

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL**

**DIMENSÃO DO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE:** uma visão dos agentes da área urbana do município de São Félix sobre
a sua importância na Atenção Básica de Saúde

MARY LEE DOS SANTOS PAIXAO SILVA

CACHOEIRA-BAHIA
2012

MARY LEE DOS SANTOS PAIXAO SILVA

DIMENSÃO DO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: uma visão dos agentes da área urbana do município de São Félix sobre sua importância na Atenção Básica de Saúde.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Professora Marcela M. José da Silva

Ficha Catalográfica: Biblioteca de Cachoeira - CAHL/UFRB

S586d Silva, Mary Lee dos Santos Paixao

Dimensão do trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma visão dos agentes da área urbana do município de São Félix sobre a sua importância na atenção básica de saúde / Mary Lee dos Santos Paixao Silva. – Cachoeira, 2012.
105 f.; 22 cm.

Orientadora: Prof^a. Ms. Marcela Mary José da Silva.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 2012.

1. Saúde pública - São Félix (BA). 2. Agentes comunitários de saúde - São Félix (BA). 3. Atenção primária à saúde - São Félix (BA). I. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. II. Título.

CDD: 362.1

DIMENSÃO DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITARIO DE SAÚDE: uma visão dos agentes da área urbana do município de São Félix sobre sua importância na Atenção Básica de Saúde

MARY LEE DOS SANTOS PAIXAO SILVA

Monografia apresentada ao Colegiado de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Banca examinadora:

Prof^ª. Ms Marcela M. José da Silva
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Prof^ª. Dr^a Valeria Noronha
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Prof^ª. Favonia Reis
Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO)

Aprovada em 06/12/2012

CACHOEIRA-BAHIA
2012

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me fortalecer e me ajudar a ultrapassar os obstáculos que cruzaram o meu caminho.

A minha família pelo amor e compreensão dedicados a mim durante todo o tempo.

A todos os professores que me conduziram nesta caminhada do conhecimento.

A minha orientadora Prof^a. Ms. Marcela M. José Silva pelas intervenções pertinentes, apoio, incentivo e paciência na condução deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a atuação do profissional agente comunitário de Saúde (ACS) da área urbana do município de São Félix, cujo objetivo é analisar como estes profissionais compreendem a sua importância na efetivação da Atenção Básica de Saúde. Para a sua realização, foi necessário coletar informações sobre a prática profissional dos ACS, analisar suas percepções a cerca da atuação profissional, além de uma revisão histórica da Atenção Básica em saúde para dar conta da discussão necessária. O Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) surgiu no Brasil com o propósito de levar a saúde mais perto da comunidade e para reorganizar os serviços de saúde municipais. Aliado ao Programa de Saúde da Família, o PACS se tornou uma das principais estratégias da Atenção Básica de Saúde. Nesta perspectiva, reconhecemos que os agentes comunitários de saúde (ACS) têm importância ímpar, pois é ele a porta de entrada da Atenção básica de Saúde, é o elo entre a equipe de saúde e a comunidade. Diante dessa perspectiva para situar o leitor na discussão, fizemos inicialmente uma abordagem sobre o Movimento da Reforma Sanitária, que foi um marco para a democratização da saúde no Brasil, enfatizando sobre a importância dos seus conceitos para a implantação do Sistema Único de Saúde. Utilizou-se a pesquisa exploratória, numa abordagem quali-quantitativa. Os sujeitos da pesquisa foram os 14 ACS da zona urbana do município de São Félix. A análise dos dados nos revelou que mesmo o ACS conhecendo o seu importante papel na ESF e conseqüentemente na Atenção Básica tem certa dificuldade na prática cotidiana, logo compromete a totalidade de suas atribuições. A efetivação da atenção básica passa não somente pela quantidade de ACS como também da qualidade de sua formação. A combinação frágil desses fatores gera uma perda de qualidade para a efetivação desta política.

Palavras-chaves: Saúde. Atenção Básica. Agente Comunitário de Saúde.

RÉSUMÉ

Le présent travail a comme objet d'étude le comportement de l'agent de santé communautaire (ACS) dans la zone urbaine de São Félix, et d'analyser la façon dont ses professionnels comprennent le rôle important qu'ils jouent dans réalisation de leur travail. Pour y parvenir, il a été nécessaire de recueillir des informations sur la pratique professionnelle de l'ACS, examiner leurs perceptions au sujet de leur performance professionnelle, ainsi qu'un examen historique sur la santé primaire. Le programme de l'agent de santé communautaire est apparu au Brésil dans le but d'apporter la santé aux communes et réorganiser les services de santé primaires. Couplé avec le Programme de santé familiale l'ACS est devenu une stratégie majeure de santé primaire. Dans cette perspective, nous reconnaissons que les agents de santé communautaire ont une importance primordiale, car ils représentent la porte d'entrée aux soins de base, ils sont le lien entre l'équipe de santé et la communauté. Compte tenu de cette perspective de situer le lecteur dans la discussion, nous avons fait une première approche sur le Mouvement de Réforme Sanitaire, qui a marqué une étape dans la démocratisation de la santé au Brésil, en insistant sur l'importance de ses concepts pour la mise en œuvre du Système Unique de Santé. Ce travail est basé sur la recherche exploratoire dans une approche qualitative et quantitative. Les sujets de recherche étaient les 14 ACS de la zone urbaine de São Félix. L'analyse des données nous a révélé que : même si les ACS connaissent l'importance du rôle qu'ils jouent dans le ESF et par conséquent dans les soins primaires, ils rencontrent une certaine difficulté dans la pratique de leur travail quotidien ce qui compromet l'ensemble de leur mission. L'efficacité des soins de santé primaires implique non seulement la quantité d'ACS mais aussi la qualité de leur formation. La combinaison fragile de ces facteurs crée une perte de qualité et efficacité de cette politique.

Mots-clés: La santé. Soins de santé primaires. Agent de santé communautaire

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 : Grau de escolaridade dos ACS do município de São Felix.

Gráfico 2: ACS do município de São Félix que em curso Profissionalizante.

Gráfico 3: ACS do município de São Félix que fazem curso profissionalizante.

Gráfico 4: ACS do município de São Félix que pretendem continuar os estudos.

Gráfico 5: ACS do município de São Félix que mora na micro área que atua.

Gráfico 6: Tempo que ACS do município de São Félix mora na cidade que trabalha.

Gráfico 7: Tempo que ACS do município de São Félix mora no bairro que trabalha.

Gráfico 8. Motivos determinantes para escolha da profissão pelos ACS do município de São Félix.

Gráfico 9:. Como ACS do município de São Félix soube da profissão.

Gráfico 10: ACS do município de São Félix que já conheciam a ESF.

Gráfico 11: ACS do município de São Félix que tiveram afinidade com o PACS antes de ser ACS.

Gráfico 12: ACS do município de São Félix que participa de alguma entidade ou Associação ou conselho.

Gráfico 13: ACS do município de São Félix que já participou de alguma entidade Associação ou conselho antes de ser ACS.

Gráfico 14: ACS do município de São Félix que é requisitado para resolver problemas relacionados a saúde em sua comunidade.

Gráfico 15: ACS do município de São Félix que era solicitado (a) para resolver questões de saúde quando ainda não era ACS.

Gráfico 16: ACS do município de São Félix que acredita que a comunidade entende o modelo de saúde no qual se fundamenta a ESF.

Gráfico 17: Para os ACS do município de São Félix o modelo de saúde fundamentado na Atenção Básica conseguiu alcançar que tipo de população.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Relação entre Conferências de Saúde, Atenção Básica de Saúde e Agente Comunitário de Saúde.

Tabela 2 - Referência de ACS no Brasil.

Tabela 3 - Dados referentes ao número de ACS contratados e cobertura populacional entre os anos de 2002 a março de 2012 no Brasil.

Tabela 4 - Referência de ACS na Bahia, segundo dados do SIAB.

Tabela 5 - Dados referentes a numero de ACS contratados e cobertura populacional entre os anos de 2002 a março de 2012.

Tabela 6 - Demonstrativo de ESF e cobertura populacional no Brasil segundo dados do SIAB.

Tabela 7 - Demonstrativos referentes a equipes implantadas e cobertura populacional de 2002 a março de 2012.

Tabela 8 - Demonstrativo de equipes de saúde e cobertura populacional na Bahia, segundo dados do SIAB.

Tabela 9 - Dados referentes a acréscimo de ESF e população coberta entre os anos de 2002 a marco de 2012.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABRASCO:** Associação Brasileira de Pós-Graduação.
- ABS:** Atenção Básica de Saúde.
- ACS:** Agente Comunitário de Saúde.
- AIS:** Ações Integradas de Saúde.
- APS:** Atenção Primária de Saúde.
- CAPS:** Centro de Assistência Psicossocial.
- CEBES:** Centro Brasileiro de Estudo da Saúde.
- CEO:** Centro Especializado de odontologia.
- CIB:** Comissão Integrestora Bipartite.
- CNS:** Conferência Nacional de Saúde.
- CONASP:** Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária.
- COSEMS:** Conselho de Secretários Municipais de Saúde.
- DATAPREV:** Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social.
- ESF:** Estratégia Saúde da Família.
- FUNABEM:** Fundação Nacional do Bem Estar do Menor.
- IAPAS:** Instituto de Administração da Previdência Social.
- INAMPS:** Instituto Nacional de Assistência Médica Social.
- INPS:** Instituto Nacional da Assistência Social.
- LBA:** Lei Brasileira de Assistência.
- LOAS:** Lei Orgânica da Assistência Social.
- MDB:** Movimento Democrático Brasileiro.
- NASF:** Núcleo de Apoio a Saúde da Família.
- NOAS:** Normas Operacionais de Assistência Social à Saúde.
- NOB:** Normas Operacionais Básicas.
- NUAPS:** Núcleo de Apoio a Saúde Psicossocial.
- OMS:** Organização Mundial da Saúde.
- OSCIP:** Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.
- PAB:** Piso de Atenção Básica.
- PACS:** Programa de Agente Comunitário de Saúde.
- PAIS:** Programa de Ação Integrada da Saúde.
- MS:** Ministério da Saúde.

PIASS: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Sociais.

PLANASA: Plano Nacional de Saneamento.

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica.

PREV-Saúde: Previdência a Saúde.

PRONAN: Programa Nacional de Alimentação e Nutrição.

PSF: Programa Saúde da Família.

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

SAS/MS: Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde.

SBPC: Sociedade Brasileira para o Desenvolvimento da Ciência.

SCNES: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de saúde.

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica.

SINPAS: Sistema Nacional de Previdência Social.

SUDS: Sistema Unificado Descentralizado de Saúde.

SUS: Sistema Único de Saúde.

TCG: Termo de Compromisso de Gestão.

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para Infância.

USB: Unidade de Saúde Básica.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 CAPÍTULO I - TRAJETÓRIA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA.....	15
1.1 Políticas de Saúde: implantação segundo os preceitos do SUS.....	30
1.2 As Tecnologias Leves e o trabalho nas ESFs.....	37
2 CAPÍTULO II - A ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE	39
2.1 As redes básicas de saúde: um resgate histórico.....	41
2.2 As portarias nº 648/GM e nº 2 488/GM em busca de melhorias na Atenção Básica.....	44
2.3 As funções e responsabilidades de cada esfera de governo.....	45
2.4 Estratégia Saúde da Família a reorganização da atenção básica no país.....	50
2.5 A Atenção Básica no Município de São Felix.....	52
3 CAPITULO III - TRAJETÓRIA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UM PROFISSIONAL DIFERENCIADO	54
3.1 Categoria trabalho e Agente comunitário de Saúde.....	59
3.2 Atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde e sua importância para a estruturação da atenção básica	60
3.3 A dimensão do trabalho dos ACS expresso em sua rotina diária	63
4 CAPITULO IV - DADOS DA PESQUISA DE CAMPO	65
4.1 Resultados e Discussão.....	66
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERENCIAS	89
ANEXOS	100

INTRODUÇÃO

Uma grande mudança aconteceu no setor da saúde no final da década de 80, com a aprovação da Constituição “Cidadã”. Nela consta que a saúde é direito de todo cidadão e dever do Estado, sendo assim o direito à saúde passa a ser universal. Para que isto acontecesse nos anos que antecedeu a sua criação, foi necessária uma mobilização da sociedade em prol de uma saúde mais justa. Segundo Paim (2009), o que marcou esse processo foi o Movimento da democratização da saúde ou como ficou mais conhecido “Movimento da Reforma Sanitária”.

Iniciado por volta dos anos 70, esse movimento trouxe uma visão diferenciada para o setor saúde e teve seu auge na VIII Conferência Nacional de Saúde, que registrou a presença de quase 4500 pessoas e foi um marco para a criação do Sistema Único de Saúde - SUS¹. Com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde – 8080/90, que regulamenta as ações e serviços no Sistema Único de Saúde, observa-se os primeiros passos rumo à universalização no acesso à saúde, com a implantação da Atenção Básica de Saúde, o Programa Agente Comunitário de Saúde – PACS e o Programa Saúde da Família – PSF, atual Estratégia Saúde da Família – ESF.

