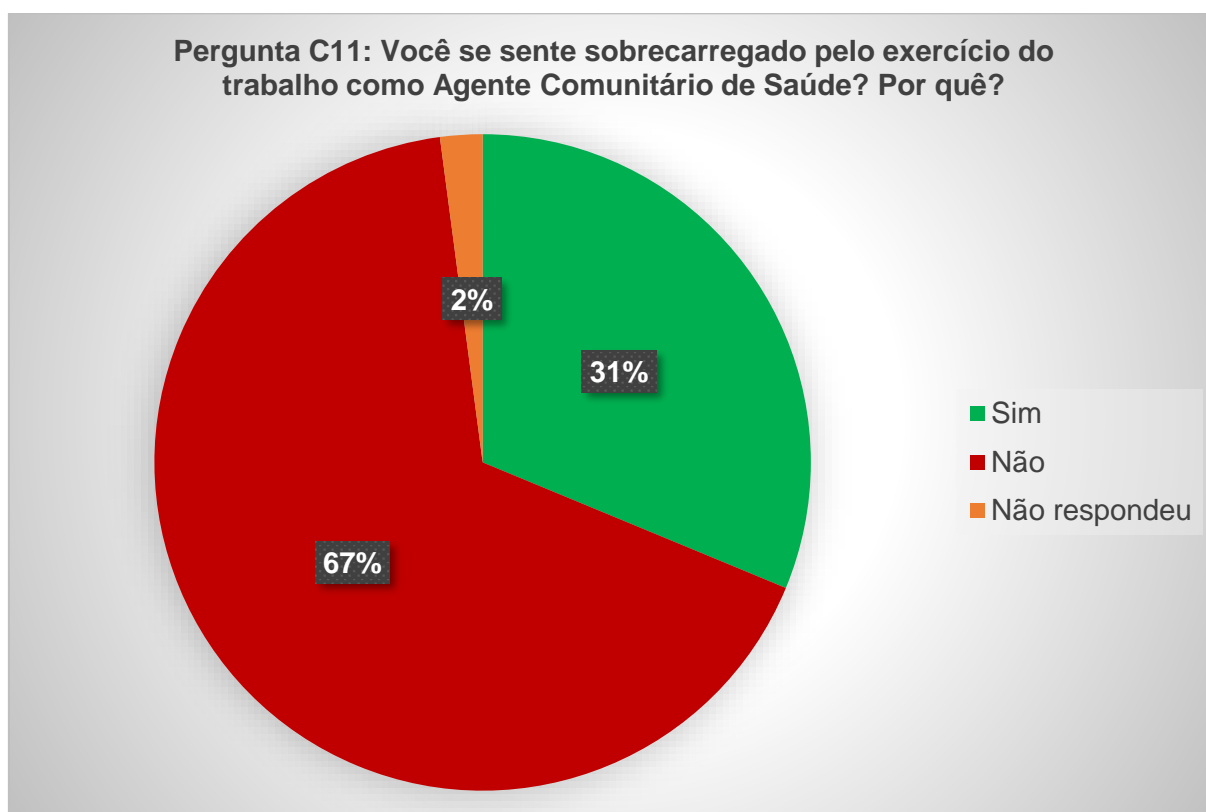
Segundo estudo de Castro e Takahashi (2008), a aprendizagem no contexto do trabalho é capaz de fomentar um processo de transformação a nível profissional e

peçoal. Complementarmente, Bastiani e Padilha (2007) revelam que o ensino torna o ACS um agente de mudanças sociais com consciência da cidadania, reciclando valores, cultura e tradições. Esta procura de satisfação nas atividades do cotidiano acaba se tornando de singular importância para a saúde mental destes trabalhadores.

4.2.2.11. Pergunta C11

Relativo à **pergunta C11** (gráfico 15, tabela 21 e quadro 6), mais da metade (67%) dos ACS não se sentem sobrecarregados, enquanto 31% pensam o contrário. Na segunda parte, questiona-se o porquê da resposta, resultando nos dados presentes no quadro 6.

Gráfico 15 - Sobrecarga pelo exercício do trabalho como Agente Comunitário de Saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 21 – Primeira parte da pergunta C11: Você se sente sobrecarregado pelo exercício do trabalho como Agente Comunitário de Saúde?

Respostas	Quantidade de participantes	Percentual
Sim	15	31%
Não	32	67%
Não respondeu	1	2%
Total	48	100%

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 6 – Relação entre as alternativas da primeira parte da pergunta C11 e as Ideias Centrais, Discursos do Sujeito Coletivo e comentários obtidos em resposta à segunda parte da pergunta C11

Pergunta C11: Você se sente sobrecarregado pelo exercício do trabalho como Agente Comunitário de Saúde? Por quê?		
Alternativas (1ª parte da pergunta)	Ideia Central (2ª parte da pergunta)	DSC (2ª parte da pergunta)
Sim porque... (31%)	Muitas funções	<i>01. Tenho muitas atribuições como preencher fichas, realizar determinada quantidade de visitas, procurar pacientes na minha área, lançar os procedimentos no sistema, dentre outros.</i>
	Pouco suporte	<i>02. Existe pouco suporte para que eu possa exercer minha função.</i>
	Absorção de problemas	<i>03. Porque eu absorvo os problemas de muitas famílias com quem trabalho diariamente. É cada dificuldade na minha jornada de serviço... como, por exemplo, situação de perda de componente de uma família que atendemos por conta de câncer ou outras doenças.</i>
	<p>Comentário 01. "(...) temos que bater a meta do estado (...)"</p> <p>Comentário 02. "O calor na cidade é muito, isso atrapalha na profissão"</p> <p>Comentário 03. "Temos excedentes de famílias e isso faz com que não possamos dar a atenção devida à população. Sempre fazemos outros serviços na unidade, mas ninguém pode desenvolver o nosso trabalho na nossa área e isso nos faz ficar sobrecarregados"</p> <p>Comentário 04. "(...) seria mais fácil se os ACS portassem seus dispositivos eletrônicos e registrassem a coleta de dados na casa do paciente"</p> <p>Comentário 05. "Porque, muitas vezes, a comunidade não respeita nossos horários e acham que trabalhamos 24 horas. Por mais que orientemos a comunidade, eles nos confundem com médicos e enfermeiros"</p>	
Não porque... (67%)	Planejamento e tempo suficiente	<i>04. Realizo o planejamento das minhas atividades e consigo executá-las com tranquilidade, afinal existe tempo suficiente para realizá-las.</i>
	Prazer pelo exercício da função	<i>05. Gosto do que faço, exerço com prazer minha função.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação ao Agente Comunitário que se sente sobrecarregado foram elaborados os respectivos Discursos para justificar o fato: DSC 01 - *Tenho muitas atribuições como preencher fichas, realizar determinada quantidade de visitas, procurar pacientes na minha área, lançar os procedimentos no sistema, dentre outros.*

DSC 02 - *Existe pouco suporte para que eu possa exercer minha função.* DSC 03 - *Porque eu absorvo os problemas de muitas famílias com quem trabalho diariamente. É cada dificuldade na minha jornada de serviço... como, por exemplo, situação de perda de componente de uma família que atendemos por conta de câncer ou outras doenças.*

Assim como citado pelo DSC 01, Rosa, Bonfanti e Carvalho (2012) expuseram a sobrecarga de funções associada ao ACS. Para mais, Lunardelo (2004) obteve resultados que expressavam a opinião dos Agentes no que se refere a quantidade de visitas domiciliares: os pesquisados relataram que o excesso de VD pode reduzir a qualidade do trabalho. De acordo com esta ideia, o profissional começa a exercer a atividade de forma mecânica, apenas para cumprir o que foi determinado.

Quanto às VD de Corumbá/MS, segundo o livro "Programa Agentes Comunitários de Saúde -PACS", deve ser feita pelo Agente, ao menos, uma visita domiciliar mensal à residência de sua responsabilidade (BRASIL, 2001a). Dessa forma, se o Agente tem 150 imóveis cadastrados (com suas respectivas famílias), ele deve fazer, pelo menos, 150 visitas.

Já no que diz respeito ao DSC 03, no ato de aproximação com a família existe a transposição de problemas, o ACS se envolve emocionalmente, se vê como o morador e sofre como ele (LUNARDELO,2004). E, como já foi mencionado anteriormente na discussão da pergunta B4, Pitta (1990) esclarece que esses sentimentos intensos podem causar sofrimentos psíquicos com a possível associação ao surgimento de doenças somáticas.

Dando seguimento, foram destacadas as seguintes declarações justificando a resposta "sim" também: Comentário 01. "(...) temos que bater a meta do estado (...)". Comentário 02. "O calor na cidade é muito, isso atrapalha na profissão". Comentário 03. "Temos excedentes de famílias e isso faz com que não possamos dar a atenção devida à população. Sempre fazemos outros serviços na unidade, mas ninguém pode desenvolver o nosso trabalho na nossa área e isso nos faz ficar sobrecarregados". Comentário 04. "(...)seria mais fácil se os ACS portassem seus dispositivos eletrônicos e registrassem a coleta de dados na casa do paciente". Comentário 05. "Porque, muitas vezes, a comunidade não respeita nossos horários e acham que trabalhamos 24 horas. Por mais que orientemos a comunidade, eles nos confundem com médicos e enfermeiros".

Em foco do comentário 05, esta questão dos horários impróprios para trabalhar foi citada como fator de estresse para os Agentes Comunitários no trabalho de Wai (2007). A relação próxima com o usuário motivada pela possibilidade de residir na mesma área da população pode ser um fator de tensão crônica para o ACS e ainda de acordo com Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) uma exposição desta natureza em ambiente de trabalho pode gerar a Síndrome de *Burnout*, por exemplo.

Em um estudo feito com 24 ACS do município de Caetanópolis, estado de Minas Gerais, todos os entrevistados apresentavam *Burnout* e 58,3% possuíam nível médio de exaustão emocional (BARROSO; GUERRA, 2013). Já na pesquisa de Mota, Dosea e Nunes (2014) realizada em Aracaju – Sergipe com 222 Agentes Comunitários de equipes de Saúde da Família, 10,8% tinham tendência à Síndrome de *Burnout* e 29,3% características equivalentes à doença.

Retomando, esta sobrecarga de trabalho pode ser entendida de duas formas: quantitativa e qualitativa. A primeira tem relação com a quantidade exacerbada de atividades a serem realizadas. Enquanto a sobrecarga qualitativa está ligada à dificuldade para realizar suas atividades, ou seja, encontrar situações que estão aquém do seu conhecimento e aptidão. Através dos dados obtidos nesta pergunta e nas demais deste trabalho, podemos dizer que o ACS do município de Corumbá apresenta ambas as formas de sobrecarga (GLOWINKOWSKI; COOPER, 1987; JEX, 1998).

Assim, o que podemos explorar desta relação de ACS *versus* usuário é que se este não possuir um preparo específico para enfrentar as dificuldades do seu cotidiano, por conta dessa proximidade à comunidade, ele se torna mais vulnerável do que outros membros da equipe ao surgimento de sintomas de estresse (CAMELO; ANGERAMI, 2004).

Diante do exposto, é importante que o ACS tenha conhecimento a respeito da ideia do trabalho ideal em contrapartida ao trabalho diário, pois a atividade prescrita vem a se tornar irrealizável quando acontecem falhas e dificuldades não previstas em um planejamento modelo (DANIELLOU, 2004). Também é de particular destaque que o Agente Comunitário entenda que esta diferença encontrada entre o trabalho idealizado e o trabalho real pode ser fonte de sofrimento psíquico, em acordo com a ideia da Psicodinâmica do trabalho (PDT) (LANCMAN; JARDIM, 2004).

Nessa realidade, a PDT busca que o indivíduo reflita, através da exposição de sua fala e escuta do colega, sobre o trabalho, permitindo uma libertação e

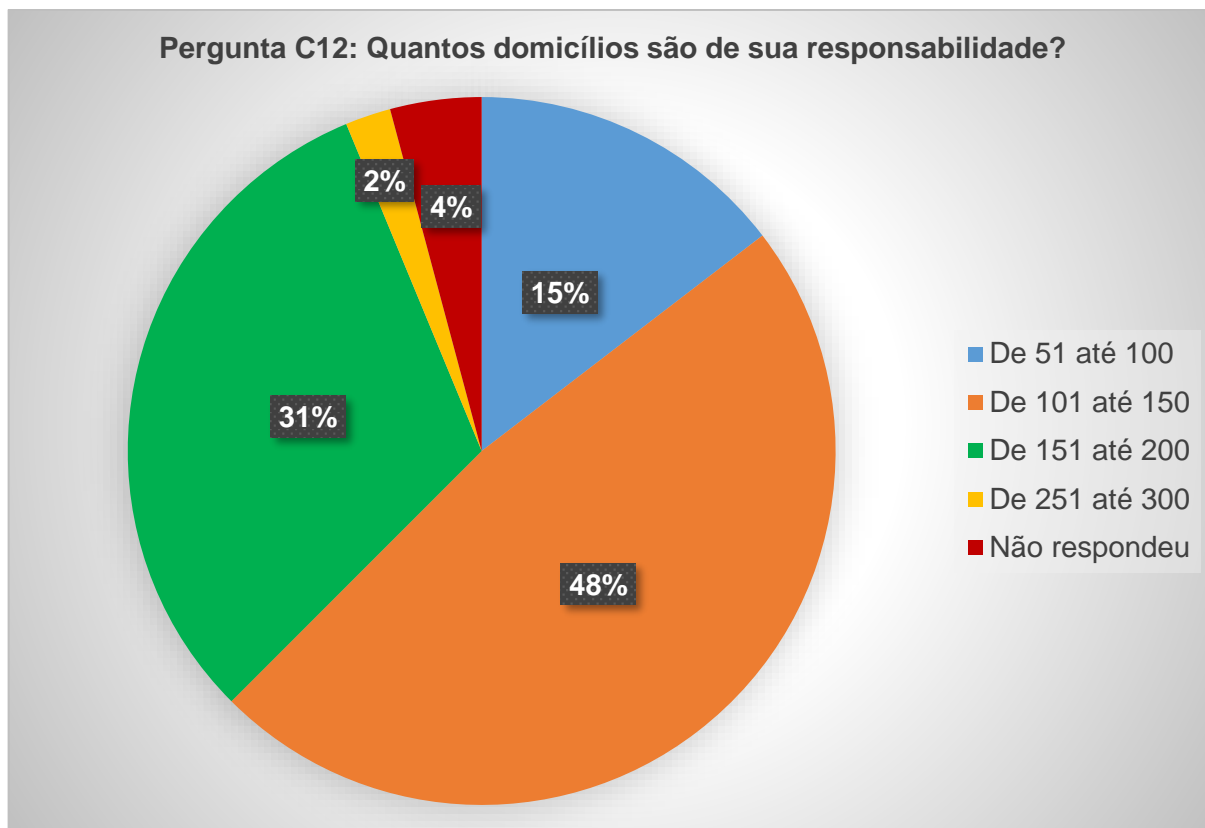
discernimento do trabalhador. Isto tem como finalidade reformular coletivamente a atividade profissional, além de prevenir enfermidades geradas por ele. Assim, é possível promover espaços públicos para discussão e crescimento pessoal/profissional, mobilizando os ACS e toda a eSF (LANCMAN; JARDIM,2004).

Contudo, se esta caminhada profissional for acompanhada pela solidão do ACS, pode culminar em um sofrimento que necessita de ajuda profissional (LANCMAN; JARDIM, 2004). Nesse caso, a terapia ocupacional baseada na relação entre o adoecimento e a organização do trabalho ajuda esse funcionário a se reinserir no ambiente que antes o causou a enfermidade (LANCMAN, 2004).

4.2.2.12. Pergunta C12

Quanto à **pergunta C12** (gráfico 16, tabela 22) sobre a cobertura de residências de cada profissional, maior parte (48%) cobrem de 101 a 150 domicílios em sua área, 15% apresentam cobertura ainda maior: de 151 a 200 domicílios e 2% possuem de 201 até 250 imóveis para trabalhar, enquanto 4% tem de 51 a 100 imóveis sob sua responsabilidade.

Gráfico 16 - Quantidade de domicílios de responsabilidade do Agente Comunitário de Saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 22 – Pergunta C12: Quantos domicílios são de sua responsabilidade?

Respostas	Quantidade de participantes	Percentual
De 0 até 50	0	-
De 51 até 100	7	15%
De 101 até 150	23	48%
De 151 até 200	15	31%
De 201 até 250	0	-
De 251 até 300	1	2%
Não respondeu	2	4%
Total	48	100%

Fonte: Elaborado pela autora.

O que nos chama atenção nesses dados é a quantidade de residências que cada Agente Comunitário de Saúde precisa fazer visitas frequentemente. Realizar a cobertura destas áreas mensalmente pode se tornar exaustivo para esse profissional.

Na pesquisa de Wai (2007), o ACS 15 expressou sua dificuldade em cumprir essa meta: *“Porque no agente, ele tem que cumprir a meta dele de visitas, por exemplo, se é 70 famílias, você tem que cobrir estas famílias, só que não é só as visitas, você tem reuniões intersectoriais que participa, você tem as reuniões de dentro da unidade que tomam tempo, você tem cursos né, que estão te profissionalizando mais, te capacitando mais, tem “any” coisas que vão aparecendo, surgem e você tem que ir, então se você for somando e tirando estas horas, estes dias, sobram muito pouco, aí fica difícil você ter que fazer estas visitas, ter que cobrir, geralmente quando tem muita coisa no mês para fazer, fica complicado, porque você não vai fazer uma visita correndo, passar correndo numa casa, oi tudo bem, você tem que parar, dar um tempo para cada família, então é complicado, dificulta (...)”*

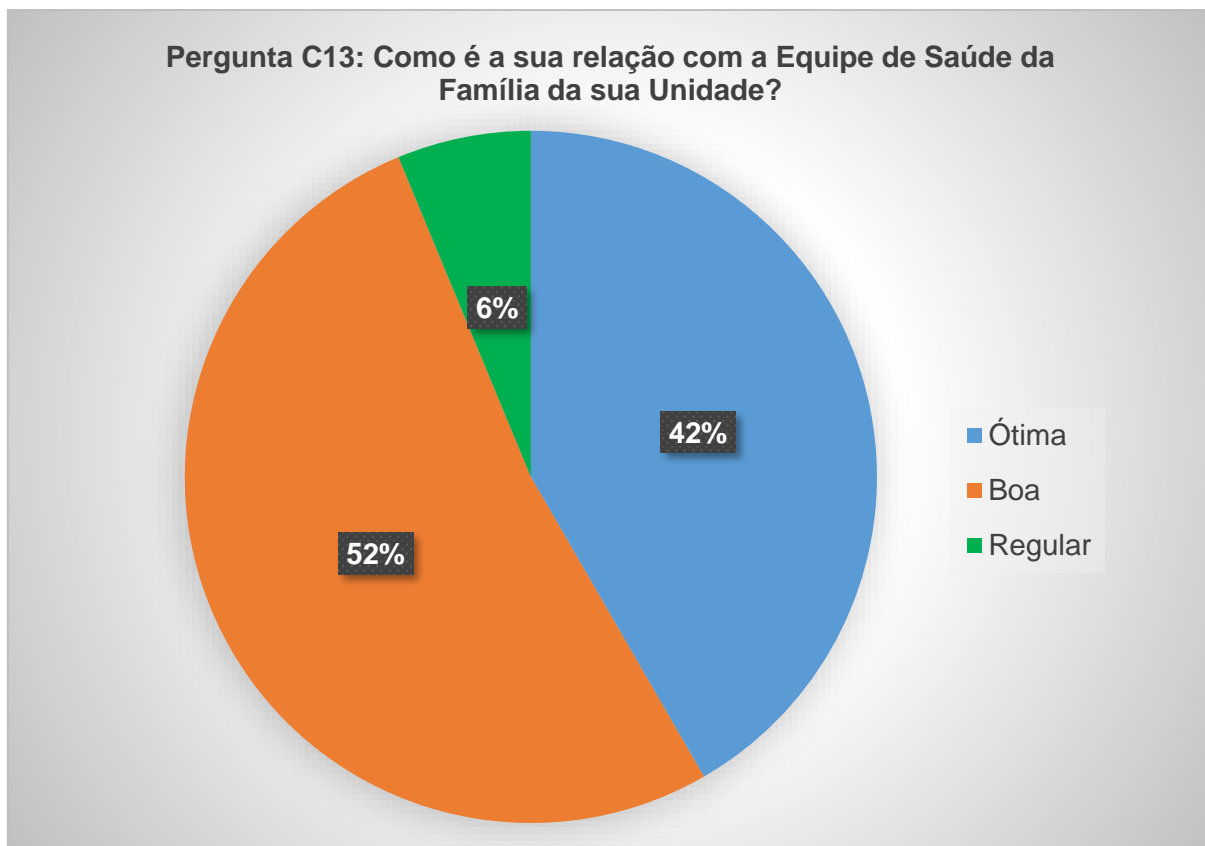
De acordo com Brasil (2017a), cada ACS deve atender, no máximo, 750 pessoas. Neste contexto, é preciso esclarecer que a ação do Agente Comunitário abrange muito mais do que somente realizar o acompanhamento domiciliar. Este profissional participa de reuniões com a equipe, cursos técnicos, trabalham com o cartão SUS, podem ajudar no fluxo de atendimento da Unidade quando necessário, organizam as fichas das famílias atendidas na área dentro da Unidade, orientam pacientes dentro da Unidade, dentre outras funções.

Ainda deve-se levar em conta que algumas residências podem estar fechadas, em outras o morador pode não querer receber este profissional ou ainda se negar a cadastrar no SUS, como relatado anteriormente neste trabalho. Assim, consideramos que a atividade da visita domiciliar pode se tornar uma atribuição engenhosa e desgastante (seja do aspecto físico, mental ou ambos).

4.2.2.13. Pergunta C13

Referente à **pergunta C13** (gráfico 17 e tabela 23), mais da metade (52%) assinalou uma boa relação com a equipe de saúde da sua unidade, enquanto 42% consideram esta conexão ótima e 6% a consideram regular.

Gráfico 17 - Relação do Agente Comunitário de Saúde com a Equipe de Saúde da Família da sua Unidade



Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 23 – Pergunta C13: Como é a sua relação com a equipe de Saúde da Família da sua Unidade?

Respostas	Quantidade de participantes	Percentual
Ótima	20	42%
Boa	25	52%
Regular	3	6%
Ruim	0	-
Total	48	100%

Fonte: Elaborado pela autora.

A Estratégia de Saúde da Família atua valorizando as relações, os processos de autoanálise e de autogestão em contrapartida ao ultrapassado modelo biomédico (FERREIRA et al., 2009). Em acordo com este novo agir, quando o ACS faz as visitas domiciliares, ele recebe as reclamações e se responsabiliza em dar respostas aos moradores. Dessa maneira, quando chega em seu trabalho, questiona a equipe e

planeja soluções. Por meio destas ações e diversas outras, se estabelecem os relacionamentos em uma ESF (PERES et al., 2011).

Segundo Peres et al. (2011), as relações interpessoais apontadas pelos ACS são a autonomia para eles falarem, respeito, comunicação, conversa, discussão de problemas cotidianos, corresponsabilização, união e vontade de aprender.

Relacionado à comunicação, no DSC 02 da pergunta C15 da nossa pesquisa (adiante), os Agentes exprimiram a importância desta para se obter um bom trabalho na ESF. Ademais, os ACS que participaram da pesquisa de Peres et al. (2011) expuseram que a ausência da mesma se torna um fator de desunião entre os membros da equipe, causando distanciamento.

Ainda, na tabela 15 da pergunta C5 deste estudo, na seção “condições de trabalho”, pertencente ao item “problemas relacionados ao trabalho na unidade de saúde”, a desunião da equipe de saúde foi apontada por um ACS como uma das principais dificuldades encontradas no desempenho do seu trabalho.

Perante esse contexto, de acordo com os Agentes Comunitários, a reunião favorece estas conexões interpessoais e a liberdade de se expressar. Isto permite a construção de vínculo na equipe e de novos caminhos às situações apresentadas (PERES et al., 2011). Para mais, no estudo de Silva e Trad (2005), a reunião de equipe foi mencionada como um momento para alívio de angústias, além de ser um instrumento de ensinamento técnico.

Compreendemos, dessa forma, que a comunicação presente nas reuniões se torna essencial para que cada membro da equipe possa expressar sua opinião e também possa escutar o outro. E, em consequência deste processo de troca, podem existir ensinamentos (técnicos ou de vivência), construção de novos fazeres acerca do trabalho e a possibilidade de maior entendimento das diferenças de cada ser.

Ainda, de acordo com Fortuna et al. (2005), cada profissional que compõe a equipe de saúde tem um conhecimento, uma história de vida, uma formação. Dessa forma, as diferenças se fazem presentes no trabalho e, por conta disso, os trabalhadores acabam passando por fases de contentamento, satisfação, dificuldades e paralização. Enfim, é uma “montanha russa” com altos e baixos que deve ser reavaliada constantemente.

Martines e Chaves (2007) explanam que estas diferenças individuais podem gerar incompreensão e até não aceitação, seja da técnica ou do comportamento de um determinado componente do grupo. Acrescentamos, nessa realidade, algumas

situações ligadas às disparidades pessoais relatadas em Peres et al. (2011): dificuldade de “ver o todo” nas ações, ausência de diálogo, de ajuda, de flexibilidade, de responsabilidade e horizontalização nas atividades.

Outro estudo demonstrou que o ACS encontra dificuldades quando a equipe não prioriza suas situações expostas e dá maior atenção a outras. Nesses casos, o Agente se sente, muitas vezes, excluído e tratado como indiferente (WAI, 2007).

Ademais, Seabra (2006) verificou que existe, por parte de alguns componentes da equipe de saúde, a divisão entre “nós” (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem) e o “ACS”. Fato que ocorreu de maneira implícita nos discursos e mostra que os trabalhadores da ESF ainda não incorporaram a ideia de o Agente Comunitário fazer parte da equipe, o que os torna despreparados para trabalhar com este profissional. Esta situação pode acontecer devido ao relacionamento hierárquico e à formação acadêmica deficiente dos integrantes da eSF.

Na questão da hierarquia, de acordo com Silva e Trad (2005), fica claro que profissionais com conhecimento técnico possuem maior voz na equipe. Assim, da mesma maneira que na sociedade é perceptível a íntima associação feita entre “o saber” e “o poder”, na equipe de saúde ela também está presente, gerando a hierarquização nas relações. Complementarmente, segundo Adorno et al. (1987), nessa polarização dos que “mais podem” e “menos podem” o ACS se sente como o que possui menos poder.

Dessa maneira, em concordância com as ideias de Martines e Chaves (2007), consideramos que todas essas situações podem gerar dificuldades para se manter as relações, afetando a organização da eSF e, conseqüentemente, o trabalho da Estratégia. Logo, observamos que quando se trata das relações estabelecidas em uma ESF, é importante que o trabalho em equipe seja abordado também. Por essa razão, discutiremos adiante questões relativas a esse trabalho conjunto em uma equipe de Saúde da Família.

Nessa perspectiva, o ACS conceitua o trabalho em equipe como um dispositivo enriquecedor (LUNARDELO, 2004). Ainda dentro dessa temática, no estudo de Santana et al. (2009), as falas dos Agentes Comunitários apontaram como ponto positivo deste trabalho em grupo a questão dos diversos conhecimentos que são expostos por cada profissional, auxiliando na construção de uma ideia de saúde multidisciplinar no Agente.