Segundo Nogueira, Silva e Ramos (2000), o PACS teve sua inspiração através da experiência do Ceará e cresceu tornando-se uma estratégia da Atenção básica² que se consolidou como parte da equipe multiprofissional do Programa de Saúde da Família, sendo o ACS uma peça fundamental na Política Nacional de Atenção Básica. Sua implantação só foi possível pela mudança do sistema de atenção a saúde, mediante a criação do SUS e dos seus princípios.

O Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) surge então com o propósito de levar a saúde para mais perto da comunidade e reorganizar os serviços de saúde municipais. Aliado ao Programa de Saúde da Família, o PACS se tornou uma das principais estratégias da Atenção Básica de Saúde. Nesta perspectiva, reconhecemos que os agentes comunitários de saúde (ACS) têm importância impar no processo de implantação do SUS: esse profissional se configura estrategicamente como porta de entrada da Atenção Básica de Saúde; o elo entre a equipe de saúde e a comunidade; um profissional importante para sociedade, especialmente por atuar na dinâmica que visa a proteção, promoção e prevenção à saúde, atuando na vida cotidiana.

¹ Saber mais em <http://bvsaroucaicit.fiocruz.br//sanitarista05html>.

² Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006.

Diante desse cenário, o presente trabalho tem como objeto de estudo a atuação do profissional agente comunitário de Saúde (ACS) da área urbana do município de São Félix, cujo objetivo é analisar como esses profissionais compreendem a sua importância na efetivação da política de Atenção Básica de Saúde, para tanto utilizaremos três objetivos específicos visando a elucidação da temática e uma leitura da realidade: Coletar informação sobre a prática profissional dos ACS; analisar informações sobre a percepção do ACS em sua área de atuação; fazer uma revisão histórica da Atenção Básica em saúde.

A dificuldade de encontrar acervo torna justificada a adesão à pesquisa exploratória. Os sujeitos da pesquisa são os ACS da zona urbana do município de São Félix que aceitaram participar da pesquisa, que tem uma abordagem quali-quantitativa atuando de forma a complementarem-se.

A escolha deste tema procedeu-se pela autora haver atuado na área da saúde como Agente comunitário de Saúde durante 18 anos e ter a oportunidade de conhecer esse trabalho, esse fato provocou inquietação e questionamentos a respeito da categoria, passíveis de serem compreendidos através da formulação deste projeto. Entendendo que os agentes comunitários de saúde são multiplicadores de informações em educação e saúde, pretende-se conhecer como estes atores aplicam ações de relevância na política de atenção básica em saúde na abrangência de sua atuação profissional.

Espera-se alcançar as dimensões que fazem destes sujeitos um referencial na comunidade onde convivem e executam suas atividades profissionais, apontando as características peculiares que os tornam um trabalhador diferenciado. Sendo esta temática pouco discutida, é imprescindível o aprofundamento no tema.

No primeiro capítulo deste trabalho tratamos do movimento histórico que marca o processo de democratização e universalização no acesso à saúde. Nele faremos uma apreciação sobre o Movimento da Reforma Sanitária, apontando os seus rebatimentos para a implantação dos princípios e diretrizes do SUS.

No segundo capítulo, faremos uma retrospectiva sobre a Atenção Básica, discutindo sua estrutura e a importante contribuição da Estratégia Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS na reorganização da saúde pública. Ao tempo, estaremos apresentando a estrutura da Atenção Básica do município de São Félix. No terceiro capítulo discutiremos a trajetória do PACS, pontuando a atuação dos agentes comunitários na política de saúde desde a implantação do projeto até os dias atuais. No quarto capítulo, apresentaremos os resultados da pesquisa realizada com os ACS do município de São Félix.

Para finalizar faça uma retomada da temática apresentada, dando destaque à importância da profissão de agente Comunitário de saúde.

1 CAPÍTULO - TRAJETÓRIA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA

Neste capítulo irei discutir sobre a Reforma Sanitária, dando ênfase ao movimento que tem o mesmo nome, responsável por organizar no Brasil uma grande mobilização popular pela reformulação democrática da saúde. Em sequência descreveremos as políticas que se seguiram e que deram um novo rumo à saúde brasileira³.

A Reforma Sanitária brasileira é o berço de toda revolução que aconteceu na saúde e nasceu na luta contra a ditadura. O termo Reforma Sanitária Italiana foi o que motivou pela primeira vez a terminologia Reforma Sanitária no país, que ficou esquecido por um período, mas foi novamente ventilado e discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde debatia-se a respeito do conjunto de ideias que visavam mudanças na área de saúde que seria indispensável para a melhoria das condições de vida da população⁴.

Para falar da Reforma Sanitária brasileira torna-se indispensável fazer um retrocesso e observar o panorama da conjuntura que a antecede, a qual ela está inserida. O movimento da reforma sanitária teve destaque fundamental para que acontecesse a reformulação da saúde, chegando à construção do SUS⁵ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006 a).

No meado da década de 70 e a década de 80, o regime militar era predominante no Brasil. O regime ditatorial ainda permanecia, como já foi mencionado, mas estabelecendo aos poucos uma democracia de aparência, apesar da repressão sofrida pela sociedade. A participação popular e os grupos organizados vinham afluindo de maneira progressiva. Em virtude disto, a oposição conseguiu ganhar, a cada ano de eleição, mais espaço no senado e na câmara dos deputados com o partido MDB, Movimento Democrático Brasileiro, possibilitando o embate de forças na representatividade nacional⁶ nos governos Emílio Garrastazu Médici, Ernesto Geisel, João Figueiredo que se seguiram.

No entanto, não mudaram as diretrizes e os fundamentos da ação do Estado. Nesta lógica, de um lado a política macroeconômica buscava favorecer as classes trabalhadoras, com a melhora das condições de vida, por outro, provoca nos seus aliados empresários e classe média o descontentamento. Em 1978, irrompem movimentos grevistas no ABC paulista, quando lideranças sindicais são cassadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006 a, p.37).

³ Brasil Ministério da Saúde. **A Construção do SUS: História da Reforma Sanitária Brasileira e do processo participativo**, 2006.

⁴ Saber mais em <http://bvsaroucaicit.fiocruz.br/sanitarista05html>.

⁵ PAIM, Jairnilson silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, 39-41 p.

⁶ Brasil Ministério da Saúde **A Construção do SUS: História da Reforma Sanitária Brasileira e do processo participativo**, 2006, 36 p.

De acordo com Alves, citado por Ministério da Saúde (2006 a, p. 37) a abertura política começa de maneira lenta no governo Geisel, com a lei de Anistia⁷. Em contrapartida, opositores remanescentes do regime ditatorial levantam-se contra os movimentos e a abertura política. A sociedade organizada, não satisfeita com as políticas do Estado, busca por direitos a bens e serviços. Fazendo resistência à exclusão sofrida, se mobilizam em grupos, principalmente da área de saúde. Reconhecidamente, este foi um período de grandes movimentos para transformação.

O movimento pela Reforma Sanitária, também conhecido como Movimento pela Democratização da Saúde, tinha em seu seio vários segmentos da sociedade, estudantes, pesquisadores, técnicos da área de saúde, trabalhadores etc., que se organizaram com o intuito de gerar mudanças no sistema de saúde brasileiro, caracterizado pelo perfil privatista direcionado aos trabalhadores de carteira assinada e pessoas de poder aquisitivo mais elevado. Para as classes menos abastadas, restavam as instituições filantrópicas de perfil caritativo, como as Santas Casas de Misericórdia, que não conseguiam atender a demanda. Segundo Paim (2009, p.39);

As instituições acadêmicas e sociedades científicas, como a Sociedade Brasileira Para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (Cebes), e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), entidades comunitárias, profissionais e sindicais, construíram um movimento social na segunda metade da década de 1970, defendendo a democratização da saúde e a reestruturação do sistema de serviços. Estes seguimentos propõem a Reforma Sanitária Brasileira e a implantação do SUS.

Esta mobilização se opôs ao regime ditatorial, possibilitando o redirecionamento da saúde, com melhorias e uma nova visão direcionada à cidadania e aos direitos sociais, em prol de garantir um sistema democrático na saúde com participação social. Neste contexto, fica claro que, quando a sociedade se organiza em busca de seus direitos, preconizando o interesse de todos, os ganhos são sempre garantidos para a coletividade. Os movimentos sociais buscam mudanças sociais emancipatórias e estão sempre abertos para que qualquer cidadão possa participar. Gohn (2003, p.13) afirma que vemos os movimentos sociais

(...) como ações sociais coletivas de caráter sócio político e cultural que viabilizam distintas formas da população se organizar e expressar suas demandas. Na ação concreta, essas formas adotam diferentes estratégias que variam da simples denúncia, passando pela pressão direta (mobilizações,

⁷ Lei nº 6.683, de 28 de agosto de 1979.

marchas, concentrações, passeatas, distúrbios á ordem constituída, atos de desobediências civil, negociações etc.), até as pressões indiretas.

Como já foi abordado, aos precarizados, menos abastados, sem carteira assinada, apenas restava o atendimento de saúde filantrópico nas Santas Casas de Misericórdia. No Brasil, no decorrer da década de 1970, a saúde era baseada quase que totalmente no sistema de estrutura privado, alicerçado na medicina curativa. Houve mudanças no sistema previdenciário, com a separação da assistência médica do benefício. Segundo Rosa & Labate (2005, p.1029),

Com a criação do Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), na década de 70 foram organizados o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Social (INAMPS) e o Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), além da reorganização dos órgãos de assistência social (LBA e FUNABEM) e da constituição de uma empresa de processamento de dados (DATAPREV). Essa reorganização significou, também, um novo momento de concentração do poder econômico e político no sistema previdenciário.

Este novo modelo não favoreceu a população, pois os serviços prestados não eram suficientes para suprir as necessidades dos usuários. Aliado a isto, outra situação arrostada era a improdutividade do sistema previdenciário.

É indispensável relatar que a forma de seguridade social veio se desenvolvendo desde os primórdios das Constituições Federais: na Constituição de 1824, tem o conceito de socorro público concebido como caridade; na constituinte de 1891, manteve como instituído, mas com sua execução no âmbito da administração publica; na constituição de 1934⁸, tomou o formato previdenciário na forma de seguro social, no qual os trabalhadores contribuem mensalmente, assim como os empresários e o próprio Estado em troca de direito dos trabalhadores, sendo aperfeiçoado e modificado na constituição de 1988⁹.

A constituição de 1967, acrescida da emenda de 1969 com o regime militar, permaneceu em vigor na década de 70 e meados de 80, garantindo os direitos dos trabalhadores na previdência social através de contribuição mensal, que lhe dava direito ao atendimento à saúde. Para os menos abastados, a única estrutura de saúde era a caritativa; é

⁸ É ainda na constituição de 1934 que nasce a lei da Ordem Econômica e Social no artigo 121 com o conceito de proteção ou tutela social levando em conta a teoria do risco social no qual imputa a sociedade a responsabilidade do desemprego, os acidentes as enfermidades profissionais cabendo a ela prover meios de evita-los., “no art.113, inciso XXXI, declara que todos tem direito de prover a própria subsistência e a de sua família, através do trabalho, cabendo ao Estado proteger os indivíduos em situação de indigências.

⁹ SIMÕES, Carlos. A Seguridade Social. In: _____ **Curso de direito do Serviço Social**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2010, p. 101-102.

imprescindível realçar que todo sistema oferecido de saúde estava centrado no método hospitalocêntrico¹⁰, que preconiza a assistência médica curativa privatista.

A forma de pensar e refletir o setor saúde, antes concentrado nas ciências biológicas, tem uma guinada quando as teorias das ciências sociais começaram a ser incorporadas, no final da década de 60 e início de 70. A entrada da teoria marxista dá uma nova abordagem ao sentido de saúde, mostrando que a saúde esta socialmente determinada¹¹.

A partir da Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde, que aconteceu na cidade de Alma-Ata em 1978 com a participação da OMS, UNICEF, trazia em seus princípios o acesso de toda a sociedade em condições de igualdade a atendimento de saúde baseado na promoção e prevenção até o ano 2000, trabalhando com profissionais que tivessem formação não apenas focada no clínico, mas na perspectiva epidemiológica e social, visando a atenção ao indivíduo, família e sociedade.¹² No 2º capítulo retomaremos a discussão sobre a Conferência de Alma Ata.

O regime ditatorial vai perdendo a sua autonomia gradativamente, pois a elite burguesa que o sustentava, com a crise do modelo fordista, coleciona perdas. Assim, sente-se prejudicada e não mais o autentica. Junto a isto, a sociedade organizada se levanta em lutas, buscando o estabelecimento de um novo regime. Esta conjuntura não permitia ao Estado ditador utilizar-se do autoritarismo impositivo, já que a comunidade não mais respaldava o sistema, em contrapartida, novos atores sociais reivindicam seu lugar no Estado.