Em ideia adicional, na pesquisa de Ferro et al. (2014) com 8 profissionais da ESF e 4 profissionais do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) de uma UBS da cidade de Curitiba, os pesquisados relataram a relevância da articulação dos múltiplos saberes para a realização de atividades de cuidado, por exemplo.

Todavia, também existem dificuldades no estabelecimento deste trabalho em equipe. Consideramos importante abordar alguns estudos que tratam desses empecilhos existentes na atividade de grupo em uma ESF adiante.

Sobre esses entraves, o trabalho de Colomé, Lima e Davis (2008) apontou a questão da falta de tempo dos profissionais para realizar a articulação e planejamento de ações na ESF, motivada pela grande demanda populacional atendida. Fato que também foi relatado pelos participantes do trabalho de Ferro et al. (2014) com a exposição de que, frequentemente, a discussão de casos ocorre nos corredores da UBS.

Ademais, de acordo com Peduzzi (2001), quando cada trabalhador faz sua atividade específica sem articular com o outro profissional, acontece a desagregação e falta de integralidade do conjunto “equipe”. Esta ideia de fragmentação causada pela falta do compartilhamento de ideias também foi observada por meio da fala de um participante no estudo de Ferro et al. (2014) e do DSC 1 no trabalho de Paula, Palha e Protti (2004).

Assim, quanto mais valorizado o trabalho específico (sem troca de ideias e condutas), mais crescente a possibilidade de descaracterização do trabalho de equipe na UBS. Portanto, é uma oportunidade de permutação de conhecimentos que se torna perdida entre os membros da eSF e que traz consequências para a manutenção da rede de relações e, conseqüentemente, para o atendimento fornecido à população.

Outro ponto levantado, através do estudo de Lunardelo (2004), é a concepção idealizada de uma atividade em equipe pelo ACS, que causa dificuldades e sofrimento para este trabalhador, motivados pelas expectativas criadas por ele e que são difíceis de serem atingidas pelo grupo (LUNARDELO, 2004).

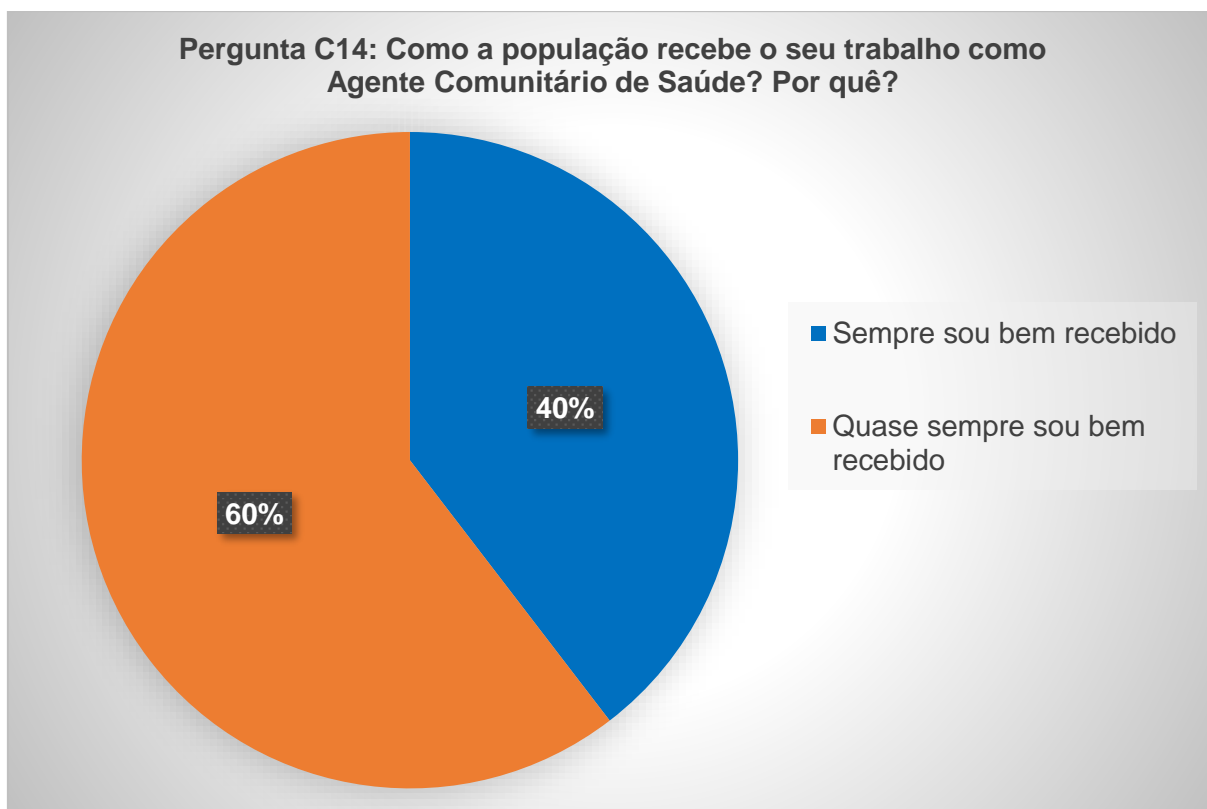
Dessa maneira, Matumoto (1998) expõe a necessidade de os supervisores da Educação Permanente em Saúde ajudarem a desmitificar a concepção de “equipe perfeita”, pois esta não existe. Esta quebra da expectativa permite a superação da perda para o Agente Comunitário e colabora para que surja no seu lugar um processo criativo do uso de recursos existentes. Assim, o profissional tem a possibilidade de ultrapassar “a pedra no caminho” e não se tornar imobilizado por ela.

Por fim, como relatado no estudo de Jardim e Lancman (2009), entendemos que o trabalho do Agente Comunitário em si pode causar dor, mas também pode ser um instrumento de crescimento e geração de prazer. Afinal, este sofrimento profissional pode se tornar criativo quando a atuação passa pelo reconhecimento do esforço empregado nela. Então, surge o sentido do trabalhar e uma transformação do “sofrer” para o “prazer” no ACS (OLIVEIRA, 2003).

Neste momento de transição, o padecimento é visto como contribuinte para organização do trabalho, ajudando em processos de transformação no serviço (DEJOURS, 1998). Além disso, o reconhecimento ajuda na formação da identidade pessoal do Agente e esta última é responsável pela proteção da saúde mental do ACS (OLIVEIRA, 2003).

4.2.2.14. Pergunta C14

Dando continuidade, a **pergunta C14** (gráfico 18, tabela 24 e quadro 7) questiona sobre a recepção da população ao trabalho do ACS e os dados obtidos foram que mais da metade (60%) consideram que quase sempre são bem recebidos, enquanto 40% avaliam que sempre são bem recebidos pela comunidade. Na segunda parte da pergunta, questionamos o porquê das respostas, tendo como resultado o quadro 7.

Gráfico 18 - Recepção da população ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 24 – Primeira parte da pergunta C14: Como a população recebe o seu trabalho como Agente Comunitário de Saúde?

Respostas	Quantidade de participantes	Percentual
Sempre sou bem recebido	19	40%
Quase sempre sou bem recebido	29	60%
Quase sempre não sou bem recebido	0	-
Nunca sou bem recebido	0	-
Total	48	100%

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 7 – Relação entre as alternativas da primeira parte da pergunta C14 e as Ideias Centrais, Discursos do Sujeito Coletivo e comentários obtidos em resposta à segunda parte da pergunta C14

Pergunta C14: Como a população recebe o seu trabalho como Agente Comunitário de Saúde? Por quê?		
Alternativas (1ª parte da pergunta)	Ideia Central (2ª parte da pergunta)	DSC (2ª parte da pergunta)
Sempre sou bem recebido porque... (40%)	Amizade e confiança	<i>01. A população já me conhece, já conquistei a amizade e confiança dos pacientes.</i>
	Bom serviço	<i>02. Por realizar um bom serviço junto à comunidade.</i>
	Educação	<i>03. Os moradores me atendem com educação.</i>
	Comentário <i>01. “A população entende a necessidade de o agente de saúde realizar as visitas domiciliares, pois somos o elo com a unidade de saúde”</i>	
Quase sempre sou bem recebido porque... (60%)	Ocupados ou por falta de educação	<i>04. Alguns moradores se recusam a me receber por conta de estarem ocupados ou mesmo por falta de educação.</i>
	Falta de compreensão da função do ACS e do SUS	<i>05. Algumas famílias não me recebem pois não entendem a importância do trabalho do ACS e do serviço do SUS alegando, por exemplo, que o SUS não presta ou que não precisam do posto.</i>
	Plano de saúde privado	<i>06. Alguns moradores não gostam de me atender ou mesmo não me recebem alegando terem plano de saúde privado.</i>
	Comentário <i>02. “Cultura de cada família, bocas de fumo na microárea, restrições religiosas, etc”</i> Comentário <i>03. “Existem casos em que a família não quer receber o agente em sua casa e não aceita assinar o termo de recusa, dificultando meu serviço”</i> Comentário <i>04. “Por conta da idade do paciente, muitas vezes, é difícil a orientação”</i>	

Fonte: Elaborado pela autora.

Considerando os 40% que “são sempre bem recebidos”, a justificativa alegada por estes ACS consiste nos seguintes DSC: DSC 01- *A população já me conhece, já conquistei a amizade e confiança dos pacientes.* DSC 02 - *Por realizar um bom serviço junto à comunidade.* DSC 03 - *Os moradores me atendem com educação.*

Através desses discursos, percebe-se que a confiança e o bom serviço vinculados ao ACS são considerados fatores para que esse profissional seja sempre bem recebido na comunidade. Além disso, o comentário 01. “*A população entende a necessidade de o agente de saúde realizar as visitas domiciliares, pois somos o elo*

com a unidade de saúde” mostra a colaboração e consciência da comunidade quanto à necessidade do trabalho desse profissional.

Com relação ao DSC 01, no estudo de Sossai, Pinto e Mello (2010), as falas da população também revelaram esta relação de confiança entre as famílias e os Agentes Comunitários. Para mais, o estudo de Jardim e Lancman (2009) demonstra que a credibilidade é fundamental para a estabilização do ACS junto à população e afirma que sem ela não existe a confiança dos moradores. Ressaltando ainda que uma das formas para conquistar essa tão almejada confiança seria mostrar confidencialidade das informações coletadas.

Em referência ao DSC 02, que trata do bom serviço desse Agente como justificativa para a boa recepção da comunidade, Sossai, Pinto e Mello (2010) revelou que a população expressou gratidão e satisfação quanto ao desempenho da função do ACS. Fato que também pôde ser observado nos dados obtidos por Oliveira, Nachif e Fontana (2003) em que os moradores se referiam ao Agente Comunitário pelas suas características pessoais e a boa atuação.

Quando discutimos a resposta “ Quase sempre sou bem recebido” e o porquê, obtivemos os discursos: DSC 04 - *Alguns moradores se recusam a me receber por conta de estarem ocupados ou mesmo por falta de educação.* DSC 05- *Algumas famílias não me recebem pois não entendem a importância do trabalho do ACS e do serviço do SUS alegando, por exemplo, que o SUS não presta ou que não precisam do posto.* DSC 06- *Alguns moradores não gostam de me atender ou mesmo não me recebem alegando terem plano de saúde privado.*

Diante desses DSC, observamos a recusa da recepção de moradores aos ACS pela falta de tempo, falta de educação, por não compreenderem a função do Agente/SUS ou ainda por alegarem ter plano de saúde privado. Estes dados revelam como a relação Agente Comunitário *versus* comunidade é complexa e merece a devida atenção do sistema de saúde.

Ainda foram coletados comentários deste item relacionado a “quase” boa recepção da população: 02. *“Cultura de cada família, bocas de fumo na microárea, restrições religiosas, etc”*, 03. *“Existem casos em que a família não quer receber o agente em sua casa e não aceita assinar o termo de recusa, dificultando meu serviço”*, 04. *“Por conta da idade do paciente, muitas vezes, é difícil a orientação”*.

Diante dessas situações de dificuldade que o ACS enfrenta, o trabalho de Jardim e Lancman (2009) traz a fala deste trabalhador demonstrando a falta de

educação por parte de um morador: “ [...] *o vizinho não abria o portão, fingia que não estava em casa* “. Essa situação também pôde ser observada no DSC 04 do nosso estudo.

Além disso, Wai (2007) trouxe a fala do ACS 13 em sua pesquisa em que o Agente expressa que, muitas vezes, a pessoa “ solta os cachorros” em cima do funcionário. O trabalho de Lunardelo (2004) também identificou essa violência nas palavras dirigidas a este profissional.

Dessa forma, situações em que o ACS não é bem recebido ou ainda sofre algum tipo de agressão verbal pelo usuário do SUS se manifestam diretamente neste profissional na forma de desânimo e eles afirmam se sentirem sobrecarregados (WAI, 2007).

Em acréscimo, o estudo de França e Rodrigues (1999) expôs que o medo, a angústia, a agressividade e a frustração podem elevar tensões musculares, cardíacas e do trato digestivo. Segundo Camelo (2006) estes sentimentos podem causar estresse profissional destes indivíduos. Assim, analisamos que o Agente Comunitário está inserido em um ambiente de trabalho que pode apresentar situações de risco para seu bem-estar físico e mental.

Correlacionado ao tema do DSC 05, a falta de compreensão da função do ACS e do SUS pôde ser observada também no estudo de Sossai, Pinto e Mello (2010) que abordou a falta de informação da comunidade quanto ao funcionamento e organização da ESF (concepção de atenção continuada à saúde e longitudinalidade). Além deste, Camelo (2006) igualmente revelou que a população não compreendeu a ideia da Estratégia de Saúde da Família.

Ademais, Wai (2007) trouxe as falas dos ACS em que são abordadas também questões como a falta de entendimento do morador sobre a atuação preventiva deste trabalhador e, para mais, explanou como o Sistema Único de Saúde é importante e necessário, mesmo que isso não seja visível do ponto de vista biomédico. O comentário 06 da pergunta C15(adiante) e o item “falta de informação” da pergunta C5 deste estudo reforçam a ideia de necessidade de esclarecimento para população do real trabalho deste profissional.

Ainda, Seabra (2006) explanou que tanto a comunidade, quanto os próprios profissionais da ESF e demais trabalhadores da rede pública de saúde continuam a desconhecer o emprego da Saúde da Família (SF). Com isso, observamos que até

mesmo os funcionários da Estratégia ainda têm dificuldade em incorporar a nova forma de atenção à saúde preconizada por ela.

De forma preocupante, destacamos o DSC 06, afinal, fazer parte de um serviço de saúde privado não exclui a responsabilidade coletiva do morador em informar ao ACS sobre assuntos relativos à sua saúde, que causam problemas de impacto direto na saúde comunitária, como foi abordado na pergunta C5 desta pesquisa. Esse compromisso deve ser de todo e qualquer cidadão, independente de apresentar plano privado de saúde, por se tratar de uma questão de saúde pública e não individual.

Em destaque do comentário 02 em que são apontados religião, cultura e tráfico, sabemos que a individualidade de cada família ou região deve ser considerada durante o trabalho do ACS. O estudo de Slalinski, Scochi e Mathias (2006) comentou sobre a relevância de se considerar a cultura sobre a saúde da família e a importância do respeito a cada crença, prática, forma de comunicação e hábito.

Finalizando, quando elucidamos que o Agente Comunitário precisa lidar com a rejeição de assinatura do termo de recusa, pacientes em que a orientação é difícil, questões religiosas, cultura de cada família e venda de drogas em sua microárea, percebemos a problemática que esse trabalhador vive diariamente. Portanto, devemos considerar esses fatores como relevantes no momento de se fazer as cobranças exigidas pelo Sistema.

4.2.2.15. Pergunta C15

Por fim a esta fase da pesquisa, a **pergunta C15** (quadro 8) é uma pergunta aberta em que o ACS poderia acrescentar algum comentário que considerasse importante para a nossa construção e discussão. Dessa forma, obtivemos dados que deram origem ao quadro 8.

Quadro 8 – Comentários importantes escritos pelos ACS na pergunta C15

Pergunta C15: Deseja acrescentar algum comentário que seja importante?	
Ideia Central	DSC
Valorização da profissão, mais suporte e capacitação	<i>01.É preciso mais valorização e reconhecimento da nossa profissão, a situação vem melhorando através dos incentivos que recebemos, mas somos muito cobrados e precisamos de mais suporte (material, insalubridade) e cursos de capacitação por parte da prefeitura.</i>
Mais comunicação e trabalho em equipe	<i>02.Precisamos de mais trabalho em equipe, mais comunicação entre os membros da equipe de saúde.</i>
Trabalho intersetorial	<i>03.Gostaria de ajudar da melhor forma possível, mas tem muitas situações que não dependem só do Agente Comunitário de Saúde. Quando trabalhamos saúde da família, temos que abranger todos os aspectos que as envolvem. Fazer com que todas as secretarias tenham uma relação de envolvimento para que nós, ACS, possamos ter êxito em nossos trabalhos com a família. São as secretarias: saúde, educação, cidadania e políticas públicas.</i>
<p style="text-align: center;">Comentário 01.“Precisamos da digitalização no sistema de visitas domiciliares dos ACS”</p> <p style="text-align: center;">Comentário 02.“O trabalho do ACS é bom, só basta o agente gostar do seu trabalho, então se torna bem prazeroso, é bom ter informações e poder ajudar também as famílias. Talvez qualquer trabalho deva ser feito com dedicação”</p> <p style="text-align: center;">Comentário 03.“O trabalho do ACS é essencial em todo o Brasil, me orgulho de exercê-lo e luto por ele na garantia dos nossos direitos”</p> <p style="text-align: center;">Comentário 04.“Acho que na unidade de Saúde deveria colocar nas recepções pessoas mais humanizadas que tratassem os pacientes com educação. Afinal, esses pacientes que buscam a unidade de saúde procuram porque precisam! Às vezes, chegam fragilizados e não são bem recepcionados, não pela equipe e sim pela recepção”</p> <p style="text-align: center;">Comentário 05.“Gostaria que o SUS tivesse um olhar sensível com os bolivianos referente a documentação exigida para se fazer o cartão SUS, é muito complicado para alguns bolivianos”</p> <p style="text-align: center;">Comentário 06.“Seria importante um atendimento psicológico para os ACS, por conta de trabalharmos com todos os tipos de problemas e pessoas diferentes. Precisa-se também esclarecer a população sobre qual é realmente o papel do ACS, pois muitas pessoas acham que temos que fazer tudo por eles, o que não nos compete”</p> <p style="text-align: center;">Comentário 07.“A cada momento que passa vamos aprendendo a ter mais humanização com a população que necessita do nosso trabalho ou acompanhamento, conhecendo um ao outro”</p>	

Fonte: Elaborado pela autora.

Assim como relatado no DSC 01, a ideia de insalubridade/ trabalho insalubre é explanada na Consolidação das Leis do Trabalho (BRASIL, 1943) pela seguinte definição legal:

Art.189 – Serão consideradas atividades ou operações insalubres aquelas que, por sua natureza, condições ou métodos de trabalho, exponham os empregados a agentes nocivos à saúde, acima dos limites de tolerância fixados em razão da natureza e da intensidade do agente e do tempo de exposição aos seus efeitos.

A Constituição de 1988 promulgou o direito de todos os profissionais a terem um adicional de salário quando a ação desempenhada, durante o serviço, venha a ferir sua condição social (BRASIL, 1991). Assim, todo trabalhador que exerce atividades que venham a causar algum tipo de prejuízo para sua saúde tem o direito de receber um adicional remunerativo pela insalubridade desta função (SILVA, 2015).

Nesta realidade, o Agente Comunitário de Saúde realizando sua atividade de VD, é, com frequência, o primeiro contato com o paciente, tendo risco de contágio por algum agente infeccioso. Além disso, as visitas domiciliares do ACS são feitas a pé com exposição a radiações não ionizantes e, em diversos dias, sob o calor excessivo de Corumbá/MS, como relatado no comentário 02 da pergunta C11.

Importante ressaltar que estes trabalhadores, por vezes, não possuem o material necessário para sua proteção como uniforme e protetor solar, além de considerarem a insalubridade como uma dificuldade para desempenhar sua função (mencionados na tabela 15 da pergunta C5). Rosa, Bonfanti e Carvalho (2012) explicitaram sobre as condições de trabalho insalubres desse profissional também.

Em vista disso, a Resolução nº 186 do Tribunal Superior do Trabalho, de 14 de setembro de 2012, garante o adicional de insalubridade para atividades a céu aberto com exposição ao sol (radiação solar) e ao calor acima dos limites de tolerância (mais de 28°C) (BRASIL, 2000). Assim, como o município de Corumbá/MS apresenta altas temperaturas a maior parte do ano, este ACS acaba se expondo, quase que diariamente, às duas situações relatadas.

Dessa forma, esclarecemos o direito do Agente Comunitário de Saúde ao adicional de insalubridade previsto através dos documentos relatados. Para que seja possível que o ACS venha a recebê-lo efetivamente, é necessário que a classe se manifeste ao empregador junto à Justiça do Trabalho garantindo a concessão do adicional (SILVA, 2015).

Ademais, o DSC 01 trouxe em parte do seu discurso outra questão: a valorização profissional do ACS. A falta de reconhecimento e a remuneração baixa foram citadas na tabela 15 e também foram relatadas por Agentes no trabalho de Oliveira et al. (2010). Segundo este último autor, quando existe estímulo, motivação e reconhecimento, os resultados podem superar as expectativas. Contudo, quando o ambiente de trabalho não engloba essas ações em seu cotidiano, o desfecho pode ser negativo para a saúde do trabalhador.

No que concerne ao DSC 03, temos presente a temática do trabalho intersetorial. O conceito de intersectorialidade revela fatores socioambientais que influenciam diretamente na saúde da comunidade. Além disso, visa a manutenção de parcerias com setores fora da área da saúde, buscando proporcionar um maior bem estar à população (MORETTI et al., 2010). Assim, a preocupação com esse assunto, por parte dos ACS, fica evidente através do DSC 03 desse estudo e na pesquisa de Ferro et al. (2014) também com a inquietação da equipe de SF.

Uma das atribuições comuns ao ACS e ACE (BRASIL, 2017a) é:

X.- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersectoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros;

Devido à complexidade dos problemas identificados nas áreas de trabalho de cada Agente Comunitário, é imprescindível a realização dessas ações de diferentes áreas com a saúde. Na pesquisa de Nascimento e Correa (2008), um dos ACS cita a participação da assistente social na doação de cestas básicas a famílias carentes e a parceria feita com a Secretaria de Cultura trazendo investimentos para a localidade.

Já quando não existe essa aliança, a própria população junto ao ACS procura maneiras de suprir as necessidades da região. Nestes casos, o Agente Comunitário passa a ocupar papel de articulador e representante dos problemas pessoais/coletivos da sua área (NASCIMENTO; CORREA, 2008).

Para mais, no trabalho de Ferro et al. (2004), foi identificada que a relação entre profissionais da ESF e demais setores da saúde como o NAAPS (Núcleo de Assistência e Atividades Psicológicas em Saúde), parece estar restrita à lógica dos encaminhamentos. No estudo de Machado et al. (2014), esta ausência de cooperação também foi relatada pelos membros da Estratégia de Saúde da Família com relação a órgãos assistenciais da rede.

Assim, destacamos que a atividade intersetorial é difícil, afinal, os setores exercem suas funções isoladamente e, infelizmente, ainda não existe uma atitude conjunta de colaboração e complementaridade entre eles (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004).

Quanto ao comentário 01, relativo à necessidade de digitalização na visita domiciliar, essa falta de tecnologia, em diversas situações da atuação cotidiana do ACS, se torna um entrave para a melhor operacionalização e exercício da sua atividade (OLIVEIRA et al., 2010).

Outra noção abordada nas explanações dos ACS foi a humanização, especificamente nos comentários 04 e 07. A concepção desta ideia possui a tendência de ser ligada a ações de filantropia, uma espécie de “favor”. Entretanto humanizar é na realidade oferecer qualidade no atendimento, melhores ambientes e condições de trabalho destinados à atenção (BRASIL, 2004).

Neste contexto, a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS incita trocas entre gestores, profissionais e usuários do SUS na produção de ações humanizadas (BRASIL, 2004). Observamos no comentário 04 a falta destas atitudes, relatada pelo Agente Comunitário, por parte da recepção, e o quanto elas são importantes para o acolhimento desses pacientes, muitas vezes, fragilizados. Lembramos que estas condutas preconizadas pela PNH devem alcançar todos os trabalhadores do sistema público, independente da sua atividade.

Quanto ao comentário 07, o pesquisado expõe a humanização dentro da realidade do Agente Comunitário de Saúde, que eles vão aprendendo a desenvolvê-la junto à população. Segundo Torres (2012), quando existe um envolvimento humanizado na atenção à saúde, o paciente sente confiança e se vê como atuante no processo de recuperação de suas condições de saúde e, com isso, as chances de êxito em um tratamento são maiores.

Relacionado ao cuidado com o usuário, deve-se destacar que este deve estar presente em qualquer atendimento do SUS, independente de nacionalidade, cor, gênero, etnia, religião, dentre outros. A pesquisa de Dias (2019) mostrou a afetividade dos Agentes Comunitários de Saúde de Pacaraima/RR com os imigrantes venezuelanos através da doação de roupa, mantimentos e o sofrimento desses profissionais frente à dura realidade que estes estrangeiros vivem no Brasil.

Dessa forma, Mota, Martins e Vêras (2006) revelam que o trabalhador direcionado pela ética é capaz de reconhecer o outro e, quando a humanização está

presente, ele consegue ver o outro também. Ressaltamos, assim, a importância do elo entre ética e humanização na saúde para que se possa ofertar melhor assistência a todos os grupos da sociedade.

Adentrando na temática do comentário 05, o ACS levanta a questão de se ter mais sensibilidade com os bolivianos em relação a documentação exigida para fazer o Cartão Nacional de Saúde. Esta dificuldade do estrangeiro em conseguir acesso ao SUS já foi exposta no item “3.2 A complexa relação entre a fronteira e a saúde” e na pergunta C3.

Conforme a Lei de Migração, o Estado deve garantir o direito à vida deste estrangeiro, bem como acesso aos serviços públicos de saúde, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória do mesmo (BRASIL, 2017b).

Encerrando esta seção, parte do comentário 06 remete ao tratamento psicológico voltado ao Agente Comunitário. Como conseguimos observar ao longo da pesquisa, dados qualitativos obtidos na pergunta C11 e C14, além da discussão da pergunta C13 expuseram situações que podem envolver o sofrimento deste trabalhador em sua atuação.

Todos os casos explanados podem levar a um quadro de sofrimento psíquico nesse profissional. Perante esse entendimento, caso o ACS sinta que as situações vivenciadas estão passando dos limites, ficando insuportáveis e isso está causando angústia, aflição, dentre outros, é o momento de buscar ajuda profissional. Sendo a equipe e a família de suma importância neste processo de percepção, diálogo e orientação ao encaminhamento psicológico destes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das barreiras e pontes existentes no trabalho do Agente Comunitário de Saúde, consideramos a necessidade de entender melhor essa dinâmica. Portanto, os objetivos da pesquisa foram compreender o perfil socioprofissional e a atuação do Agente Comunitário de Saúde das Estratégias de Saúde da Família no município de Corumbá/MS, especificamente analisando variáveis como idade, sexo, problemas de saúde, formação e o trabalho cotidiano deste.