As fissuras ocorridas no interior da massa conservadora dominante favoreceram colocar para o Estado os interesses relacionados a uma nova política de saúde, abrindo assim espaço para o primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, ocorrido em 1979¹³. É neste momento que o SUS é colocado em pauta efetivamente em discussão. Nesta circunstância, é notório observar que o modelo hegemônico de assistência médica previdenciária já vinha sendo alvo de críticas e enfrentamento, o que prova a sua ineficácia e rejeição pelos atores sociais.

Não é sem motivo, que os anos de 1980 a 1983 ficaram conhecidos como o ano da crise previdenciária. Para a superação deste momento, cria-se o Prev-Saúde, um programa de

¹⁰ Tem o hospital como centro do atendimento, cuidado e da atenção à saúde, baseado na ideia de que saúde é a ausência de doença, modelo utilizado no sistema previdenciário e que deve ser superado cada vez mais. Segundo Vargas (2008, p.07).

¹¹ Ver <http://bvsarouca.icit.fiocruz.br/sanitarista05.html>.

¹² Ver Walisete de Almeida Godinho Rosa, Renata cure Labate, **Programa de Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência**, Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro 13(6): p.1029

¹³ O pensamento crítico opositor reformista aponta a crise do sistema de saúde do país, bem como a necessidade de democratização da sociedade com requisito de sua superação. Neto Rodrigues apud Ministério da Saúde (2006ª, p.40)

serviços básicos de saúde seguindo os moldes da Conferência Sobre Cuidados Primários de saúde, realizada pela Organização mundial de Saúde e pela UNICEF. No entanto, este programa não chegou a ser utilizado. É nesta conferência que a noção de saúde como um bem estar físico, mental e social e não apenas como ausência de doença é declarada (Rosa & Labate, 2005).

Um programa como Prev-Saúde dificilmente poderia ser implantado no modelo dominador e excludente no qual vivia o Estado brasileiro. Uma mudança como esta traria grandes benefícios à sociedade, no entanto, o modelo hegemônico de assistência médica previdenciária jamais daria fôlego a um programa que acarretasse tantas mudanças ao seu perfil original. O Ministério da Saúde (2006 a, p.103) definia como objetivos do Prev-Saúde

A universalidade da cobertura de serviços básicos; a articulação das diversas instituições do setor saúde para a oferta de serviços; a hierarquização da oferta de serviços por níveis de complexidade, tendo a atenção primária como porta de entrada; a regionalização dos serviços; a utilização de técnicas simplificadas; e a participação comunitária.

Observando o Prev-saúde, podemos constatar as suas características revolucionárias para o setor saúde, condizentes com o que preconizava a conferência de Alma-Ata, que estabeleceu o valor da atenção primária e, sobretudo, ampliou o conceito de saúde. Esse novo significado sobre saúde, visando o bem estar, físico e mental e garantia de direitos sociais, favorece a criação de políticas de saúde diferenciadas, saindo do modelo hospitalocêntrico para adentrar no modelo sanitaria¹⁴. O sentido de saúde relacionado ao bem estar social demonstra a responsabilidade do Estado e a necessidade da criação de direitos sociais para a garantia de condição de vida do cidadão.

Com a crise previdenciária e de contradições, o Estado Autoritário se depara com a possível impossibilidade de permanência de seu modelo hegemônico. É neste momento, na década de 80, que o movimento sanitaria toma mais fôlego e surge, segundo Carvalho (1995 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE a, 2006, p.41), como um

“Conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não articulados ao redor de um projeto” (Escorel, 1998), cujo desenho e conteúdo foram sendo construídos ao longo do tempo a partir de um conjunto de práticas que Arouca (1976) caracterizou em três níveis: a prática teórica (construção do

¹⁴ Segundo Teixeira; Paim; Vilasbôas (1998, p.11) No modelo sanitaria o objeto é o modelo de transmissão, fatores de risco das diversas doenças usando a tecnologia sanitária baseada na educação em saúde, imunização controle de vetores utilizando campanhas de vacinas, campanhas sanitárias de vigilância a saúde.

saber), a prática ideológica (transformação da consciência) e a prática política (transformação das relações sociais).

O movimento sanitarista teve destaque na construção da política pública pelas lutas travadas em prol da participação social, do diálogo entre Estado - Sociedade e a democratização, não apenas no âmbito da saúde, mas também nas lutas pela democratização do país¹⁵. Segundo o Ministério da Saúde (2006 a)¹⁶, com a crise no sistema ditatorial, o aumento da dívida pública, a baixa arrecadação e o descontentamento da sociedade, abre-se espaço para um diálogo com os segmentos sociais. É neste contexto que acontece a criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) em 1981¹⁷.

Este conselho era de relação mista, não paritária entre sociedade e Estado, sendo o primeiro com maior representação, no entanto, a classe trabalhadora era minoria. Ele tinha o papel de organizador o aprimoramento da assistência médica com sugestão e aperfeiçoamento, para tornar mais simples e eficiente os recursos previdenciários do INAMPS¹⁸. Em 1982, com a proposta do plano de reorientação para saúde previdenciária, o Conasp viabiliza as políticas de saúde de descentralização, universalidade a hierarquização que se efetivou através do Programa de Ação Integrada de Saúde (PAIS) e, em 1985, tornou-se Ações Integradas de Saúde (AIS).

O Ministério da Saúde (2006a) afirma que o Estado criou o Conasp como uma forma de ouvir as vozes sociais. O Conasp, regulamentado pelo decreto nº 86.329/81, dentre os seus feitos, demonstrou as disputas ocorridas no meio das políticas públicas da saúde nos segmentos dos técnicos ministeriais e da oposição, dos técnicos da medicina liberal, dos interesses médicos, de grupos e do setor privado contratado. O órgão foi indispensável na modernização, no controle, gerindo com dignidade e uma elevada visão crítica o modelo médico-assistencial privatista.

O Conasp utilizou, como estratégia de gerenciamento, uma mudança do sistema gradativa de modo a não trazer prejuízo ao setor privado, mas visando os interesses e espaço à participação popular¹⁹. Teve grande valor para o princípio da participação social nos diálogos de construção de política de saúde, com plano estratégico que favorece a democracia na saúde. A AIS também teve fundamental importância, uma vez que é através dela que se

¹⁵ BRASIL, Ministério da Saúde. **A Construção do SUS: História da Reforma Sanitária Brasileira e do processo participativo**, 2006, p.58.

¹⁶ Ver <http://bvsarouca.icit.fiocruz.br/sanitarista05.html>

¹⁷ BRASIL, Ministério da Saúde **A Construção do SUS: História da Reforma Sanitária Brasileira e do processo participativo**, 2006, p.42.

¹⁸ Ibid,2006, p.42.

¹⁹ Ibid, 2006, p.43.

observa o brotar de mudanças na saúde. A Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) junto com o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) em reunião avaliam o desempenho da AIS. Deste encontro fica clara a importância do movimento sanitário, em prol da luta pela unificação do sistema de saúde.

A entrada da participação social mais efetiva a partir da década de 80 nos debates das políticas de saúde é um estado dicotômico que traz uma nova realidade na condução da discussão, contribuindo para um sistema mais justo. Segundo Simões (2010, p. 113), a participação popular

É o meio de controle, exercido pela sociedade civil, para garantia dos direitos sociais, superando os mecanismos tradicionais de controle técnico-burocráticos. Os espaços democráticos de deliberação e de fiscalização da eficácia das políticas públicas, aliados a uma representação forte dos interesses gerais da sociedade, constituem a lógica do constituinte no controle popular das políticas públicas. Os conselhos e conferências (inciso VII do art. 18 da LOAS) constituem, assim, fóruns privilegiados, em que se efetiva essa participação

Esta participação da sociedade, principalmente representado por sindicatos e associações conseguiu ganhar cada vez mais espaço nas discussões das políticas públicas, influenciando na formulação, execução, fiscalização e avaliação destas, o que possibilita concretizar as demandas solicitadas pela população, visando sempre a garantia de direitos e a qualidade de vida.

Um marco temporal do movimento pela Reforma Sanitária foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que contou com mais de 4500 pessoas em uma grande mobilização social. Cabe ressaltar que o sistema privado empresarial da saúde boicotou o encontro com a sua ausência, um protesto ao princípio da Conferência que defendia a saúde como direito de todos e dever do estado.²⁰ Foram três os temas abordados na 8ª CNS: Saúde como um direito à cidadania e à personalidade; reformulação do sistema nacional de saúde; financiamento do setor saúde. Consolidou a previdência em um único Ministério, o da saúde, cabendo a ele gerir as políticas de saúde; nesta Conferência, formulou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e nasce a inspiração para o SUS²¹.

²⁰ LOPES, Luciana Alves. **A Situação do Idoso num Plano de Saúde Suplementar: Benefícios e Desvantagens**. Rio de Janeiro, 2006. 72 p. Trabalho de Conclusão de curso de graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro. P. 31.

²¹ BERENGER, Mercêdes Moreira. **Descentralização ou Desconcentração: AIS – SUDS – SUS**. Rio de Janeiro, 1996. 79 p. Dissertação (Mestrado em Administração Pública). Escola Brasileira de administração Pública, Centro de Formação de educação e pesquisa, Fundação Getúlio Vargas, p. 40.

Fazendo uma retrospectiva das conferências de saúde podemos observar como, de forma lenta, mas progressiva, as políticas de saúde se desenvolveram buscando melhorias para o atendimento a população. Pela lei nº 378 de 1937, foram instituídas as Conferências Nacionais de Educação e Saúde, que deveriam ocorrer a cada 2 anos e visavam conduzir os governos nas atividades relativas à educação e saúde, direcionando quais os serviços que deveriam ser subsidiados com recursos federais²².

Essas conferências foram indispensáveis para o direcionamento do sistema de saúde no Brasil e já trazia um esboço do que se tornaria a Atenção Básica. Indo um pouco além, pode-se observar a construção do conceito que acabaria na criação dos Agentes Comunitários de Saúde. No quadro abaixo, fazemos uma relação entre estes três temas.

²² http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3_CNS_anais.pdf

Tabela1- Relação entre Conferências de Saúde, Atenção Básica de Saúde e Agente Comunitário de Saúde

Conferências de Saúde	Atenção Básica e ACS	Princípios das Conferências
I CNS	Buscava conhecer a situação dos problemas relacionados à educação e saúde em todo o país e estudar os fundamentos para organização de programa nacional de saúde que vise a proteção a infância bem como definir a organização e administração sanitária e assistencial para os Estados e Municípios, foram convocados representantes do Estado, território, Distrito Federal bem como das instituições referentes ao Ministério de Educação e Saúde. A preocupação com educação e saúde tem relacionamento com o trabalho do ACS é o seu maior instrumento, podemos verifica um futuro delinear para a Atenção Básica quando um dos seus temas visa a organização Sanitária Estadual e Municipal	Foi instituída pelo decreto nº 6788 de 30 de janeiro de 1941, as temáticas foram, Organização sanitária Estadual e Municipal; ampliação de campanhas nacionais contra lepra e tuberculose; determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; plano de desenvolvimento de obra nacional de proteção a maternidade a infância e a adolescência e nutrição; valor nutritivo dos alimentos regionais, alimentação do trabalhador controle da qualidade do leite. (Ribeiro, 2007)
II CNS	Nela estabeleceu-se legislação sobre higiene e segurança do trabalho, a prestação de assistência médica e sanitária preventiva para trabalhadores e gestante ²³ . Podemos observar que as temáticas abordadas também são foco de atuação da Atenção Básica e ACS.	Realizada em 1950 seus anais não foram publicados ²⁴ .
III CNS	tem como finalidade o exame geral da situação sanitária do país viabilizar as propostas de saúde que preferencialmente vise as necessidades do povo brasileiro, favorecendo o desenvolvimento do país. Sendo assim teve como objetivos determinar diretrizes para a organização sanitária do país, fundamentadas na 15º congresso Brasileiro de Higiene e nos princípios do Plano Triannual de Desenvolvimento ²⁵ . Esta conferência adota a tese da Municipalização visando a descentralização da aplicação das ações básicas de saúde como o propósito da criação de uma estrutura sanitária que se adequasse a realidade econômica política e sócias	Realizada em 1963 Os principais temas em debate foram: situação sanitária da população brasileira; saneamento do meio e estrutura sanitária; distribuição e coordenação das atividades médicas sanitárias nas esferas federais estaduais e municipais; municipalização dos serviços de saúde, fixação de um plano nacional de saúde (Ribeiro, 2007)

²³ http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1118

²⁴ RIBEIRO, Fátima Aparecida. **Atenção Primaria (APS) e sistema de Saúde no Brasil:** uma perspectiva histórica. São Paulo, 2007. 324 p. Dissertação (Mestrado Ciências área de Concentração: Medicina Preventiva) Faculdade de Medicina . Universidade de São Paulo

²⁵ http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3_CNS_anais.pdf

	<p>da comunidade, levando em conta as diferenças regionais de um país de tão grande extensão territorial; a conferência recomenda uma possível articulação das atividades sanitárias nos níveis das administrações federal, estaduais e municipais pressupondo um direcionamento para implantação de um sistema unificado de saúde.²⁶ Segundo Ribeiro, “a 3º CNS assume um posicionamento ético e político ao associar as condições de saúde ao desenvolvimento econômico e social do país e a proposição de atingir toda a população com ações de saúde (2007, p. 56). Surge aqui o princípio da Futura Atenção Básica, da ênfase a importância de conhecer a realidade econômica política e social da comunidade. Sendo assim podemos supor a necessidade de um profissional que desse conta de trabalhar nesta realidade.</p>	
CNS IV	<p>As discussões referentes à IV distanciam-se das noções implantadas pela III conferência. Agora os conceitos de condições de saúde já não são mais determinados pelo desenvolvimento socioeconômico do país e sim relacionados à qualidade dos recursos humanos e sua formação²⁷. Nesta conferência, o direcionamento para a Atenção Básica é quase imperceptível, mas podemos notar que este interesse em qualificar os profissionais é um fator preponderante na política Nacional de Atenção Básica.</p>	<p>Teve como tema principal o recursos humanos para a saúde “formular sugestões para uma política permanente de avaliação de recursos humano, tendo em vista a formação de contingente de pessoal de que o país carece para o desenvolvimento de suas atividades de saúde”. Segundo (Ribeiro 2007) este tema foi dividido em varias subtemas: O profissional de saúde que o Brasil precisa, pessoal de nível médio e auxiliar; responsabilidade do MS na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde nível médio e auxiliar; responsabilidade das universidades e escolas superiores no desenvolvimento das políticas de saúde e saneamento básico; planejamento da saúde e importância da estatística.</p>
	<p>O principal tema desta conferencia foi a organização do sistema de saúde, no entanto não se pensava em criar novas estruturar, mas em reorganizar as já existentes em forma de sistema, para tanto foi criado pelo Ministério da saúde um projeto encaminhado ao congresso nacional transformado na Lei nº6229/1975 que definia as instituições de saúde e suas funções no sistema; Segundo Ribeiro</p>	<p>Foi realizada em 1975, teve como temas a organização do sistema de saúde, programa materno infantil, vigilância epidemiológica programa de controle de grandes endemias extensão de serviços as populações rurais.</p>

²⁶ http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3_CNS_anais.pdf

²⁷ RIBEIRO, Fátima Aparecida. **Atenção Primária (APS) e sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica.** São Paulo, 2007. 324 p. Dissertação (Mestrado Ciências área de Concentração: Medicina Preventiva) Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo

V CNS	<p>“nesta lei a assistência medica passa a ser um problema de saúde publica e o MS assume a responsabilidade pelo seu ordenamento, demonstrando oficialmente a intenção de universaliza-la (2007, p.67) reconhecidamente esta decisão do governo é bastante pretensiosa já que esta iniciativa demonstrava o interesse em universalizar também a assistência medica hospitalar . nesta conferência foi realizada a proposta para uma Política Nacional de Saúde.²⁸ Alem de outras disposições, foi criado nesta conferência também o programa de interiorização das ações de saúde (PIASS) destinado a dar assistência médico-sanitarista as populações rurais.²⁹ É nesta conferência que é colocado em pauto a discussão para a implementação de uma Política Nacional de Saúde universalizada, e com a implantação do (PIASS) um direcionamento para a criação futura do (PACS).</p>	
VI CNS	<p>Nesta conferência o Estado reconhece a saúde como um direito da população e seguiu tratando do tema da V CNS Sistema Nacional de Saúde³⁰.</p>	<p>Aconteceu em 1977 teve como tema central controle das endemias e a interiorização dos serviços de saúde. Os debates foram referentes a situação atual dos controle de endemias, operacionalização de novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde/interiorização dos serviços de saúde, política nacional de saúde; Programa Nacional de Alimentação e Nutrição(PRONAN); Previdência social e a nova instituição de assistência medica o INAMPS separando-se da previdência social.</p>
	<p>Teve como subtemas: Regionalização e organização de serviços de saúde nas unidades Federadas; Saneamento e habitação nos serviços básicos de Saúde – PLANASA e o Saneamento simplificado; Desenvolvimento de Recursos Humano para os Serviços Básicos de Saúde; Supervisão e Educação continuada para os Serviços Básicos de Saúde; Responsabilidade Institucional nos níveis Federais, Estaduais e Municipais, Desenvolvimento Institucional e da infraestrutura de apoio nos Estado; Alimentação e Nutrição e os</p>	<p>Segundo (Ribeiro, 2007) Aconteceu no período da ditadura militar em 1980 e teve como tema principal debatido a implantação e desenvolvimento dos Programas Nacionais de Serviços de Básicos de Saúde Prev-saúde.</p>

²⁸ http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1121

²⁹ RIBEIRO, Fátima Aparecida. **Atenção Primária (APS) e sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica.** São Paulo, 2007. 324 p. Dissertação (Mestrado Ciencias área de Concentração: Medicina Preventiva) Faculdade de Medicina . Universidade de São Paulo.

³⁰ Ibid, 2007, p. 324

VII CNS	Serviços Básicos; Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde; Saúde Mental e Doenças degenerativas e os Serviços Básicos de Saúde; Informação e Vigilância Epidemiológicas nos Serviços de Saúde; Participação comunitária e os Serviços de Saúde e as Comunidades; Articulação dos Serviços Básicos com os Serviços Especializados no sistema de Saúde ³¹ . Aqui já se pode notar o delineamento da Política Nacional de Atenção Básica de maneira mais expressiva, assim como a importância de um profissional que seja o elo entre a comunidade e o serviço de saúde e vice e versa.	
----------------	--	--

³¹ http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf

Como podemos observar, a descentralização é uma temática abordada em outros momentos. Na III Conferência Nacional de Saúde em 1953, foi um dos quatro temas oficiais a “Municipalização dos serviços de saúde”, no relatório final determinava “Que os governos federais, estaduais e municipais estabeleçam, no menor prazo possível, em nível municipal, a estrutura sanitária básica do país”.

A universalidade referente à assistência à saúde foi pauta da V conferência Nacional de Saúde. A partir da década de 1970 permanece a discussão sobre a descentralização do setor saúde, no entanto, apenas começou a ganhar espaço e expressão de operacionalização na década de 1980 com a criação da AIS - Assistência Integrada a Saúde de 1983 a 1987, SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde de 1988 a 1989 e o SUS - Sistema Unificado de Saúde a partir de 1990.³²

A promulgação da Constituição de 1988, também conhecida como Constituição cidadã, estabelece vários direitos para a população, dentre eles a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida por intermédio da lei 8.080/90, Lei Orgânica da Saúde que regulamenta o SUS. Estão previstos, nos princípios básicos do SUS, a universalização, descentralização, integralidade, participação social, equidade, resolutividade, intersetorialidade e humanização do atendimento.

Também está estabelecido nesta lei um novo conceito para a saúde: o que antes era visto apenas como ausência de doença, passa a ter um significado mais amplo, acrescentando fatores determinantes do cotidiano, como ter saúde é ter lazer, educação, trabalho, saneamento básico, alimentação moradia e etc. A lei 8.142/90 normatiza a participação da população no gerenciamento do SUS através de conselhos e conferências de saúde.

Este significado de saúde é antagônico à lógica capitalista, na qual o trabalhador é expropriado dos seus direitos. A esse respeito, Yamamoto (2008, p.66) afirma que

A exploração se expressa tanto nas condições de saúde, de habitação, como na degradação moral e intelectual do trabalhador; o tempo livre do trabalhador é cada vez menor, sendo absorvido pelo capital nas horas extras de trabalho, no trabalho noturno que desorganiza a vida familiar.

Esta é uma relação contraditória na qual Estado, que institui as leis de proteção social, é o mesmo que, ao permitir a tomada dos direitos desse cidadão, faz com que elas não sejam cumpridas, principalmente com a entrada da política neoliberal. Essas condições

³² Saber mais BERENGER, Mercêdes Moreira. **Descentralização ou Deconcentração: AIS – SUDS – SUS**. Rio de Janeiro, 1996. 79 p. Dissertação (Mestrado em Administração Publica). Escola Brasileira de administração Publica, Centro de Formação de educação e pesquisa, Fundação Getúlio Vargas

sofridas pelo trabalhador os colocam em uma situação de “não saúde”, que deve ser combatida através das mobilizações sociais. É nesta lógica que o movimento da reforma sanitária continua atuante e permanece pela efetivação do direito à saúde, sendo conhecido como Movimento do Movimento da Reforma.

É necessário analisar o veto dos artigos que efetivava a participação comunitária no SUS. Em 1989, Fernando Collor de Melo é eleito por votação direta à presidente da Republica, aderindo ao Neoliberalismo que tende em sua conduta a proteger o mercado, com destaque para a diminuição da condução do Estado nas políticas sociais e o Estado mínimo regulando um mercado liberalizado. Isto trouxe um arrocho nas políticas sociais, prejudicando principalmente as classes subalternizadas que já vinham sofrendo com os altos índices inflacionários que não era repassado fidedignamente aos salários. Neste contexto, o presidente veta os artigos que determinam a participação popular, e a transferência intergovernamentais de recursos financeiros e veta a Lei Orgânica da Assistência Social, que consta da Constituição Federal de 1988. No entanto, os grupos organizados da reforma sanitária se levantam em mobilização e conseguem retomar alguns pontos com a Lei nº 8.142/90³³.

Os artigos vetados, que foram recuperados pela lei nº 8.142/90, referiam-se a repasses de recursos, estabelecimento das conferências e dos conselhos e detalham sua organização, a instituição de planos cargos e salários e carreiras para o pessoal do SUS em cada esfera de governo. Este artigo foi parcialmente recuperado³⁴. Este veto deixa claro o direcionamento contra-hegemônico ao processo democrático participativo edificado ao longo dos últimos anos, em particular na área da saúde, e estava de acordo com os direcionamentos da política internacional no mundo da economia globalizada, que visa cada vez mais o desmonte dos movimentos populares, causando o afastamento da sociedade das decisões do Estado. Mas, a lei nº 8.142/90 garante esta participação:

A Lei nº 8.142/90 “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 garante o sistema participativo de baixo para cima com duas instâncias colegiadas: I – a conferência de saúde e II – o conselho de saúde. As conferências nacionais de saúde devem ser realizadas a cada quatro anos, podendo, ainda, ser convocadas conforme as necessidades. Os conselhos de saúde são organizados em cada esfera de governo e a representação dos usuários é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Além disso, a lei estabelece diretrizes para os fundos de saúde. (Ministério da Saúde, 2006a p.112)

³³ Brasil Ministério da Saúde **A Construção do SUS: Historia da Reforma Sanitária Brasileira e do processo participativo**, 2006, p.115.

³⁴ *Ibid*, 2006, p.117

Esta Lei recuperou a participação da comunidade nas decisões que fundamentam a saúde, fator que fortalece e dá visibilidade e importância aos movimentos sociais. Além disto, esta lei favoreceu a criação dos Agentes Comunitários de Saúde por viabilizar a descentralização. Estes profissionais são os responsáveis em fazer a ponte, incentivando a comunidade a participar desse processo.

Outro instrumento utilizado pelo Ministério da Saúde para regulamentar esta mudança de política entre o modelo antigo e o SUS, são as Normas Operacionais Básicas (NOB), que tem a função de regular as transferências de recursos financeiros da União para os Estados e municípios. A NOB 91 estabelecia a exigência da criação dos Conselhos de Saúde e dos Fundos Municipais, assim como exigia um plano municipal de saúde aprovado pelo conselho, programação e ornamentação e a demonstração do relatório de gestão local, para transferência de recursos do SUS para os municípios³⁵.

No processo de descentralização outras NOBs foram normatizadas, dentre elas a NOB 96, que segundo Andrade, Pontes & Martins (2000, p. 01),

Estabeleceu como uma de suas finalidades prioritárias a transformação do modelo de atenção à saúde que até então era hegemônico. Enfatizou que isso implicava no aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde no país e na própria organização do sistema, visto que o município passou a ser, de fato, responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de sua população e das exigências de intervenções saneadoras em seu território. Como tema principal estabeleceu a "Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão", buscando construir a plena responsabilidade do poder público municipal sobre a gestão de um sistema de saúde, e não somente sobre a prestação de serviços de saúde. Para isso, criou duas categorias de gestão: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal.

Esta NOB deixa bem clara a diferença entre gerência e gestão, a primeira significando a administração de órgão ou unidade de saúde e a segunda conceituada com responsabilidade de maior abrangência: dirigir um sistema de saúde, seja ele municipal estadual ou federal, exercendo as funções de coordenação, negociação, acompanhamento, planejamento, articulação, controle avaliação e auditoria.

Fazer uma retrospectiva histórica dos acontecimentos que antecederam a formulação da Constituição federal de 1988 é fundamental para compreender todo processo que desencadeou uma política de saúde mais justa como preconiza o SUS, sistema que tem em sua estrutura o nosso objeto de estudo.

³⁵ Brasil Ministério da Saúde. **A Construção do SUS: História da Reforma Sanitária Brasileira e do processo participativo**, 2006, p. 118.