Para tanto, realizamos uma pesquisa bibliográfica científica e documental, além da realização de uma pesquisa de campo, por meio da aplicação de um questionário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas, tendo a participação voluntária de 48 ACS pertencentes a 25 Estratégias de Saúde da Família de Corumbá/MS.

Através da análise dos dados, foi identificado o perfil socioprofissional do Agente neste município: 69% tem entre 20 e 39 anos; 52% eram mulheres e 48% homens; todos possuem, ao menos, ensino fundamental completo, sendo que 48% tem ensino superior incompleto/completo e 87,5% não apresentam problemas de saúde. Quanto aos 10,5% que possuem alguma enfermidade, foram citadas: hipertensão arterial, bronquite, sinusite, hérnia de disco, artrite reumatoide, psoríase e alteração visual.

Relacionado ao trabalho desse profissional: 91,5% trabalham a mais de um ano como ACS e desse percentual 37,5% atuam a mais de 5 anos; 94% afirmaram ter recebido algum tipo de capacitação para trabalhar como Agente; 63% cobrem de 101 a 200 domicílios; 89,5% avaliam seu desempenho como bom ou ótimo; 94% consideram sua relação boa ou ótima com a equipe e 94% se sentem preparados para realizar o seu trabalho.

Ademais, 67% não se sentem sobrecarregados; 92% sentem a necessidade aprender algo a mais para melhorar sua prática diária; 60% relatam quase sempre serem bem recebidos pela população; 87,5% afirmaram atender demanda boliviana durante a prática cotidiana e 71% relataram não terem recebido algum tipo de treinamento e/ou orientação para lidar com situações que envolvam estrangeiros bolivianos.

Além disso, constatamos numerosos obstáculos para o exercício da sua função como dificuldades em condições de trabalho, em fatores associados aos moradores e com grupos específicos da sociedade (crianças, adolescentes, homens, idosos, tuberculosos, hipertensos, diabéticos e bolivianos), entraves relacionados a

determinadas temáticas, além de situações que geram sobrecarga para este profissional.

Para mais, os ACS expuseram a necessidade de atendimento psicológico, além de, prioritariamente, mais capacitações, como também maior desenvolvimento de trabalho em equipe, intersectorialidade e humanização no cotidiano.

Ainda, obtivemos conhecimento de problemáticas ligadas à assistência do Agente aos bolivianos como a dificuldade de regularização no país e emissão do Cartão Nacional de Saúde (CNS); falsificação residencial; empecilhos para o acompanhamento desse grupo (residentes na Bolívia); cultura; negligência com vacinação e a falta de mais qualificações oferecidas ao ACS para lidar com situações que envolvam estes estrangeiros na região.

De acordo com o conjunto da bibliografia pesquisada e os dados obtidos na presente pesquisa, podemos demonstrar a consonância entre os desafios encontrados pelos ACS de Corumbá e os relatados em outros estudos desta categoria profissional por todo Brasil (GALAVOTE et al., 2001; MARZARI; JUNGES; SELLI, 2011; WAI, 2007; ROSA; BONFANTI; CARVALHO, 2012; LUNARDELO, 2004; JARDIM; LANCMAN, 2009; OLIVEIRA et al., 2010). Acrescentando, nessa demanda de obstáculos, as manifestações decorrentes de uma região de fronteira entre Brasil e Bolívia.

Com vista no que foi explanado, corroboramos com Ceccim (2005) e destacamos a importância essencial da Educação Permanente em Saúde para o Agente Comunitário de Saúde através da realização de cursos, seminários, rodas de conversa, reuniões, dentre outros. Estes devem enfatizar um ensino teórico científico mais amplo, do ponto de vista dos temas, e também mais direcionado a realidade de trabalho deste profissional em Corumbá/MS, além de permitirem a capacidade de incitar reflexões e promover habilidades de relacionamento nos Agentes. Não obstante ao desenvolvimento de qualificações dirigidas a equipe de Saúde da Família.

Adentrando na especificidade “realidade”, sugerimos que os cursos introdutórios dos ACS embasem seu conteúdo não somente em aspectos de memorização de assuntos, utilizando, assim, didáticas que tragam casos do cotidiano com a presença de Agentes mais experientes que incentivem o questionamento e a reflexão deste indivíduo em formação inicial.

Além disso, relacionado à capacitação do ACS, verificamos que cada um desses grupos pontuados a seguir representam desafios particulares para o trabalho

do Agente, sendo preciso fortalecimento desses temas, a exemplo de: crianças – imunização, acompanhamento de rotina (puericultura) e negligências/abusos; adolescentes – sexualidade e gravidez precoce; homens – prevenção e desmistificação de certas ideias propagadas na sociedade (exemplo: “homem não adoece e não chora”); hipertensos e diabéticos – identificação de suspeitos durante a VD, combate ao sedentarismo e reeducação alimentar; tuberculosos – conhecimentos gerais sobre a doença (definição, causas, sintomas, formas de transmissão, tratamento, diagnóstico e prevenção), além de capacitação técnica dirigida ao reconhecimento de Sintomáticos Respiratórios e acompanhamento domiciliar de casos bacilíferos em tratamento.

Do mesmo modo, averiguamos que certas temáticas devem ser mais desenvolvidas em cursos: sexualidade, drogas lícitas e ilícitas, violência intrafamiliar, saúde mental (do usuário e do trabalhador), reforço do modelo de atenção à saúde ofertado pela ESF, curso de libras, comunicação, cultura, religião, gênero, autocuidado, intersetorialidade, humanização e violência no trabalho.

Quanto ao grupo específico dos estrangeiros bolivianos, avaliamos a necessidade de mais investimento em treinamentos técnicos e legais para permitir que ACS consiga orientar, de maneira correta, o estrangeiro quanto ao seu processo de regularização no Brasil. Consideramos também de suma importância a oferta de cursos para que este trabalhador saiba como proceder em casos de falsificação de comprovante residencial e a consequente dificuldade em acompanhamento de saúde do estrangeiro, além da negligência com a vacinação, por exemplo.

É axiomático a necessidade do desenvolvimento de palestras a fim de se conhecer a cultura boliviana (hábitos, credences, cultos, dentre outros) e também criar reflexões quanto à xenofobia, visando compreender melhor a “realidade do outro” e quebrar concepções negativas a respeito do boliviano. Dessa forma, acreditamos ser relevante a expansão desse aprendizado para todos os profissionais do SUS, assim como para órgãos públicos e sociedade como um todo, ajudando a romper esse “muro” do preconceito construído entre essas nações, potencializando, assim, as trocas nessa localidade.

Em foco da saúde mental desse profissional, consideramos que o ACS pode ter situações de sobrecarga em sua prática como os mencionados por eles neste estudo: excesso de tarefas, pouco suporte para exercer sua função, absorção problemas da população, metas a serem atingidas, excedente de famílias para cobrir,

falta de respeito da população, calor excessivo do município, dentre outros. Diante do exposto, este trabalhador precisa entender a complexidade da sua atuação e também ter o reconhecimento dos demais membros da equipe, da população e do poder público sobre os obstáculos que devem ser transpostos diariamente por ele.

Assim, apontamos para o incentivo de capacitações que exponham a ideia da Psicodinâmica do Trabalho (PDT) ao ACS, esclarecendo sobre questões relativas à organização do trabalho, diferenças entre o exercício do trabalho ideal e a realidade vivenciada, além de sofrimentos psíquicos que podem acontecer em decorrência destas dissonâncias, por exemplo. Para mais, sugestionamos a criação de ambientes de reflexão coletiva, que podem ser feitos aproveitando os momentos de reunião da equipe. Dessa maneira, o Agente poderá escutar seu colega e expor sua opinião também e, através dessas trocas, existe a possibilidade de uma reformulação da ideia de trabalho naquela Estratégia de Saúde da Família, a prevenção de enfermidades que possam ser geradas em consequência do trabalho e a fortificação da identidade pessoal do Agente Comunitário.

Do ponto de vista reflexivo e dos relacionamentos, nossas análises apontam que o ACS, como cidadão e profissional, deve ser levado a desmitificar seus tabus e preconceitos sociais; a construir vínculo através das relações (acolher, zelar, dialogar); a fortalecer a troca com outros setores (intersectorialidade) e com membros da equipe e a questionar sobre a não adesão do paciente ao tratamento (possíveis causas). Todos esses pontos devem ser trabalhados individualmente em qualificações, destacando o impacto social de um profissional que desenvolve tais habilidades.

Referente à equipe, tornam-se necessárias qualificações dirigidas a todos os membros da Estratégia de Saúde da Família para o desenvolvimento de aspectos humanizados nestes (fortalecendo a capacidade de escuta ativa dos usuários/ colegas de serviço); de atitudes de apoio a outros trabalhadores (a exemplo da capacitação rotineira da enfermeira aos ACS, que pode ser feita por outros membros da eSF também); de compartilhamento das experiências e de articulação das atividades. Nesse processo de trocas, também deve-se quebrar a barreira do “poder pelo saber” para que todos tenham o mesmo poder de fala em reuniões e encontros.

Neste patamar, perante a diversidade de assuntos abordados, destacamos as parcerias intersectoriais que podem ser estabelecidas entre as três esferas do governo (Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá/MS, Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul e Ministério da Saúde) e órgãos como a Polícia Federal, Receita

Federal, além de setores jurídicos, secretarias de assistência social e de cidadania, instituições de ensino superior locais, dentre outros, com a finalidade de oferecer melhores capacitações.

Outro ponto levantado para colaborar com o trabalho do ACS é o desenvolvimento de rodas de conversa periódicas com a comunidade, instruindo a população sobre a importância do autocuidado, de fornecer dados ao ACS independente do fato de usar plano de saúde privado. Além disso, conversas acerca da polidez ao receber esse profissional na visita domiciliar, visando o respeito aos horários de atuação deste, por exemplo.

Mais questões devem ser trabalhadas e retroalimentadas com a população como: assuntos ligados ao gênero (quebrando tabus e facilitando o trabalho do ACS do sexo masculino nas visitas domiciliares com moradoras, por exemplo); IST; gravidez na adolescência e explanação sobre as funções do Agente Comunitário, bem como da Estratégia de Saúde da Família para a comunidade.

Também é preciso, nesses momentos, reforçar a importância da imunização e da puericultura de crianças, podendo ser desenvolvidos temas como alimentação, saúde bucal e possíveis abusos/negligências que podem ocorrer no meio familiar com esse grupo. Quanto aos idosos, deve ser destacado a necessidade do acompanhamento de rotina destes na unidade de saúde e o quanto é relevante o apoio familiar para que a Terceira Idade faça seu tratamento corretamente.

Relativo aos homens, como discutimos anteriormente, existe uma resistência desse grupo em falar sobre sua saúde e também de se prevenir. A equipe de saúde, durante as rodas de conversas, pode ter um papel singular na desconstrução de ideias pré-concebidas de que o homem seria um ser que não adocece e não expressa seus sentimentos. Sobre o primeiro ponto, este pode ser questionado, por exemplo, quanto à vulnerabilidade deles ao aparecimento de doenças mais graves e crônicas, lembrando da importância que a prevenção e a vocalização do seu sentir têm nesse processo.

A respeito de jovens, grupos de conversa destes com a equipe de ESF, dentro das instituições de ensino daquela comunidade, podem ser um forte impulsionador para discussão de assuntos como drogadição precoce e sexualidade (gravidez na adolescência, IST, dentre outros).

Ademais, os encontros da equipe com os moradores geram abertura para os profissionais falarem a respeito das dificuldades enfrentadas por eles no SUS, que

podem gerar atrasos no agendamento, superlotação na unidade, dentre outros agravos.

Em outro aspecto, reforçamos o papel do poder público, em todas suas esferas, na oferta de uma infraestrutura adequada para UBS, com boas condições para o funcionamento e na colaboração para que haja desenvolvimento de mecanismos técnicos e estratégicos, viabilizando a Educação Permanente em Saúde dos profissionais, além de promover a intersetorialidade (BRASIL, 2017a).

Em caráter tripartite, principalmente municipal, é responsabilidade desse poder garantir os direitos trabalhistas do Agente Comunitário de Saúde e fornecer equipamentos (protetor solar, uniformes, dispositivos eletrônicos, dentre outros) para essa categoria (BRASIL, 2017a).

Logo, manifestamos a necessidade de se aprofundarem, através de futuras pesquisas, assuntos voltados à Educação Permanente em Saúde do ACS, questões ligadas ao boliviano no Brasil (regularização/ilegalidade, discriminação, cultura), intersetorialidade, relações estabelecidas entre o Agente Comunitário, a equipe e a população, além da saúde mental deste profissional.

Por fim, esperamos que esta pesquisa venha a ser uma oportunidade de esclarecimento para quem busca conhecer melhor a atuação do Agente Comunitário de Saúde, profissional presente em todo território nacional que enfrenta inúmeros desafios em sua realidade de trabalho.

Procuramos investigar algumas razões e circunstâncias que levam a determinadas problemáticas ligadas ao exercício dessa profissão, que possui mérito singular dentro de uma Estratégia de Saúde da Família, oferecendo um material de pesquisa que pode servir de base para o aperfeiçoamento de políticas públicas e/ou programas de saúde, bem como incentivar a continuidade de outras pesquisas no âmbito acadêmico ou governamental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, R.C.F. et al. O Conhecimento e o poder de quem é a palavra: relato de uma experiência de pesquisa participante. **Rev Saúde Pública**, v.21, n.5, p.405-12. 1987.