1.1 Políticas de Saúde: implantação segundo os preceitos do SUS

A Constituição Federal de 1988, através da lei 8.080/90, também disciplina e garante a descentralização administrativa e política do SUS, assim como a normatização da gestão e financiamento, com regulamentação das condições de proteção e promoção para o seu desempenho e funcionamento. Sendo assim, as verbas passaram a ser repassadas para os estados e municípios, que realmente conhecem a realidade das condições e necessidades de saúde de suas instâncias. Para garantir a descentralização da assistência, foram criadas as Normas Operacionais Básicas, dentre elas as NOB 91 e a 96 citadas anteriormente.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) foi criada pela portaria 373/GM de 27 de fevereiro 2002. O seu 1º artigo visa

Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.05)

Neste sentido, propõem a coordenação regionalizada, por meio de sistemas funcionais e resolutivos de sistemas de saúde, através da organização dos territórios estaduais em regiões e microrregiões e módulos de assistência³⁶, estabelecendo a publicação do pacto pela saúde em 2006 que, segundo Schmidel (2009, p.15) foi

Mais uma estratégia de consolidação do Sistema Único de Saúde, agregando três eixos: o Pacto em Defesa da Vida, o Pacto em defesa do SUS e o Pacto de Gestão, para promover transformações e fortalecimento do SUS. É considerado um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estado e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, para o alcance de maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. Ao mesmo tempo, redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social, através da adesão de Municípios, Estados e União ao termo de compromisso de Gestão (TCG). O TCG substitui os processos de habilitação das várias formas de gestão

³⁶ BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde e Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. ed. revista e atualizada. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 108 p.: il – (Série A. Normas e Manuais técnicos)

anteriormente vigentes e estabelece metas e compromissos a cada ente da federação.

Em 1991 é criado o “Programa de Agentes Comunitários de Saúde” (PACS). Esse programa já atuava desde 1988 no Ceará, porém, foi instituído e regulamentado em 21 de dezembro de 1997 pela portaria federal nº 1.886/97. O PACS colabora para a reorganização dos serviços municipais de saúde e interage com participação em ações com outros profissionais, visando um elo entre a comunidade e as unidades de saúde. A gênese do seu nascimento está em experiência de prevenção de doenças, utilizando o meio de educação em saúde. O desenvolvimento das ações é feito pelos agentes comunitários de saúde e este ator social a princípio era escolhido em sua própria comunidade³⁷. Esta temática terá uma discussão mais aprofundada no capítulo 3º.

O Programa de Agente Comunitário de Saúde se consolidou como estratégia de política de atenção básica, fundamentada na promoção, prevenção e proteção à saúde. Tem como objetivo principal colaborar para melhoria da qualidade de vida da população³⁸, reduzindo a vulnerabilidade e os riscos à saúde. Da sua primeira experiência no nordeste se expandiu para todo território nacional. As tabelas abaixo demonstram a estatística do programa com base no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB):

Tabela 2 - Referência de ACS no Brasil

Ano	ACS	Cobertura populacional
De 1991 a 2002	175.463	52,61%
Março de 2012	252.169	64,49%

Fonte: Portal Saúde disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=743>

Tabela 3 - Dados referentes a numero de ACS contratados e cobertura populacional entre os anos de 2002 a março de 2012 no Brasil.

ACS	Cobertura populacional
77,185	11,63%

Fonte: Portal Saúde disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=743>

³⁷ <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicações/pacs01.pdf>

³⁸ Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde, Brasília, 2009, p. 24.

Podemos observar que de 1991, ano de implantação do programa, a 2002, em 11 anos houve um avanço considerável do programa, com contratação de 175.463 profissionais cobrindo um índice populacional de 52,61%, de 2002 a março de 2012. Isto é, em 10 anos contratou-se apenas 77,185 profissionais, acresceram apenas 11,63% de cobertura populacional, o que nos mostra que a cobertura populacional não acompanhou o número de profissionais contratados e deixa bem claro que nos primeiros anos do programa houve uma maior expansão. É indispensável resaltar que em 21 anos do programa ainda não conseguimos alcançar a cobertura populacional de 100%, que seria o esperado para um programa de tão grande importância.

Tabela 4 - Referência de ACS na Bahia, segundo dados do SIAB.

Ano	ACS	Cobertura populacional
De 1991 a 2002	19.279	76,01%
Março de 2012	25.866	84,20%

Fonte: Portal Saúde disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=743>

Tabela 5 - Dados referentes a numero de ACS contratados e cobertura populacional entre os anos de 2002 a março de 2012.

ACS	Cobertura populacional
6.587	8,19%

Fonte: Portal Saúde disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=743>

Nos índices referentes à Bahia, de sua implantação de 1991 a 2002, isto é, em 11 anos, foram contratados 19.279 ACS, cobrindo uma população de 76,01%. Já a partir de 2002 a março de 2012, em 10 anos contratou-se apenas 6.587 profissionais e cresceu apenas 8,19% de cobertura populacional. Podemos observar que nos primeiros anos houve um avanço considerado do programa, podendo ter sido um reflexo da implantação, a princípio preferencialmente na região norte e nordeste. No entanto, nos 10 últimos ano verificou-se um avanço irrisório do programa e notadamente também nos 21 anos de implantação não conseguiu alcançar a cobertura populacional de 100%, mesmo estando ligado à Estratégia de Saúde da Família, principal estratégia da Atenção Básica.

Segundo o Ministério da Saúde (2001), a implantação do Programa de Agente Comunitário de Saúde foi fundamental no processo de consolidação da descentralização de recursos na abrangência do Sistema Único de Saúde (SUS), com papel indispensável no aperfeiçoamento e solidificação do SUS, no redirecionamento da assistência ambulatorial e

domiciliar. A partir deste programa, vislumbrou-se a possibilidade de criação do PSF, sendo o PACS um processo transitório para sua efetivação³⁹.

O Programa de Saúde da Família foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde e foi estruturada também observando o pioneirismo do Ceará. Ao notar que o acréscimo de uma enfermeira para organização, fiscalização e orientações dos agentes comunitários de saúde os resultados era mais intensificado, nesta relação hierárquica, viu-se a oportunidade de acrescentar outros profissionais como médico, auxiliar de enfermagem, dentre outros profissionais, dando início à perspectiva de formação de uma equipe de trabalho centrada não apenas no indivíduo, mas na família. Segundo Martins e Chaves (2007, p. 427),

Contrariando a estabilidade do paradigma historicamente instituído em saúde – da maciça valorização da tecnologia hospitalar e da tecnologia médica – na pretensão de criar uma outra lógica em saúde, assistimos a importante transformação a que se propôs o Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil na tentativa de reorganizar e qualificar a atenção primária apontada pelo Sistema Único de Saúde.

Nasce através do PSF a mudança da atenção à saúde, que passa do atendimento médico hospitalocêntrico para um modelo centrado na família, no indivíduo e na equipe, não atuando verticalmente e paralelamente aos serviços de saúde, mas possibilitando a integração e promovendo a organização das atividades, em um definido território que possibilite identificar e resolver os problemas. Esta estratégia tem a intenção de atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, focalizando a família em seu ambiente social e físico. O PSF se firmou como estratégia de política e se solidificou, como pode ser observado nas tabelas que seguem.

Tabela 6 - Demonstrativo de ESF e cobertura populacional no Brasil, segundo dados do SIAB.

Ano	Equipe de ESF	Cobertura populacional
De 1994 a 2002	16.734	31,92%
Marco de 2012	32.809	54,31%

Fonte: Portal Saúde disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=743>

³⁹ Brasil, Ministério da saúde. Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), 2001, p.05.

Tabela 7 - Demonstrativos referentes às equipes implantadas e cobertura populacional de 2002 a março de 2012.

Equipe de ESF	Cobertura populacional
16.075	22,39%

Fonte: Portal Saúde disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=743>

Os dados nos mostram que de 1994, ano de implantação, a 2002, 8 anos, formou-se 16.734 equipes de ESF com cobertura populacional de 31,92%, e de 2002 a 2012, 10 anos, acresceu 16.075 equipes com cobertura populacional de 22,39%. Podemos observar que em 10 anos quase dobrou as equipes de saúde, no entanto, não conseguiu alcançar 100% de cobertura populacional, o que seria o aceitável para os 18 anos de implantação, levando em conta ser esta a estratégia prioritária da Atenção Básica. Já na Bahia, houve a implantação das equipes de saúde com um pouco mais de êxito, como pode ser observado nas tabelas abaixo.

Tabela 8 - Demonstrativo de equipes de saúde e cobertura populacional na Bahia, segundo dados do SIAB.

Ano	Equipes de Saúde	Cobertura populacional
De 1994 2002	862	21,75%
Marco de 2012	2.738	61,54%

Fonte: Portal Saúde disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=743>

Tabela 9 - Dados referentes ao acréscimo de ESF e população coberta entre os anos de 2002 a março de 2012.

Equipes de ESF	Cobertura populacional
1.876	39,79%

Fonte: Portal Saúde disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=743>

Os índices da Bahia deixam claro que, sem dúvida, o investimento foi maior de 2002 a 2012, pois, houve um aumento considerado tanto das equipes de saúde da família, quanto do aumento da população atendida. Cabe resaltar que no Brasil, segundo dados do SIAB, existe ainda para atendimento da atenção básica 42.842 Unidades Básicas de Saúde USB, que também tem em seus quadros agentes comunitários de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (2006b), é o Programa de Saúde da Família a principal estratégia responsável pela dinâmica da Atenção Básica. Através da portaria nº 648

de 28 de março de 2006, fica estabelecido que o PSF se “consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica” tornando-se assim Estratégia de Saúde da família, aumentando a sua abrangência. Cada ESF é responsável por um território que tenha em sua responsabilidade no máximo de 3000 a 4000 pessoas. A equipe multiprofissional é formada no mínimo por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um número de agentes comunitários de saúde suficientes para cobrir 100% da população, não excedendo 12 ACS, cada um responsável por no máximo 750 pessoas.

Pode ser acrescentado à ESF a equipe de saúde Bucal modalidade 1, composta por um cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, que podem trabalhar servindo 2 ESFs, ou modalidade 2, com uma equipe de saúde bucal formada por um cirurgião dentário, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental, que podem trabalhar em duas ESFs⁴⁰. A mudança do status de programa para estratégia dá uma solidez a esta política, demonstrando a sua eficiência e importância para a efetivação da atenção básica.

Pressupomos que, com a cobertura de 100% da população, a equipe tem maior conhecimento dos problemas de saúde da área de abrangência, podendo direcionar os trabalhos de modo a conseguir maior êxito. A comunidade se reconhece na figura do agente comunitário e isto provoca o aumento da confiança e abertura para desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e recuperação a saúde, assim como de cidadania, que possam ser necessárias.

A priori, a Atenção Básica observa o sujeito em sua singularidade, complexidade e integralidade, levando em conta o meio sociocultural em que vivem. Visa a promoção, prevenção e recuperação da saúde, assim como a diminuição de danos e sofrimentos que possam conduzir à perda de uma vida saudável. Nesta dinâmica, o fator preponderante a ser alcançado é sempre a melhoria da qualidade de vida, atendendo ao primeiro nível do sistema de atenção a saúde. A portaria nº648/Gm normatiza as características da Atenção Básica. Segundo o Ministério da Saúde (2006 b),

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde

⁴⁰ Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006.

de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica tem a sua diretriz bem delineada, mostrando a importância das ESF e dos ACS, desenvolvendo ações educativas, sanitárias, de prevenção, proteção e recuperação da saúde, levando em conta a participação popular, efetivando seus trabalhos em territórios delimitados e definidos. Isto nos mostra a importância do vínculo que é construído entre a comunidade e a equipe de saúde para eficácia da política da Atenção Básica. Desta forma,

[...] A Atenção Básica tem como fundamento; possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações pragmáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistêmico dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação e estimular a participação popular e o controle social (Ministério da Saúde . 2006b).

Por ter a sua atuação levando em conta territórios delimitados favorece o conhecimento das necessidades de cada localidade, tornando necessária a descentralização das ações de saúde. Um fator importante para descentralização foi a criação do Piso de Atenção Básica (PAB) ⁴¹, que facilitou a transferência de recursos federais diretamente para os municípios direcionados ao atendimento à atenção básica. Essa verba é calculada segundo o número populacional. Trabalhar em um território adscrito permite um maior planejamento das ações com equidade e integralidade, garantindo a longitudinalidade do cuidado. Um dos fatores primordial é o vínculo entre a comunidade e as equipes de saúde, que possibilita maior resolutividade nas várias ações de promoção, prevenção e reabilitação à saúde.

⁴¹ http://www.fns.saude.gov.br/Prog_PAB-FIXO.asp

O modelo de vigilância à saúde foi proposto pelo Ministério da Saúde para o ESF e tem seu foco na atenção básica de saúde. É organizado em forma de pirâmide e tem na sua base ações de vigilância à saúde, em um território determinado mediante planejamento direcionado a ações voltadas a epidemiologia. A estratégia do modelo de vigilância está focada na promoção para a saúde através de educação para a saúde, hábitos de vida, saneamento; com relação à prevenção de doenças, se direciona ao pré-natal, diagnóstico precoce de doenças crônicas e vacinação; e no âmbito das ações curativas, visa o prolongamento da vida, o tratamento de doenças, reabilitação de sequelas e o prolongamento da vida⁴².