ALMEIDA, M. C. S.; BAPTISTA, P. C. P.; SILVA, A. Cargas de trabalho e processo de desgaste em Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, n.1, p. 95-103. 2016.

AYRES, J.R.C.M. et al. Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. **Interface-Comun, Saude, Educ.**, v. 7, n.12, p. 113-28. 2003.

BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p.51-60. 2008.

BARROS, D. R. **Representações Sociais sobre o Alcoolismo: Um Estudo com Alcoolistas Hospitalizados**. 2000. Monografia em Psicologia Não-Publicada, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

BARROSO, S. M.; GUERRA, A. R. P. *Burnout* e qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de Caetanópolis (MG). **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n.3, p.338-45. 2013.

BASTIANI, J. A. N.; PADILHA, M. I. C. S. Experiência dos Agentes Comunitários de Saúde em Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 2, p. 233-236, mar./abr. 2007.

BESERRA, M.A.; CORRÊA; M. S. M., GUIMARÃES, K. N. **Negligência contra a criança: um olhar do profissional de saúde**. In: Silva, L.M.P. (Org.). *Violência doméstica contra a criança e o adolescente* (pp. 63-80). Recife: EDUPU, 2002.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BRANCO, M. L.; TORROTENGUY, M. A. A. O SUS na fronteira e o Direito: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. In: II CONGRESSO BRASILEIRO DE DIREITO SANITÁRIO, n.2, v.2, 2013, Brasília. **Anais dos III Congresso Iberoamericano de Direito Sanitário**. Cad. IberAmer. Direito. Sanit.: 2013.

BRASIL. Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro, 1943.

_____. Lei Federal nº 6. 634, de 2 de maio de 1979. Dispõe sobre a Faixa de Fronteira, altera o Decreto-lei nº 1.135, de 3 de dezembro de 1970, e dá outras providências. DOU de 3.5.1979 e retificado em 11.5.1979. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1979.

_____. Lei Federal nº 6.815, de 19 de agosto de 1980. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração. DOU de 21.8.1980, retificado em 22.8.1980 e republicado em 22.8.1981. Revogada pela Lei nº 13.445, de 2017. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1980.

_____. Ministério da Saúde. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. DOU 20.9.1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1990a.

_____. Ministério da Saúde. Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. DOU 31.12.1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1990b.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 26 ed. São Paulo: Saraiva, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Federal nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, nos termos dos Anexos I e II desta Portaria, com vistas a regulamentar a implantação e operacionalização dos referidos Programas. DOU 22.12.1997. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Federal nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, constante do Anexo I desta portaria e dispõe sobre a Gerência do Piso da Atenção Básica (PAB). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1998a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 284, de 6 de agosto de 1998. Estabelece estratégias para Programa Nacional de Controle de Tuberculose. DOU 07.05.99. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1998b.

_____. Ministério da Saúde. Decreto Federal nº 3.189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. DOU 05.10.1999. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1999a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família no Brasil: linhas estratégicas para o quadriênio 1999/2002**. Desenvolvimento de Recursos Humanos – Detalhamento dos Projetos. Coordenação de Saúde da Comunidade. Departamento de Assistência e Serviços de Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1999b.

_____. Tribunal Superior do Trabalho. Resolução nº 186, de 14 de setembro de 2012. **Diário Eletrônico da Justiça do Trabalho** – 25.09.2012. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde – PACS/ Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. **Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. D.O.U. de 11.7.2002. Revogada pela lei nº 11.350 de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2002a.

_____. Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde/Centro de Referência Professor Hélio Fraga/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. 5a Ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde/Rio de Janeiro: Centro de Referência Professor Hélio Fraga/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia; 2002b.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria de Estado de Direitos Humanos. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil**. 3. ed. Brasília, DF: SEDH, DCA, 2002c.

_____. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. **Proposta de Reestruturação do Programa da Faixa de Fronteira**. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Revogada pela Portaria GM/MS nº 2.488, de 21.10.2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis DST / Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007 -2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Temática**

prevenção de violência e cultura de paz III. Painel de indicadores do SUS, 5. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, n.204, p.55, 24 out.2011. Seção 1, pt1. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Integração Nacional. Portaria Federal nº 125, de 21 de março de 2014. Estabelece o conceito de cidades-gêmeas nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por estado que se enquadram nesta condição. DOU 24.03.2014. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Federal nº 243, de 25 de setembro de 2015. Dispõe sobre o Curso Introdutório para o Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias e seu conteúdo. DOU de 28.09.2015. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Federal nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 2017a.

_____. Lei Federal nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Dispõe sobre os direitos e os deveres do migrante e do visitante, regula a sua entrada e estada no País e estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas para o emigrante. DOU de 25.5.2017. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 2017b.

_____. Lei Federal nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. DOU de 18.4.2018. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona.** Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em 20 de maio de 2019. Ministério da Saúde, 2019a.

_____. Ministério do Desenvolvimento. Programa de Aceleração do Crescimento. **Infraestrutura Social e Urbana - UBS – Unidade Básica de Saúde.** Disponível em: <<http://pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude/ro>>. Acesso em 24 de maio de 2019. Ministério do desenvolvimento, 2019b.

_____. Ministério da Saúde. **E-Gestor Atenção Básica**. Relatórios Públicos dos Sistemas da Atenção Básica. Brasília, 2020. Disponível em: < <https://egestorab.saude.gov.br/>>. Acessado em 27 de abril de 2020.

BRÊTAS, J.R.S.; SILVA, C.V. Orientação sexual para adolescentes: relato de experiência. **Acta Paul Enferm.**, v.18, n.3, p.326-33. 2005.

CAMARGO-BORGES, C.; JAPUR, M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 1, jan./mar. 2008.

CAMELO, S. H. H. **Riscos psicossociais relacionados ao estresse no trabalho das equipes de saúde da família e estratégias de enfrentamento**. 2006. Tese (Doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CAMELO, S.H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.12, n.1, p.14-21, jan./fev. 2004.

CANOTILHO, J. G. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 7ª edição. Portugal: Coimbra, 2003.

CARLINI, E. A., et al. **Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARVALHO, A.M.; RODRIGUES, C. S.; MEDRADO, K. S. Oficinas em sexualidade humana com adolescentes. **Psicol Estud.**, v.10, n.3, p. 377-84. 2005.

CASTANHA, A. R.; ARAÚJO, L. F. Álcool e agentes comunitários de saúde: um estudo das representações sociais. **Psico-USF**, v. 11, n. 1, p. 85-94, jan./jun. 2006.

CASTELO FILHO A., et al. II Consenso Brasileiro de Tuberculose: diretrizes brasileiras para tuberculose 2004. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.30, supl.1, jun. 2004.

CASTRO, L.C.; TAKAHASHI, R.T. Percepção dos enfermeiros sobre a avaliação da aprendizagem nos treinamentos desenvolvidos em um hospital de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.2, p.305-11. 2008.

CAVALCANTI, J.R.D. et al. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Esc Anna Nery**, v.18, n.4, p.628-634. 2014.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005, 2005.

CHUBACI, R. Y. S.; MERIGHI, M. A. B. A comunicação no processo da hospitalização do imigrante japonês. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 10, n. 6, p.805-12, nov./dez. 2002.

COLOMÉ, I.C.S.; LIMA, M. A. D. S.; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.2, p.256-61. 2008.

CONTIERO, A. P. et al. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúch.a Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.30, n.1, p.62-70, mar. 2009.

COSTA, G. V. L. Os bolivianos em Corumbá-MS: Conflitos e relações de poder na fronteira. **MANA**, v.21, n.1, p.35-63. 2015.

COSTA-ROSA, A. **O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar**. In: Amarante P, organizador. Ensaio, subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 141-68, 2000.

COURTENAY, W.H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Soc. Sci. Med.**, v.50, n.10, p.1385-401. 2000.

CROCHÍK, J. L. Preconceito, indivíduo e sociedade. **Temas em Psicologia**, n. 3. 1996.

DANIELLOU, F. **A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos**. São Paulo: Edgard Blucher, 2004.

DIAS, R. S. **As Implicações da imigração venezuelana sobre o trabalho dos Agentes Comunitário de Saúde do município de Pacaraima**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

DEJOURS, C. Souffrance et plaisir au travail. **Le Journal des Psychologues**, France, n.155, p.21-24, mar. 1998.

DREAMER, O. M. **O convite**. Sextante: Rio de Janeiro, 2000.

FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.898-906, abr. 2009.

FERRO, L. F. et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.38, n.2, p.129-138. 2014.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.105-109. 2005.

FONSECA, R. O. **A compensação ambiental no Brasil: compensação para que e para quem?** 2017. Tese de Doutorado (Geografia Humana, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas), Universidade de São Paulo, São Paulo.

FORTUNA, C.M., et al. O trabalho de equipe no Programa de Saúde Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev Latino Am Enferm**, v.13, n.2, p.262-8. 2005.

FOUCHER, M. **Fronts et frontières**. Paris: Fayard, 1992.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho – uma abordagem psicossomática**. São Paulo: Atlas, 154p., 1999.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, sup. 2, p.S214-S226. 2007.

GARBIN, C.A.S. et al. Violência intrafamiliar na rotina do agente comunitário de saúde. **J Health Sci Inst.**, v.32, n.4, p.385-9. 2014.

GALAVOTE, H. S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.231-240. 2011.

GIFFIN, K. Violência de gênero, Sexualidade e Saúde. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.10, supl.1, p.146-155. 1994.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cader. Saúde Pública**, v. 22, n.6, p.1171-81, jun. 2006.

GLOWINKOWSKI, S. P. & COOPER, C. L. **Managers and professionals in business/industrial settings: the reaserch evidence**. In: IVANCEVICH, J. M. & GANGSTER, D. C. (Orgs.), Job stress: from theory to suggestion. Nova York: Haworth, 1987.

GOULART, F. A. A. **Saúde da Família no Brasil: boas práticas e ciclos virtuosos**. Uberlândia: Ed. EDUFU, 2007.

GUIMARÃES, E. M. P.; MARTIN, S. H.; RABELLO, F. C. P. Educação permanente em saúde: reflexões e desafios. **Cienc Enferm [Online]**, v.16, n.2, p.25-33. 2010.

HARADA, O. L.; HIRATA SOARES, M.H. A percepção do agente comunitário de saúde para identificar a depressão. **SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 6, n. 2. 2010

HARDY, E.; JIMÉNEZ, A. L. **Masculinidad y género**. In: Briceño-León R, Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, editors. Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. p. 349-59. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios**. Disponível em:< <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia->

de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em 12 de março de 2020. IBGE, 2018.

_____. **Municípios da Faixa de Fronteira 2018**. Disponível em :< <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estruturateritorial/24073-municipios-da-faixa-de-fronteira.html?=&t=sobre>>. Acesso em 05 de agosto de 2019. Brasília: IBGE, 2019a.

_____. **Cidades e Estados**. Disponível em :< <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>>. Acesso em 17 de abril de 2019. Brasília, 2019b.

_____. **Estimativas de população para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros, com data de referência em 1º de julho de 2019**. DOU 26.8.2019. IBGE, 2019c.

INE – Instituto Nacional de Estadística. **Censo Nacional de Poblacion y Vivienda 2012**. Disponível em: < <https://www.ine.gov.bo/index.php/censos-y-banco-de-datos/censos/>>. Acesso em 05 de abril de 2019. INE: La Paz/Bolívia, 2012.

JARDIM, T.A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.28, p.123-35, jan./mar. 2009.

JEX, S. M. **Stress and job performance**. Londres: Sage, 1998.

JÚNIOR, J. P. C. O tabagismo como um problema de saúde pública. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 18, n. 3, p. 115-116. 2005.

KRABBE, E.C, et al. Escola, Sexualidade, Práticas Sexuais e Vulnerabilidade para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). **Revista Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 4 n.1. 2016.

LANCMAN, S. **Saúde mental e trabalho: repensando a ação em terapia ocupacional**. 2004. Tese (Livre-docência da Faculdade de Medicina), Universidade de São Paulo, São Paulo.

LANCMAN, S.; JARDIM, T. A. O impacto da organização do trabalho na saúde mental: um estudo em psicodinâmica do trabalho. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 82-9, mai./ago. 2004.

LEFRÈVE, A. M. C. et al. Assistência pública a saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens. **Saúde e Sociedade**, v.11, n.2, p.35-47. 2002.

LEFREVE, F.; LEFREVE, A. M.C. O sujeito coletivo que fala. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.517-24, jul./dez. 2006.

LEITE, M. T. et al. Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, p.2263-2276, abr./jun. 2015.

LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LIMA, E.F.A. et al. Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, e9405. 2016.

LINS, D. N. et al. Dificuldades da educação sexual nas escolas: Como enfrentar esse tabu Social? **Anais VI JOIN**, V. 6, ISSN 2594-8318. 2019.

LUNARDELO, S.R. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto – São Paulo**. 2004. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-graduação de Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MACHADO, J.C. et al. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.3, p.828-840. 2014.

MACIEL, E. L. N. et al. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.6, p.1377-1386, jun. 2008.

MADUREIRA, D.V.; SEIXAS, I.M.; VELANI, L.G. **Organizações de Fronteira em Corumbá-MS**. Projeto Conexão Local, Fundação Getúlio Vargas – EASP, 2013.

MARINHO, M.F.S. **Um estudo de prevalência e risco para as lesões por esforços repetitivos (LER/DORT) entre trabalhadores e trabalhadoras em processamento de dados bancários**. 2000. Tese (Doutorado da Faculdade de Medicina), Universidade de São Paulo, São Paulo.

MARTES, A. C. B.; FALEIROS, S. M. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. **Saúde Soc. São Paulo**, v.22, n.2, p.351-364. 2013.

MARTINES, W.R.V.; CHAVES, E.C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n.3, p.426-33. 2007.

MARZARI, C. K.; JUNGES, J. R.; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, supl.1, p.873-880. 2011.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job *burnout*. **Annu. Rev Psychol**, v. 52, p.397-422. 2001.

MASSARDIER, G. **Politiques et action publiques**. Paris: Armand Colin, 2003.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade de rede básica de serviços de saúde**. 1998. Dissertação (Mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

McDOUGALL. **Teatros do eu**. Tradução de Orlando Coddá. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

MEDAGLIA, T. A reinvenção da Bolívia: a eleição inédita de um presidente indígena será capaz de revogar os séculos de exploração, estagnação econômica e desigualdades sociais de um dos países mais bonitos da América do Sul? **Revista Terra**, São Paulo, ano 14, nº 171, p.58, jul. 2006.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Escola de Saúde Pública, Ceará, 2002.

MORETTI, A.C. et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, v.15, n.1, p.1827-1834. 2010.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.42, nº especial 1, p. 261-274, set. 2018.

MOTA, C. M.; DOSEA, G. S.; NUNES, P. S. Avaliação da presença de Síndrome de *Burnout* em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.12, p.4719-4726. 2014.

MOTA, R.A.; MARTINS, C. G. M.; VÉRAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo [online]**, v.11, n. 2, p. 323-330. 2006.

MOURA, E.C. et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saú. Colet.**, v.19, n.2, p.429-438. 2014.

MUNIZ, J. N. et al. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p.315-321. 2005.

NARAYAN, K.M. et al. Diabetes – a common, growing, serious, costly, and potentially preventable public health problem. **Diabetes Research and Clinical Practice**, 50 Suppl. 2:S77-S84. 2000.

NARDI, H.C. **O ethos masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho**, pp. 95-104. In LFD Duarte & OFLeal. (orgs.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

NASCIMENTO E. P. L; CORREA, C. R. S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.6, p.1304-1313, jun. 2008.

NICHIATA, L. Y. I.; VAL, L. F.; ABDALLA, F. T. M. Pesquisa-Ação no Enfrentamento das IST/HIV/AIDS na Atenção Primária à Saúde. **FRONTEIRAS: Journal of Social, Technological and Environmental Science**, Anápolis-Goiás, v.3, n.3, p.179-196, jul./dez. 2014.

NOGUEIRA, R. J. B. Fronteira: espaço de referência identitária? **Ateliê Geográfico**, Goiânia, v. 1, n. 2, p. 27-41, dez. 2007.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1639 – 1646, nov./dez. 2002.

OLIVEIRA, A. R. et al. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v.12, n.1, p.28-36. 2010.

OLIVEIRA, J. C.A; TAVARES, D. M. S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.44, n.3, p.774-81. 2010.

OLIVEIRA, N.T. Somatização e sofrimento no trabalho. **Revista virtual Textos e Contextos**, n.2, dez. 2003.

OLIVEIRA, R.A. et al. Equidade só no papel? Formas de preconceito no Sistema Único de Saúde e o princípio de equidade. **Revista Psicologia para América Latina**, 23, 47-64. 2012.

OLIVEIRA, R.G.; NACHIF, M. C. A.; FONTANA, M. L. O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 25, n. 1, p. 95-101. 2003.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Mental health care in developing countries: a critical appraisal of research findings**. WHO Technical Report Series, 698. Geneva: World Health Organization, 1984.

_____. **World report on violence and health: summary**. Geneva, World Health Organization, 2002.

_____. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO consultation. Technical Report Series 894: i-253, WHO Consultation on Obesity: Geneva, Switzerland, 1999.

_____. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006.

OXFORD, G. C. S. **Dicionário Oxford Escolar para estudantes brasileiros de inglês**. Segunda edição. Nova York: Oxford University Press, 2009.

PAIM, J. S. Saúde da família: espaço de reflexão e contra-hegemonia. **Interface Comum. Saúde Educ.**, p.143-6, ago. 2001.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C.F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n. sup, p.1819-1829. 2007.

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos

núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.15, p.331-48, mar./ago. 2004.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-9. 2001.

PERES, C. R. F. B. et al. O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n.4, p.905-11. 2011.

PITTA, A. M. **Hospital dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1990.

PUGLIESI, M.V.; TURA, L. F. R.; ANDREAZZI, M. F. S. Mães e vacinação das crianças: estudo de representações sociais em serviço público de saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v.10, n.1, jan./mar. 2010.

ROSA, A. J.; BONFANTI, A. L.; CARVALHO, C. S. O sofrimento psíquico de Agentes Comunitários de Saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n.1, p.141-152. 2012.

RUFFINO-NETTO, A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v.7, n.1, jan./jun. 1999.

SAITO, M.I.; LEAL, M. M. Educação sexual na escola. **Pediatria (São Paulo)**, v. 22, n.1, p. 44-48. 2000.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev Saúde Pública**, v.41, n.3, p.472-7. 2007.

SANTANA, J. C. B. et al. Agente Comunitário de Saúde: Percepções na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enferm**, v.14, n.4, p.645-52, out./dez. 2009.

SANTOS, L.P.G.S.; FRACOLLI, L. A. Community Health Aides: possibilities and limits to health promotion. **Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]**, v.44, n.1, p.76-83. 2010.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SANTOS, S.S.C. O ensino da enfermagem gerontogeriatrica e a complexidade. **Rev Esc Enferm USP**, v.40. n.2, p.228-35. 2006.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1487-1494, nov./dez. 2004.

SEABRA, D. C. **O agente comunitário de saúde na visão da equipe multiprofissional**. 2006. Dissertação (Mestrado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SILVA, A.V. O. Adicional de insalubridade: A possibilidade de concessão aos Agentes Comunitários de Saúde. **Facider Revista Científica**, n.07. 2015.

SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v.9, n.16, p.25-38. 2004/2005.

SILVA, J.A. **O agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade?** 2001. Tese (Doutorado da Faculdade de Saúde Pública), Universidade de São Paulo, São Paulo.

SILVA, W. A. **Fronteira e regionalização da saúde: os dilemas da microrregião de Corumbá -MS. Corumbá, Mato Grosso do Sul.** 2010. Dissertação (Mestrado em Estudos Fronteiriços), Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Corumbá.

SILVEIRA, A.S.A., et al. Controle de vacinação de crianças matriculadas em escolas municipais da cidade de São Paulo. **Rev. esc. Enferm.**, v.41, n.2, jun. 2007.

SLALINSKI, L. M.; SCOCHI, M. J.; MATHIAS, T. A. F. A utilização do método altadir de planejamento popular em atividades de estágio curricular. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v.5, n.1, p.75-81. 2006.

SOLLA, J. J. P.; MEDINA, M. G.; DANTAS, M. B. P. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Saúde em Debate**, 51: 4-15, 1996.

SOSSAI, L. C. F.; PINTO, I. C.; MELLO, D. F. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a comunidade: percepções acerca do trabalho do ACS. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 9, n. 2, p. 228-237, abr./jun. 2010.

SOUSA, G. C. **O Agente Comunitário de Saúde e a saúde mental: percepções e ações na atenção às pessoas em sofrimento mental.** 2007. Dissertação (Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem - área de concentração Enfermagem em Saúde Coletiva), Universidade de São Paulo, São Paulo.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão de literatura. **Sociologias**, v.3, n. 16. 2006.

STEINBERGER, M. Território, ambiente e políticas públicas espaciais. In: _____. **Território, ambiente e políticas públicas espaciais.** Brasília: Paralelo 15 e LGE Editora, p. 29-82. 2006.

_____. A inseparabilidade entre Estado, políticas públicas e território. In: _____. **Território, Estado e políticas públicas espaciais.** Brasília: Ler Editora, p. 31-64, 2013.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Revista Interface, Comunic., Saúde, Educ.**, v.6, n.10, p.75-94, fev. 2002.

TORRES, F. et al. Efeitos dos tratamentos fisioterapêutico e odontológico em pacientes com disfunção temporomandibular. **Revista Fisioterapia em Movimento.** Curitiba, v. 25, n. 1, p. 117-125, jan./mar. 2012.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.885-895. 2004.

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v.15 suppl. 2005.

WAI, M. F. P. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento**. 2007. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

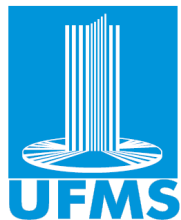
WALDMAN, T. C. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. **Revista de Direito Sanitário**, v.12, n.1, p.90-77 114. 2011.

XAVIER, A. C. H. et al. Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 33, n. 117, p. 15-22, jan./jun. 2008.

ZANETTI, T. G. et al. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: em estudo de caso. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.9, n.3, p.448-455, jul./set. 2010.

ZEFERINO, M. T.; FERMO, V. C. Prevenção ao uso/abuso de drogas. **PROENF SAÚDE DO ADULTO**, v.7, n.2, p. 9-42. 2012.

APÊNDICE A - Modelo de questionário usado com os Agentes Comunitários de Saúde para coleta de dados



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL
CAMPUS DO PANTANAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM
ESTUDOS FRONTEIRIÇOS



QUESTIONÁRIO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

A) Apresentação

- Município: _____
- Nome da ESF/Unidade Básica de Saúde da Família:

B) Dados Socioprofissionais

- B1) Idade: _____
- B2) Sexo:
 - () Feminino
 - () Masculino
- B3) Formação:
 - () Ensino Fundamental incompleto
 - () Ensino Fundamental completo
 - () Ensino Médio incompleto
 - () Ensino Médio completo
 - () Curso Técnico
 - () Ensino Superior incompleto
 - () Ensino Superior completo
- B4) Apresenta algum problema de saúde:
 - () Sim Qual(is)? _____

Não

C. Dados Laborais

- C1) Trabalha há quanto tempo como agente comunitário de saúde?
 - de 1 mês até 6 meses
 - mais de 6 meses até 1 ano
 - mais de 1 ano até 5 anos
 - mais de 5 anos

- C2) Você recebeu algum tipo de capacitação para trabalhar como Agente Comunitário de Saúde?
 - Sim Qual(is) _____
 - Não

- C3) Você precisa atender durante sua prática como Agente Comunitário de Saúde alguma demanda populacional boliviana?
 - Sim
 - Não

Em caso afirmativo, qual(is) a(s) principal(is) dificuldade(s) encontrada(s) durante o exercício do seu trabalho para dar assistência em saúde à demanda boliviana?

- C4) Você recebeu algum tipo de treinamento e/ou orientação para lidar com situações que envolvam indivíduos bolivianos na prática diária como ACS?
 - Sim Qual(is)? _____
 - Não

- C5) Qual(is) a(s) principal(is) dificuldade(s) no desempenho do seu trabalho como Agente Comunitário de Saúde?

- C6) Com qual faixa etária você apresenta maior dificuldade de trabalhar?

- Crianças menores de 2 anos
- Crianças de 2 até 10 anos
- Adolescentes de 10 até 19 anos
- Mulheres de 20 até 59 anos
- Homens de 20 até 59 anos
- Mulheres acima de 60 anos
- Homens acima de 60 anos

Por quê?

- C7) Como você avalia seu desempenho como Agente Comunitário de Saúde?

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim

- C8) Cite 3 (três) temas que você encontra maior dificuldade em orientar a população em sua microárea durante as visitas?

1. _____

2. _____

3. _____

- C9) Você se sente preparado para realizar o seu trabalho?

- Sim
- Não

Por quê?

- C10) Você sente a necessidade de aprender algo a mais para melhorar sua prática diária como Agente Comunitário de Saúde?

Sim

Não

Por quê?

- C11) Você se sente sobrecarregado pelo exercício do trabalho como Agente Comunitário de Saúde?

Sim

Não

Por quê?

- C12) Quantos domicílios são de sua responsabilidade?

- C13) Como é a sua relação com a Equipe de Saúde da Família da sua Unidade?

Ótima

Boa

Regular

Ruim

APÊNDICE B - Carta de autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá/MS

CARTA DE AUTORIZAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL
CAMPUS DO PANTANAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM
ESTUDOS FRONTEIRIÇOS



À Rogério dos Santos Leite

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CORUMBÁ-MS

A mestranda Talini Rodrigues sob a orientação do Prof. Dr. Rafael Oliveira Fonseca pertencente ao Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Estudos Fronteiriços da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul Campus Pantanal pretende desenvolver o Projeto de Pesquisa intitulado "Perfil sócio demográfico e laboral do Agente Comunitário de Saúde das equipes de Estratégia de Saúde da Família na cidade fronteiriça de Corumbá-MS". O público alvo será o Agente Comunitário de Saúde, e este estará livre para participar ou não deste projeto, que será submetido ao Comitê de Ética da UFMS.

O projeto se define na aplicação de um questionário a fim de conhecer melhor este profissional pilar dentro da equipe de saúde. Serão feitas perguntas de caráter sócio demográfico e laborais segundo observa-se no questionário em anexo IV.

O ACS estará livre para optar ou não pela participação, bem como desistir de participar ao longo do processo. Todos os detalhes éticos estão descritos no anexo nomeado "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para pesquisa em humanos" que cada Agente receberá caso deseje participar. Estarão anexos também uma cópia do Projeto de Pesquisa completo e carta de informação aos participantes da pesquisa, que serão entregues juntamente com esta autorização e "TCLE para pesquisa em humanos", além do Questionário a esta secretaria.

Aproveitaremos a oportunidade da pesquisa para expandir o elo de relação da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul com a Rede Municipal de Saúde de Corumbá.