1.2 As Tecnologias Leves e o trabalho nas ESFs

A Atenção Básica, através da ESF, utiliza uma tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade para efetivar as suas ações. Quando pensamos em tecnologia logo nos remete a máquinas, no entanto, esta terminologia foi ampliada na área da saúde. De acordo com Franco; Merhy, apud Madeira (2009, p.30),

[...] toma a definição de tecnologia como um conjunto de conhecimento e agires aplicados a produção de algo, incluído também os saberes utilizados na produção de produtos singulares nos serviços de saúde, bem como os saberes que operam para organizar as ações humanas e inter-humanas no processo produtivo. Esse conhecimento pode ser materializado em máquinas e instrumentos tecnologia dura; saberes e práticas estruturados – tecnologias leves e duras; e as tecnologias leves: trabalho vivo/produção de serviços/ abordagem assistencial – modo de produção, vínculo e responsabilização.

A tecnologia dura refere-se ao sustentados nas máquinas, equipamentos que findam no trabalho morto. A tecnologia leve - duras são aquelas referentes ao conhecimento aglutinados que conduzem os trabalhos. Estão relacionados às normas, os protocolos, os saberes produzidos em campos exclusivos do conhecimento, “como a clínica, a epidemiologia o saber administrativo e outros; caracterizam-se por conter trabalho capturado, porém com possibilidade de expressar o trabalho vivo” (MADEIRA, 2009, p.30-31). cremos que todas as

⁴² MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Tecnologias Leves como orientadoras do processo de trabalho em Serviço de Saúde**. Rev. Gaúcha de Enferm. Porto Alegre, 2004. p.19

tecnologias são importantes no processo de produção da saúde e que em todas as situações a tecnologia leve deve estar em operação.

A ESF está situada no ramo das tecnologias leves que tem como base o acolhimento, a produção de vínculo, a autonomização e a gestão compartilhada de processos de trabalho, tendo como foco a qualidade de vida do cidadão.⁴³ Segundo Madeira, “As tecnologias leves são produzidas no trabalho vivo em ato, condensam em si as relações de interações e de subjetividade” (2009, p.31).

Os agentes comunitários de saúde têm a sua função definida na tecnologia leve, pois em sua atuação como ferramenta de trabalho visam o acolhimento, o vínculo e o cuidado, sendo, portanto indispensável nas equipes de saúde. Além disto, a base do seu trabalho é a educação e saúde. Segundo Costa & López (1996, apud ALVES, 2005), a educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Cremos que é neste direcionamento que o ACS exerce a sua função de multiplicador de saberes, possibilitando a troca de conhecimento que se efetiva na prevenção, promoção e recuperação da saúde. A educação em saúde

Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005, p.43).

A educação em saúde é uma prática que favorece a maior proximidade com a comunidade, viabilizando a atuação dos profissionais na vida cotidiana das pessoas e promovendo conhecimento em saúde que poderá gerar novos hábitos, que conduzam a uma melhor qualidade de vida.

⁴³Saber mais MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Tecnologias Leves como orientadoras do processo de trabalho em Serviço de Saúde**. Rev. Gaúcha de Enferm. Porto Alegre, 2004. p.18

2 CAPÍTULO - A ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Neste capítulo irei tratar sobre a trajetória da atenção Básica no Brasil, suas dimensões constitutivas e sua importância para a reestruturação da saúde, enfocando especificamente a Estratégia Saúde da Família e ACS.

A atenção primária saúde no Brasil também adquiriu o conceito de Atenção básica. O termo mais utilizado no domínio acadêmico e na política oficial tem sido a atenção básica e neste trabalho iremos utilizar o conceito atenção primária de saúde como sinônimo⁴⁴. Baseado no que afirma Ministério da Saúde (2009, p.16),

A atenção primária a saúde (APS), também conhecida no Brasil com Atenção Básica (AB), da qual a Estratégia da Saúde da Família é a expressão que ganha corpo no Brasil, é caracterizado pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção proteção a saúde e prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção a saúde.

A Estratégia de Saúde da Família tem sido a principal expressão da atenção básica, mas retornaremos a este assunto mais adiante. Neste momento é fundamental nos determos em traçar a linha do tempo sobre a atenção básica. Fazendo um resgate histórico da saúde, é imprescindível relatar que até a década de 70 existiam dois sistemas de saúde no Brasil: saúde pública e medicina previdenciária. Como já foi relatado anteriormente, a medicina previdenciária era direcionada para os contribuintes da previdência, aos trabalhadores de carteira assinada. Já a saúde pública estava envolvida com os trabalhadores não formais e a população em geral sem carteira assinada.

O Ministério da Saúde, criado em 1953, era o órgão responsável pela medicina preventiva. Ela abrangia a saúde pública, que atuava na prevenção de doenças infectocontagiosa, saúde da mulher, visando a gravidez e o puerpério, saúde da criança, campanhas sanitárias, imunização e assistência médica, mesmo que limitada, e outras ações do mesmo cunho⁴⁵. Em 1970, com o fortalecimento dos movimentos sociais, cresce o número de produção de pesquisa no campo de políticas de saúde com a temática saúde e direitos

⁴⁴ “A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária de Saúde nas atuais concepções como termos equivalentes. Associa a ambos os termos: princípios e diretrizes definidos neste documento”. a Portaria de nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 anexo I.

⁴⁵ CAVALCANTI, L. F; ZUCCO, L. P. Políticas de saúde e Serviço. In: REZENDE, I; CAVALCANTI, L. F. (org.). Serviço Social e Políticas Sociais. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006, p.69.

sociais e saúde e estruturas sociais. Com esta entrada dos pensamentos da ciências sociais, começa-se a rever o modelo de saúde vigente⁴⁶.

Em 1978, na cidade de Alma Ata, capital da República Soviética do Cazaquistão, foi realizada a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde de 06 a 12 de setembro, promovido pela Organização Mundial da Saúde. A conferência aconteceu simultaneamente ao Movimento da Reforma Sanitária e tinha em seus princípios a mudança dos propósitos do paradigma da atenção à saúde, tendo os cuidados primários de saúde como “método e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade”. Com o lema “Saúde para todos no ano 2000” (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978, p. 01). Propunha a mudança do método curativo pelo preventivo e a descentralização da saúde visando abranger um maior índice populacional, facilitando o acesso das pessoas à saúde e a cobertura das ações.

Na década de 50 havia diferenças estruturais muito grandes entre os países desenvolvidos e os subdesenvolvidos, tornando-se empecilho para o crescimento e desenvolvimento dos países menos favorecidos. Para a Organização Mundial de saúde, esta disparidade estava relacionada às políticas sociais, culturais e ambientais, associado à difícil comunicação. Recursos escassos, grandes distâncias, a pobreza de modo geral, comunitária ou individual gerando e reagindo de maneira a manter os países em desenvolvimento em um “círculo de pobreza” (UNICEF, OMS 1979, p.13).

Junta a essas diferenças sociais entre os países desenvolvidos e os subdesenvolvidos estava outro fator predominante: a atenção em saúde era estabelecida com um cunho curativo. O crescente desenvolvimento tecnológico advindo do pós-guerra fez elevar os custos com saúde, tornando praticamente inviável para as classes menos favorecidas os cuidados de saúde. Segundo a OMS, as campanhas para controle de agravos e endemias só teriam um resultado mais consistente com o acompanhamento através de serviços permanentes de prevenção, promoção e recuperação à saúde. Na Assembleia de Saúde de 1953 a OMS já demonstrava seu posicionamento através de declaração que afirmava sua ajuda técnica para o desenvolvimento econômico na saúde, visando a consolidação dos serviços básicos de saúde. Segundo Richter citado por Ribeiro (2007, p.04),

⁴⁶ PAIM, J. S. **As ações integradas de Saúde (AIS):** porque não dois passos atrás. III Congresso Médico-Social da Bahia na FMUFB, 18-22 de Nov.1985.

Os princípios estratégicos da Atenção Primária de Saúde divulgadas pela OMS tinha como referencia os países do terceiro mundo, na década de 1960, e principalmente na década de 70, voltadas para atender a população carente que não tinha acesso a nenhuma forma de cuidados médicos. Muitas dessas experiências bem sucedidas foram divulgadas, em 1966, no livro “Medical care in Developing Countries”, de Maurice King, tornando-se a “bíblia” da atenção primaria. Em 1968 foi fundada a Comissão Médica Cristã do Conselho Mundial das Igrejas que teve papel importante na disseminação dos princípios da atenção primaria de saúde através de seus “Cadernos Contact”, além de cooperar e divulgar a proposta da Atenção primaria de saúde a diversos Ministérios de Saúde e a OMS.

A declaração de Alma Ata foi o marco fundamental para a introdução da atenção primária de Saúde no mundo. O seu lema “Saúde para todos até o ano 2000” fomentou a mudança dos sistemas de saúde brasileiro predominantemente curativo e excludente para a estrutura mais direcionada á visão sanitaria, dando prioridade à atenção básica. No entanto, esta mudança aconteceu de forma lenta e gradual.

2.1 As redes básicas de saúde: um resgate histórico

Segundo Campos (2006), em 1916 foram criados os primeiros estabelecimentos de saúde voltados à prestação de saúde pública. Cabe esclarecer que antes deste período havia Delegacias de Saúde, que ficavam nos bairros centrais das principais cidades e eram responsáveis pelo apoio logístico e funcionamento das equipes. Sua função principal era a coordenação dos trabalhos dos profissionais em vários setores, como a inspeção sanitária de habitações e estabelecimentos, campanhas de vacinação, controle de alimentos, suportes laboratoriais e etc.

Em 1916, o governo Brasileiro criou os primeiros postos de profilaxia rural na periferia da cidade do Rio de Janeiro, visando o combate à doença de Chagas, Ancilostomose, malária. Em 1918 já havia se expandido por todo o país, com a criação dos Serviços de Profilaxia Geral. Este evento teve o apoio da Fundação Rockefeller. Foi contratado um corpo técnico, com médicos sanitaristas, enfermeiras visitadoras, um recurso indispensável para a nova política.

Com a experiência dos postos de Saneamento e Profilaxia, foram criados em 1925 os Centros de Saúde, unidades de atendimentos mais complexos que tinham em suas instalações serviços internos como administração, registro, estatística e propaganda, assim como, pré-

natal; saúde da criança; tuberculose doenças venéreas; lepra; higiene da alimentação; saneamento e policia sanitária; higiene do trabalho; exames de saúde e laboratoriais. A ideia era manter a denominação de Centros para as áreas urbanas e manter os antigos Postos de Profilaxia, no entanto, mais modernizado e de acordo com o novo conceito. Esta forma de atuar no setor saúde não dava mais margem à visão repressora da polícia sanitária, mudando o foco da saúde pública para novas práticas de direcionamento: a prevenção e educação da população, buscando a promoção de uma nova consciência sanitária⁴⁷.

Segundo Campos (2006), as unidades de saúde tinham uma nova metodologia de trabalho. Dividindo em distritos sanitários os municípios para facilitar a educação sanitária das famílias, através de visitas domiciliares, buscava traçar o perfil epidemiológico de cada região e com base nos dados obtidos, utilizar técnicas de profilaxias e prevenção para orientar as famílias.

Outra teoria que emergiu com esta concepção, é defendida pelos sanitaristas, como Educação Sanitária. Para eles, a única maneira de superar as mazelas sanitárias do país seria a educação em saúde, gerando uma nova consciência nos cidadãos, pois não era só a pobreza e as péssimas condições de vida que interferiam na saúde e na incidência de doenças infeto contagiosas, mas principalmente a ignorância da população. Sendo assim, seria de fundamental importância a orientação de hábitos de higiene⁴⁸.

Na década de 50 a 70 houve um freio do crescimento da rede. Pressupomos que este evento tenha acontecido pela expansão da medicina previdenciária, a construção de hospitais e ambulatórios dos institutos previdenciários e de pensões, crescendo o complexo médico industrial (Campos, 2006). Já conforme afirma o Ministério da Saúde (2006a), na década de 80, com as lutas pela redemocratização do país, houve novamente um crescimento das redes dos Centros de Saúde. Outro fator preponderante foram os preceitos da declaração de Alma Ata (CHOMATAS, 2008). As redes dos centros de saúde durante sete décadas atuaram e foram indispensáveis para a implantação da atenção primária à saúde no Brasil (Ribeiro, 2007).