Na certeza de contarmos com a colaboração desta Secretaria, agradecemos antecipadamente a menção, ficando a disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Beatriz Lima de Paula Silva

Beatriz Lima de Paula Silva

Cocordenadora do Programa de Mestrado em Estudos Fronteiriços

Diante do exposto,

Concordo com a solicitação Não concordo com a solicitação

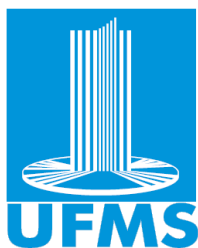
Rogério dos Santos Leite

Rogério dos Santos Leite

Secretário de Saúde do município de Corumbá-MS

ROGÉRIO DOS SANTOS LEITE
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
CORUMBÁ - MS 5 DE 01.01.17

APÊNDICE C- Carta de informação aos participantes da pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO
GROSSO DO SUL
CAMPUS DO PANTANAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ESTUDOS FRONTEIRIÇOS



CARTA DE INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

- **Título do Projeto: “Perfil sócio demográfico e laboral do Agente Comunitário de Saúde das Unidades Básicas e Estratégias de Saúde da Família na cidade fronteira de Corumbá-MS”**
- **Pesquisador Responsável: Talini Rodrigues**
- **Orientador da Pesquisa: Prof. Dr. Rafael Oliveira Fonseca**
- **Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul**
- **Endereço: Rua Domingos Sahib, 99 – Bairro Cervejaria**
Fone: (67) 3234-6201 – Secretaria de Pós-Graduação
- **CEP:79.300-130**
- **E-mail: ppgef.ufms@gmail.com**

O (a) Sr.(a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa de mestrado: “**Perfil sócio demográfico e laboral do Agente Comunitário de Saúde das Unidades Básicas e Estratégias de Saúde da Família na cidade fronteira de Corumbá-MS**” de responsabilidade da pesquisadora Talini Rodrigues sob orientação do Prof. Dr. Rafael Oliveira Fonseca.

Por favor, leia este termo cuidadosamente. Caso tenha alguma dúvida sobre esta pesquisa ou termo, você deverá esclarecê-la com a pesquisadora responsável pela pesquisa.

Se preferir, você poderá dar a sua resposta em outro dia, depois de consultar familiares ou pessoas de sua confiança antes de decidir em participar ou não desse estudo.

Ao aceitar participar o Sr.(a) receberá uma via do termo de consentimento livre esclarecido.

- **Informações gerais sobre o presente estudo:**
 - **Justificativa:** O ACS é considerado o elo entre a população e os serviços de saúde do SUS, tornando-se a voz da comunidade frente aos problemas enfrentados em saúde. Este cria forte vínculo com a região em que trabalha. O Agente enfrenta dificuldades na sua prática diária desde o não reconhecimento de colegas até a falta de qualificação para lidar com as situações que devem ser solucionadas por ele. Sabendo, portanto, da importância singular e dificuldades deste indivíduo, faz-se necessário conhecer melhor as variáveis sócio demográficas e laborais deste profissional de saúde para sua melhor atuação na comunidade onde atua.

- **Objetivos:**
 - ✓ Geral: Conhecer o perfil e trabalho do agente comunitário de saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família e Estratégias de Saúde da Família do município de fronteira de Corumbá -Mato Grosso do Sul.
 - ✓ Específicos:
 1. Analisar as variáveis sócio demográficas e laborais do agente comunitário de saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família e Estratégias de Saúde da Família do município de Corumbá.
 2. Planejar ações, através dos dados obtidos que possam facilitar o trabalho do Agente Comunitário de Saúde dentro das Unidades Básicas de Saúde da Família e Estratégias de Saúde da Família do município de fronteira de Corumbá.
- **Como será realizado o estudo:** Esse estudo será realizado por meio da aplicação de um questionário. O sigilo de suas informações é garantido.
- **Riscos:** Todo trabalho de pesquisa com seres humanos envolve riscos. O risco presente neste estudo está associado à coleta de dados e possui nível mínimo. Este risco refere-se ao possível desconforto, constrangimento e vulnerabilidade tanto do participante quanto daqueles vinculados de maneira indireta à pesquisa. Os riscos citados serão minimizados pelo fato de existir garantia total do sigilo e da confidencialidade assim como garantida da proteção de sua vulnerabilidade e privacidade durante a aplicação do questionário.
- **Benefícios esperados:** Os benefícios previstos por esta pesquisa são indiretos, representados pela contribuição para valorização e o fortalecimento da profissão do Agente Comunitário de Saúde.
- **Forma de assistência e esclarecimento:** Os ACS's têm segurança de que receberão respostas a qualquer pergunta e/ou esclarecimento sobre as atividades a serem realizadas, que estejam ligados à pesquisa em qualquer momento. Ademais, o participante receberá todas as informações sobre a pesquisa. E, se for de seu interesse obterá informações sobre os resultados finais do estudo.
- **Retirada do consentimento:** Os Agentes voluntários da pesquisa possuem a liberdade de remover o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo. Ressaltando que não haverá nenhuma penalidade caso o senhor (a) queira retirar-se da pesquisa e garantimos que o senhor (a) continuará recebendo o melhor tratamento.
- **Sigilo:** Os dados coletados na pesquisa apresentam finalidade exclusivamente científica, sendo assegurada a privacidade do voluntário. Os resultados desse projeto de pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicados em revistas científicas, entretanto a identidade do participante não será exposta em momento algum.
- **Ressarcimento de despesas:** Os participantes desta pesquisa que tiverem eventuais despesas justificadas resultantes da sua participação terão a garantia de ressarcimento.
- **Garantia de indenização:** Os voluntários da pesquisa que tiverem danos decorrentes da pesquisa, já previstos ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa em Seres Humanos, possuem direito à indenização por parte do pesquisador e da instituição vinculada ao estudo.

Esta carta de apresentação aos participantes da pesquisa encontra-se impressa em duas vias originais, sendo uma via arquivada pelo pesquisador responsável e a outra via fornecida a você.

Declaramos que esse projeto está de acordo com as exigências contidas na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Talini Rodrigues (Pesquisadora Responsável)

APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido para pesquisa em humanos

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO
DO SUL
CAMPUS DO PANTANAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA EM SERES HUMANOS

- **Pesquisadora Responsável: Talini Rodrigues**
- **Telefone para contato da pesquisadora responsável: (67) 998746404, (67)998588252**
- **E-mail da pesquisadora responsável: talini.rodrigues@hotmail.com**
- **Orientador da Pesquisa: Rafael Oliveira Fonseca**
- **Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul**
- **Telefone para contato do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS: (67) 3345-7187**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“Perfil sócio demográfico e laboral do Agente Comunitário de Saúde das Unidades Básicas e Estratégias de Saúde da Família na cidade fronteira de Corumbá-MS”**

O Objetivo geral da pesquisa é conhecer o perfil e trabalho do agente comunitário de saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família e Estratégias de Saúde da Família do município de fronteira de Corumbá -Mato Grosso do Sul. **Os objetivos específicos da pesquisa são: primeiramente** analisar as variáveis sócio demográficas e laborais do agente comunitário de saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família e Estratégias de Saúde da Família do município de fronteira de Corumbá -Mato Grosso do Sul. **Posteriormente**, planejar ações, através dos dados obtidos, que possam facilitar o trabalho do agente comunitário de saúde dentro das Unidades Básicas de Saúde da Família e Estratégias de Saúde da Família do município de fronteira de Corumbá -Mato Grosso do Sul.

Campo para rubrica:

pesquisadora responsável

participante

Os participantes deste estudo são os Agentes Comunitário de Saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família e Estratégia de Saúde da Família de Corumbá – MS. Garantimos total liberdade para o Sr. (a) tomar a decisão quanto a participar ou não da presente pesquisa. Para ser participante desta pesquisa o Sr. (a) não terá nenhum custo financeiro, não terá qualquer vantagem financeira e não haverá intervenção alguma sobre os participantes. A negativa em participar da pesquisa não causará nenhuma penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador desta que irá tratar sua identidade com sigilo, privacidade e confidencialidade. Existe devida proteção de sua imagem, com garantia do não uso de parte ou da totalidade das informações que possam lhe causar danos em termos de auto estima e/ou prestígio, atendendo à legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde).

A pesquisa constitui-se na aplicação de um questionário semiestruturado (em anexo) aos que aceitarem participar desta pesquisa. O Sr.(a) será livre para aceitar ou não responder ao questionário. O pesquisador responsável vinculado a pesquisa apresentará o questionário juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisa em humanos (TCLE) ao participante e este terá o tempo que considerar necessário para respondê-lo, bem como a liberdade de escolha do local para respondê-lo. Poderá obter esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento bem como desistir de sua participação em qualquer etapa do processo. O sigilo de suas informações é garantido.

Os trabalhos de pesquisa com seres humanos envolvem riscos em diferentes graus. O risco presente nesta pesquisa está associado à coleta de dados por meio do questionário e está graduado no nível mínimo. Este risco refere-se à possibilidade de desconforto, constrangimento e vulnerabilidade tanto do Sr. (a) quanto das pessoas indiretamente envolvidas na pesquisa. Estes riscos serão minimizados pelo fato de existir garantia total do sigilo e da confidencialidade bem como pela garantia de máxima proteção de sua vulnerabilidade e privacidade durante a aplicação do questionário, impedindo, pois, a ocorrência de quaisquer tipos de constrangimento.

Campo para rubrica:

pesquisadora responsável

participante

Ainda assim, caso o Sr. (a) se sinta desconfortável ou constrangido(a) por sua participação na pesquisa, terá a liberdade de interromper sua participação, em qualquer etapa do processo, cancelando sua autorização anteriormente dada através de um papel devidamente assinado pelo Sr. (a) e registrado na pesquisa.

Ademais, O Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer momento e acerca de qualquer aspecto que desejar. É garantido o direito a indenização por quaisquer danos decorrentes da pesquisa, nos termos da Lei, e o ressarcimento de eventuais despesas decorrentes da sua participação na referida pesquisa.

Os benefícios previstos por esta pesquisa são indiretos, representados pela contribuição para valorização e o fortalecimento da profissão do Agente Comunitário de Saúde. Caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, está assegurado o direito à cobertura material para reparação deste.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra lhe será entregue. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **Perfil sócio demográfico e laboral do Agente Comunitário de Saúde das Unidades Básicas e Estratégias de Saúde da Família na cidade fronteira de Corumbá-MS** de forma clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Corumbá, _____ de _____ de _____

Nome e assinatura do participante responsável por obter o consentimento:

Nome: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Campo para rubrica:

Pesquisadora responsável

participante

ANEXO A- Parecer consubstanciado do Comitê de Ética da UFMS com aprovação da pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E LABORAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DAS EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE FRONTEIRIÇA DE CORUMBÁ-MS **Pesquisador:** TALINI RODRIGUES **Área Temática:**

Versão: 2

CAAE: 07655119.7.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.226.355

Apresentação do Projeto:

Pesquisa bibliográfica científica com levantamento de dados, de legislação e documentos oficiais. Será aplicado um questionário aos agentes comunitários de saúde com perguntas de características específicas (fechadas) e amplas (abertas) a fim de conhecer melhor o perfil deste profissional (como tempo de atuação, dificuldades encontradas no desempenho do trabalho, tipos de capacitação...). Serão feitas perguntas de caráter sócio demográfico e laborais conforme o questionário. Número de participantes: 26.

A hipótese deste trabalho é que para conseguir oferecer uma assistência em saúde de qualidade para a população este profissional precisa ser incluso em um processo de educação permanente. Considerando que dessa forma, sua atuação poderá abranger todas as competências preconizadas pela PNAB (2017), com melhor direcionamento das suas ações práticas e qualificação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender o perfil e a atuação cotidiana do Agente Comunitário de Saúde nas equipes de Estratégia da Saúde da Família do município fronteiro de Corumbá, localizado no estado de Mato Grosso do Sul.

Objetivo Secundário:

1. Analisar as variáveis sócio demográficas e laborais dos Agente Comunitário de Saúde das

equipes de Estratégia de Saúde da Família do município de fronteira de Corumbá - Mato Grosso do Sul.

2. Com base nas análises obtidas por meio do objetivo específico nº1, planejar ações que visam aumentar o desempenho e os resultados alcançados pelos Agentes Comunitários de Saúde, perante suas respectivas comunidades de atuação, bem como equipes de Estratégia de Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O risco está associado à coleta de dados ao possível desconforto, constrangimento e vulnerabilidade tanto do participante quanto daqueles vinculados de maneira indireta à pesquisa. Os riscos citados serão minimizados pelo fato de existir garantia total do sigilo e da confidencialidade assim como garantida da proteção de sua vulnerabilidade e privacidade durante a aplicação do questionário.

Benefícios:

Os benefícios previstos por esta pesquisa são indiretos, representados pela contribuição para valorização e o fortalecimento da profissão do Agente Comunitário de Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto com bom desenho de estudo. Foi feita as adequações das solicitações do parecer, como a retirada da logomarca, titulação e cargo do pesquisador, redação em forma de convite, garantia de sigilo e privacidade e retirada do nome do participante do instrumento de coleta de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Itens apresentados: Carta de autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá - MS; Instrumento de coleta de dados; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Recomendações:

Recomenda-se retirar os dados da Instituição (cabeçalho) do Termo de Consentimento Livre e esclarecido.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foi realizado as adequações solicitadas e o parecer é pela aprovação do protocolo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1250916.pdf	03/03/2019 18:30:27		Aceito
Outros	questionario.pdf	03/03/2019 18:29:24	TALINI RODRIGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/03/2019 18:28:48	TALINI RODRIGUES	Aceito
Folha de Rosto	plataforma_brasil_assinaturas.pdf	19/01/2019 17:19:50	TALINI RODRIGUES	Aceito
Outros	carta_de_informacao.pdf	02/01/2019 21:06:50	TALINI RODRIGUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_plataforma_brasil.pdf	02/01/2019 20:57:43	TALINI RODRIGUES	Aceito
Outros	carta_de_autorizacao.pdf	02/01/2019 20:42:46	TALINI RODRIGUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 27 de Março de 2019

**Assinado por:
Edilson José Zafalon
(Coordenador(a))**