O período pelo qual o sistema de saúde passou até a década de 70 e 80 de altos custos, exclusão e pouca eficácia das redes previdenciárias e por outro lado a saúde dos excluídos representado pela saúde pública, não se efetivava em benefícios para a população, pois não conseguia contemplar as necessidades sanitárias do país. A partir deste período

⁴⁷ CAMPOS, C. E. A. **A organização dos serviços de atenção primária a saúde**. Rev Bras Med Fam e Com, Rio de Janeiro, v.2, nº6, p.131-147, jul/set 2006. p.131-134

⁴⁸Ibid, 2006, p. 134

pode-se observar o aumento das mobilizações Sociais e a busca por novos paradigmas no sistema de saúde, além do fortalecimento do Movimento da Reforma Sanitária (Campos, 2006). Na saúde pública partir da década de 70, várias iniciativas foram criadas para ampliação das práticas e consolidação dos centros de saúde, que tinha a sua atuação tradicionalmente voltada para população carente; esses são alguns projetos utilizados, segundo Conill (2008, p.10-11)

O projeto de saúde comunitária Murialdo da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, com residência multiprofissional e que funcionou como pólo aglutinador para outros projetos semelhantes realizados em Vitoria de Santo Antônio, Rio de Janeiro, Teresina, São Luiz, Cotia, Sete Lagoas, Pelotas e Joinville, com a criação da Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária (SBMGC); experiência comunitária como a de Montes Claro.

Outros municípios também formularam experiência nesta área no final dos anos 70, como Londrina, Campinas, Lages, Niterói dentre outros. Esses projetos visavam a ampliação das práticas da atenção básica de saúde e foram indispensáveis para a nova formulação da APS, da experiência de Montes Claro nasceu o projeto PIASS 1976^{49 50}.

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), foi implementado na região nordeste do país e no norte de Minas Gerais, utilizando a atenção primária como determinante norteador das ações de saúde. Nasceu com a perspectiva de criar uma infraestrutura que abrangesse de forma rápida as ações coletivas. Em suas ações de saúde empregava uma tecnologia simplificada, aliada ao uso de agentes de saúde moradores das comunidades. A princípio, tinha um caráter seletivo direcionado às populações carentes. Mais tarde a sua expansão para o território nacional foi cogitado⁵¹.

Creemos que este projeto foi um salto para a implantação da atenção primária no país, observando o seu tipo de tecnologia simples, abrangendo uma maior extensão; pressupomos

⁴⁹ CONILL, E. M. Ensaio histórico conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 sup, 1:s7-s27, 2008. p.11

⁵⁰ FERREIRA, Vitoria Solange Coelho. **Micropolítica do Processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS): território de produção de cuidado e subjetividade**. Rio de Janeiro, 2008. 313p. Tese (Doutorado em Medicina (Clínica Médica- Micropolítica do trabalho e cuidado em Saúde)). Pós-graduação em Clínica Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro. p. 19

⁵¹ SILVA, Thais Larcerda. **Contribuição ao processo da capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para o desenvolvimento da saúde do trabalhador**. Rio de Janeiro, 2009, 146 p. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. p.27.

que foi a guinada inicial para fortalecer o princípio da descentralização, fortalecendo os municípios em suas ações de atenção a saúde⁵².

O projeto PIASS abriu a porta para novas políticas condizentes com a atenção primária de saúde. Foi assim que o governo criou em 1980 o Programa Nacional de Serviços Básicos em Saúde (Prev-Saúde) em consonância com a Declaração de Alma Ata que não chegou a ser implementado, pois, como já relatamos, seu conceito era muito inovador. No entanto, influenciou a criação, em 1981 do Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), da AIS de 1982-1985, do SUDS em 1985-1987 e em 1988 foi criado o SUS que já foram descritos anteriormente⁵³.

O programa de agente comunitário de saúde foi criado em 1991 pelo Ministério da saúde fundamentado nos preceitos da conferência de Alma Ata e se expandiu em todo território nacional com um bom desempenho atendendo a comunidade com dignidade. Criado em 1994, o Programa de Saúde da Família é inovado e abalizado na atenção primária, conseguindo dá atenção em saúde à população como já foi abordado anteriormente. A atenção básica está fundamentada nas diretrizes e nos princípios do SUS, além de se orientar pelos princípios da acessibilidade, humanização, vínculo, continuidade do cuidado (logitudinalidade)⁵⁴, responsabilidade, participação social e coordenação do cuidado⁵⁵.

2.2 As portarias nº 648/GM e nº 2 488/GM em busca de melhorias na Atenção Básica.

Devido ao avanço da Atenção Básica, observou-se a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais à expansão do PSF, que se consolidou como estratégia prioritária para a ABS. Considerando a transformação do PSF em Estratégia de Saúde da Família pelo seu alto índice de adesão no país, notou-se a necessidade de novas normas direcionadas pelas várias experiência nos estados e municípios onde o PSF foram implantados. Levando em conta as diretrizes do pacto pela vida em defesa do SUS e da gestão, para que se cosolide os preceitos do SUS, inclusive a desfragmentação dos recursos financeiros da Atenção Básica, e

⁵² http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf

⁵³ TANIA, M. C; BRITO, M. A. S. C; SOUZA, M. V. O Processo Educativo dos Agentes Comunitário de Saúde Santana, n 33, p.85-99, jul./dez. 2005. p.88.

⁵⁴ Possibilitar a atenção longa e duradoura entre o usuário e a equipe de saúde independente do acometimento de doenças ou não.

⁵⁵ Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 16

levando em conta a reunião da comissão intergestores tripartite de 23 de março de 2006⁵⁶, foi normatizada a portaria nº648/Gm de 26 de março de 2006 que, segundo Ministério da Saúde (2006b), 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 e o programa Agentes Comunitário de Saúde.

Esta portaria foi um avanço para o desenvolvimento da política da ABS, da ESF e dos ACS. Suas diretrizes contribuíram para a efetiva eficiência da ABS, com a expansão da ESF, o aperfeiçoamento da ABS torna-se necessária uma nova normatização, a portaria nº 2488 de 11 de outubro de 2011 segundo o ministério da Saúde (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). Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes dos Anexos a esta Portaria. Parágrafo único. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS) publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas desta Política. Art. 2º Definir que os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho: I -10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família; II - 10.301.1214.8577 - Piso de Atenção Básica Fixo; III - 10.301.1214.8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde; IV- 10.301.1214.8730.0001 - Atenção à Saúde Bucal; e V - 10.301.1214.12L5.0001 -Construção de Unidades Básicas de Saúde - UBS. Art. 3º Permanecem em vigor as normas expedidas por este Ministério com amparo na Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, desde que não conflitem com as disposições constantes desta Portaria

Esta portaria cria disposições referentes à atual necessidade da ABS, no entanto ainda permanecem disposições referentes à PNAB de 2006. Neste trabalho utilizamos as duas portarias segundo as suas disposições em vigor.

2.3 As funções e responsabilidades de cada esfera de governo

Para que uma política de governo consiga ser implantada, é necessário uma regulamentação e definições bem delineadas sobre as categorias, as responsabilidades, funções, diretrizes, por isto a Atenção Básica tem a suas funções bem delineadas através de

⁵⁶ Portaria nº648/GM de 28 de março de 2006.

portarias como a portaria nº648/GM de 26 de março de 2006 que regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica.

Para que a atenção básica se efetive de maneira satisfatória, cada esfera de governo tem a sua função e responsabilidade expressada em portarias, a mais atual é nº 2.488 de 11 de outubro de 2011 ela aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, para Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). Este documento regulamentador define o compromisso de cada esfera de governo. É de responsabilidade e função do Ministério da Saúde. Segundo Ministério da Saúde (2012)

Definir e rever periodicamente, de forma pactuada na comissão intergestores tripartite, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica; garantir financiamento federal para a Atenção Básica; prestar apoio institucional aos gestores dos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica; definir de forma tripartite, estratégias de articulações de gestões estaduais e municipais do SUS com vistas a institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica; estabelecer de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, de formação e educação permanente dos gestores e profissional da Atenção Básica; articular com o Ministério da Educação estratégias de indução as mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde visando á formação de profissionais e gestores com perfil adequado á Atenção Básica e apoiar as articulações, em parceria com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente para os profissionais de saúde da Atenção Básica.

Estas funções e responsabilidades demonstram as intenções do Ministério da Saúde em garantir a manutenção da Atenção Básica com vistas ao seu crescimento e efetivação com eficiência, e para tanto evidencia uma preocupação com a educação permanente dos profissionais que compõem seu quadro de recursos humanos, bem como o cuidado de garantir uma estruturação juntamente com o Ministério da Educação, que viabilize a formação de profissionais e gestores com perfil voltado para a Atenção Básica. O Ministério da Saúde é o responsável pelo financiamento dos recursos federais que garantem a execução da Atenção Básica. Já as responsabilidades e funções das Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal compete, segundo Ministério da Saúde (2012),

Pactua, com a comissão intergestora bipartite, estratégia, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, de forma complementar ás estratégias, diretrizes e normas existentes, desde que não haja restrições destas e que sejam respeitados as diretrizes e os princípios gerais

regulamentados nesta Portaria; destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica prevendo, entre outras, formas de repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços; ser co-responsável, pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da Atenção Básica transferidos aos municípios; submeter à CIB, para resolução acerca das irregularidades constatadas na execução dos recursos do Bloco de Atenção Básica, conforme regulamentação nacional visando: a) aprazamento para o gestor municipal corrija as irregularidades; b) comunicação ao Ministério da Saúde; c) bloqueio do repasse de recursos ou demais providências, conforme regulamentação nacional, consideradas necessárias e devidamente oficializadas pela CIB; analisar os dados de interesse estadual, gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos; verificar a qualidade e a consistência dos dados enviados pelos municípios por meio dos sistemas informatizados, retornando informações aos gestores municipais; consolidar, analisar e transferir para o Ministério da Saúde os arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios de acordo com os fluxos e prazos estabelecidos para cada sistema;

É da competência dos Estados e do Distrito Federal consolidar analisar as informações da Atenção Básica colhidas pelos municípios e enviar periodicamente para o Ministério da Saúde, bem como identificar irregularidades na execução da política, dar prazos para os gestores corrigi-las, comunicar ao Ministério da Saúde e se necessário bloquear o repasse dos recursos, analisar os dados de instância do Estado para a partir daí fazer o planejamento e divulgação dos índices alcançados. Ainda são responsabilidades e funções das Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal, segundo Ministério da Saúde (2012)

Prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família; definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica; disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção à saúde; articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família; e promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Básica.

O Estado incentiva a consolidação implantação da estratégia Saúde da Família, acompanhado o seu desenvolvimento, desta maneira da subsidio institucional aos municípios para o aperfeiçoamento da Atenção Básica, com isso podemos observar que o Estado é um dos responsáveis pela investigação, avaliação, qualificação da Atenção Básica nos municípios, aqui também pode se verificar a importância dada a qualificação dos profissionais

que trabalham para a efetivação da Atenção Básica⁵⁷. As secretarias Estaduais de Saúde com esta portaria têm subsídio para avaliar as intervenções em saúde mais necessárias para sua região, desta maneira a Atenção Básica busca a eficácia dos atendimentos prestados, pois os Estados conhecem as condições de saúde dos municípios e podem investir nas estratégias necessárias, sem com tanto divergir da Política Nacional de Atenção Básica, suas normas e estatutos. As Secretarias Municipais de Saúde também tem suas funções e responsabilidades normatizadas através de portaria e a elas compete, segundo Ministério da Saúde (2012)

Pactuar junto a comissão intergestores bipartite, através do COSEMS, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, mantidos as diretrizes e os princípios gerais regulamentados nesta portaria; destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica; ser corresponsável, junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios; inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como estratégia prioritária de organização da atenção básica; organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União; prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção básica e da ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família; definir estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica; desenvolver ações e articular instituições para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família; selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente;

É do município a responsabilidade de implantar a estratégia da saúde da família como meio prioritário de implementação da Atenção Básica, no seu território, estruturar, por em prática e gerenciar a atenção básica de modo a garantir a universalidade das ações em todas as unidades. É também do município a responsabilidade de apoiar as diretrizes da Atenção Básica de maneira a garantir a sua consolidação, inclusive disponibilizado condições para as equipes de saúde participar de cursos que garantam a educação permanente. Pressupomos ser este um dos requisitos de maior importância para efetivação de uma atenção

⁵⁷ BRASIL. Portaria nº 2.488 de 21 outubro de 2011. Aprova a política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão das diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o programa de Agentes Comunitário da Saúde (PACS). **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, 27, de janeiro de 2012

básica de qualidade, função e responsabilidade que compete à Secretaria Municipal de Saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2012),

Garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com o apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde; garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas; programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial e de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local; Alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utiliza-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos; organizar o fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde dos usuários; manter atualizado o cadastro no sistema de Cadastro Nacional vigente, dos profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão; e assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõe as equipes de Atenção Básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no SCNES e a modalidade de atenção.

O município, juntamente com sua secretaria de saúde, são os principais geradores de dados que alimentam o sistema de informação da Atenção Básica. Cabe ao município gerenciar a atenção Básica no seu território e isto favorece um atendimento direcionado às necessidades de cada microárea, no entanto é necessário que não ocorra divergência da atual política, por estar na ponta o município tem maior controle sobre os serviços prestados, isto nos leva a crer que tem maior facilidade em precisar os serviços que são mais necessários em seu território.

Com a descentralização da Saúde, abre-se um leque de possibilidades para a Atenção Básica, pois como podemos perceber cada esfera de governo tem suas especificidades, facilitando a efetivação e eficácia deste modelo de atenção à saúde. A delimitação das responsabilidades e funções favorece também o curso que direciona a eficiência desta política.

A infraestrutura da Atenção Básica é indispensável para ações nos municípios e Distrito Federal e deve seguir o manual de Infraestrutura do Departamento de Atenção Básica, SAS/MS para a construção das Unidades Básicas de Saúde, que devem estar cadastradas nos sistemas de Cadastro Nacional, conforme norma vigente. Cabe resaltar que as unidades devem estar estruturadas com consultório médico/enfermagem, consultório odontológico e consultório com sanitário, sala multiprofissional de acolhimento direcionada a demanda

espontânea, sala de administração e gerência, um sala para os profissionais de Atenção Básica destinada a atividades coletivas, áreas de recreações, sala de procedimento, sala de vacina, local para arquivos e registros, sala de inalação coletiva, sala de curativo, sala de observação área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos quando há dispensação de medicamento na USB. A infraestrutura das USB fluviais não será exposta neste trabalho⁵⁸.

A estrutura das UBS sem Saúde da Família nos grandes centros urbanos funciona para no Máximo 18 mil habitantes, já as USB com a estratégia Saúde da Família comporta no Máximo 12 mil habitantes. Entendemos serem esses parâmetros uma maneira de viabilizar os princípios e diretrizes da Atenção Básica⁵⁹.

2.4 Estratégia Saúde da Família a reorganização da atenção básica no país

O governo viu na ESF um meio de reorganizar a atenção básica da saúde no Brasil. Esta reestruturação tem o PACS intrínseco e é guiada pelos preceitos do SUS e os princípios da atenção básica. Para tanto, ela tem em seus princípios gerais, segundo o Ministério da Saúde (2006b),

Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam; atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde doença da população; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e ser um espaço de construção de cidadania.

A infraestrutura para implantação das unidades de Saúde da Família exige a existência de uma USB inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde que possuam no mínimo,

⁵⁸ BRASIL. Portaria nº 2.488 de 21 outubro de 2011. Aprova a política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão das diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o programa de Agentes Comunitário da Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 27, de janeiro de 2012.

⁵⁹ Ibid, 2012.

Consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência; área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade; equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde; garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Esta estrutura física garante a implantação das equipes de Saúde da Família, acrescentando ainda consultório odontológico para equipe de saúde bucal⁶⁰. Seu financiamento é através do Piso de Atenção Básica- Variável. Ainda é item necessário específico das ESF a cobertura de 100% da comunidade pelo número de ACS, sendo que a responsabilidade de cada ACS é de no Máximo 750 pessoas e de 12 ACS por equipe, estas devem atender de 3000 a no Máximo 4000 pessoas utilizando o critério de equidade, e o número de pessoas para cada equipe devere esta de acordo com o grau de vulnerabilidade das famílias do território adscrito.⁶¹

Como já fora citado anteriormente neste trabalho, para a implementação das estratégias Saúde da Família é indispensável uma equipe multiprofissional com recursos humanos, estruturada de um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, uma enfermeira generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo se acrescentar a esta grupo uma equipe de saúde bucal contando de um medico cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e ou técnico de saúde bucal todos com carga horária de 40 horas semanas com exceção do médico que tem carga horária específica, que pode ser de 40hs, 30hs, ou 20hs.

Cada membro da equipe tem suas funções bem delimitadas, no entanto se necessário podem se unir para realizarem trabalhos coletivos. São funções comuns a toda equipe de saúde da família

⁶⁰ Portaria nº648/GM de 28 de marco de 2006.

⁶¹ BRASIL. Portaria nº 2.488 de 21 outubro de 2011. Aprova a política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão das diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o programa de Agentes Comunitário da Saúde (PACS). **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, 27, de janeiro de 2012.

Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário; realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde; realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local; realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde; participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis; promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social; identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS; garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica; participar das atividades de educação permanente; e realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Este vínculo que se forma através das ações desenvolvidas pela equipe favorece a longitudinalidade do atendimento, garantido também o entrosamento entre comunidade e equipe e possibilitando o reconhecimento das necessidades das famílias, da comunidade e os seus agravos. Pressupomos que estes fatores viabilizam um maior índice de resolutividade.

2.5 A Atenção Básica no Município de São Felix

O município de São Felix possui uma população de 14.098 habitantes⁶² e está situado na região do recôncavo baiano. Segundo dados da SIAB, em 2002 possuía 6 Equipes de Saúde da Família com cobertura de 99,99% da população e 35 agentes comunitários da saúde com cobertura de 99,99%. Os dados constantes de março de 2012 referem à mesma

⁶² Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/portalsaude/area/319/gestao-da-saude-publica.html>

quantidade de PSF, porém com cobertura de 100%; já com relação aos ACS, existem 38 com cobertura 100% da população⁶³, sendo 20 ACS na zona urbana e 18 na zona rural.

Os dados referentes aos estabelecimentos de saúde constante no SIAB mostra ainda a existência de 01 unidade hospitalar, 01 Centro Especializado Odontológico - CEO. O município ainda atende a população com 01 SAMU, Serviço de atendimento móvel de Urgência, 01 Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF e 01 Núcleo de Assistência Psicossocial – NUAPS. Estes três serviços não constam nos dados do SIAB.

O NUAPS foi criado como uma maneira do município disponibilizar o atendimento para a demanda existente e não consta no SIAB, pois segundo a portaria/GM nº336 de 19 de fevereiro de 2002 no art. 41 para o município ter direito ao credenciamento para o CAPS I, que é o mais simples, é necessária uma população entre 20.000 a 70.000 habitantes⁶⁴ e a população de São Felix não comporta este índice. Observa-se a disposição do município em criar meio para atender a sua população, garantindo uma melhor qualidade de vida.

⁶³ Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/portalsaude/area/319/gestao-da-saude-publica.html>

⁶⁴ <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivospdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>

3 CAPÍTULO - TRAJETÓRIA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UM PROFISSIONAL DIFERENCIADO

Neste capítulo irei tratar da trajetória dos ACS desde a sua gênese até os dias atuais, como participou junto ao ESF na reorganização da atenção básica, assim como suas diretrizes e atribuições importantes para a efetivação da ABS, que é notório principalmente por serem os dados provenientes do trabalho deste profissional que alimenta o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. Neste ínterim ainda iremos discutir o papel do ACS e na divisão social do trabalho.

A visita domiciliar é um dos mais importantes instrumentais de trabalho dos ACS. É através dela que ele estreita o vínculo e os laços de confiança com as famílias; o ato de entrar na casa não só identifica que adentra no ambiente físico, mas também em tudo o que esse espaço representa, como sua cultura, seus meios de sobrevivência, suas crenças. Neste momento, o ACS tem oportunidade de desempenhar suas atividades através de ações que promovam prevenção, promoção, controle, recuperação e cura a saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p.46).

Várias estratégias relacionadas a visitas domiciliares já foram utilizadas no mundo em diversas políticas de saúde. Os agentes de saúde da África, os Feldshers da Rússia, agentes comunitários de saúde do Sudão, auxiliar médico da Tanzânia, os promotores rurais do Haiti, promotores voluntários de saúde do Peru, os auxiliares de saúde comunitário da Jamaica, os agentes comunitários de saúde da Bolívia, os agentes locais de saúde das Filipinas, os funcionários de saúde pública da Índia, os voluntários para saúde no Nepal, os auxiliares de enfermeira da Venezuela, cada um com sua especificidade, mas sempre voltados ao trabalho com a família e visita domiciliares, utilizando preferencialmente pessoas da própria comunidade⁶⁵. Dentre estes podemos destacar a experiência pioneira na China com os médicos de pés descalços. Eles são agentes de saúde retirados dos campos de lavoura de arroz, treinados e orientados para tratar de doenças mais comuns da população rural que se ausentavam das lavouras por um período para prestar os serviços de saúde. Isto os fez ficarem designados e conhecidos como médicos de pés descalços⁶⁶.

⁶⁵ SANTOS, Maria Ruth dos. **Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde da Região de Juiz de Fora**, 2006, p. 08 a 29.

⁶⁶ Ver análise mais aprofundada desse processo em MIYASAKA, Lincoln Sakiara. **Minha visão da prática médica na China**. Diagn Tratamento, 2011; 16 (1) p.42.<<http://files.bvs.ler/upload/s/1413-9979/2011/v16n1/a1868pdf>>.

Muitos países após a declaração da Alma-Ata em 1978 viram na perspectiva da criação de agentes comunitários de saúde a mobilização necessária para a viabilidade do modelo sanitário como resposta às necessidades da população⁶⁷.

O programa de agentes comunitários de saúde teve início no Brasil no ano de 1988⁶⁸. Quando, no governo de Tasso Jereissati, o Estado do Ceará foi acometido de uma grande seca foram convocados 200 mil trabalhadores, uma frente de trabalho comum nestas emergências. Dentre estes foram contratadas 6 mil mulheres que atuariam como agentes de saúde. Segundo a UNICEF, o estado padecia de altos índices de morbidade e mortalidade entre a população, existiam três fatores protuberantes: o difícil acesso a serviços de saúde; a pouca informação sobre como buscar os serviços de saúde e as formas mais eficazes para a própria população se proteger e limitações para propagação de informações pelos profissionais de saúde⁶⁹.

Estas mulheres foram selecionadas por um comitê formado por trabalhadores, representantes da igreja, representantes do estado e do município, tendo como características principais para contratação: ser membro de comunidades pobres; e ser conhecida e respeitada pela comunidade onde mora. O Ceará já expressava o desejo de contratar agentes de saúde no seu plano de governo desde 1987 e aquela conjuntura da emergência da seca favoreceu a operacionalização, como declarou o ex-secretário de saúde do referido estado, Dr Carlyle Lavor;

[...] surgiu uma seca no Ceará e houve a necessidade de empregar as pessoas que estavam sem emprego e passando fome. Então sugerimos a ideia de empregar mulheres. Sempre nas emergências se empregam os homens, mas há muitas mulheres que não tem marido, que são as donas da casa. Então sugerimos empregar 6 mil mulheres, que era o cálculo que agente tinha feito de agentes de saúde para o estado. Foram selecionadas 6 mil mulheres dentre aquelas mais pobres do estado, que era escolhidas por um comitê formado por trabalhadores, igreja, representantes do estado e município. A gente definiu coisas muito simples e que eram muito importantes para a saúde, como conseguir vacinar todos os meninos, achar todas as gestantes e levar para o médico, treinamos 6 mil mulheres sem nenhuma qualificação profissional. E o mais importante é que fossem pessoas que a comunidade reconhecia, mulheres que merecessem o respeito da comunidade. Assim foi o início do trabalho. Cessou o programa de emergência de atendimento á seca que tinha 200 mil trabalhadores. Mas essas mulheres da saúde foram as únicas que continuaram a trabalhar, porque o sucesso foi grande demais. (apud NOGUEIRA, SILVA & RAMOS, 2000, p.04).

⁶⁷ SANTOS, Maria Ruth dos. **Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde da Região de Juiz de Fora**, 2006, p. 32.

⁶⁸ Ibid, 2006, p.45

⁶⁹ NOGUEIRA, Roberto Passos; SILVA, Frederico Barbosa ; RAMOS, Zuleide do Valle Oliveira. **A vinculação Institucional de um trabalhador Sui generis- O Agente Comunitário de Saúde**. Rio de Janeiro: IPEA, 2000, p.04

Os resultados positivos advindos da iniciativa do Ceará, como melhoria dos índices de saúde da população, fomentou no Ministério da saúde a criação de uma nova estratégia, o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tendo como meta reduzir a mortalidade infantil e materna na região norte e nordeste, com extensa cobertura das áreas mais pobres e necessitadas⁷⁰. Em 1991, com a ameaça da epidemia da cólera, acontece um convênio entre a Fundação Nacional de Saúde e as Secretaria de Estado de Saúde para a efetivação do programa de Agente comunitário de Saúde, formando equipes constando de uma enfermeira para 30 agentes. Esta estratégia foi imprescindível no combate à cólera, com indicadores sensivelmente favoráveis na região nordeste. A este respeito, Martins & Chaves (2007, p.427) afirmam que a

Equipe constituída na proporção de um enfermeiro instrutor supervisor para 30 ACS, lotados em uma unidade de Saúde entendido como uma estratégia transitória para o PSF, implantação que ocorreu, inicialmente na Região Nordeste frente a epidemia da cólera, com impacto significativo nos indicadores, quando comparados aos de regiões não cobertas pelo Programa.

O Ministério da Saúde observou na experiência do Ceará um grande potencial com a descoberta da importância dos Agentes nos serviços básicos de saúde nos municípios, percebendo e enfocando a família como unidade de ação de saúde. Sendo assim, não mais se focalizava o indivíduo doente. Entre os dias 27 e 28 de dezembro de 1993 em Brasília aconteceu uma reunião com a temática “Saúde da Família”, na qual o até então Ministro de Saúde Henrique Santillo, com o apoio da UNICEF, propõem e discute a experiência do PACS no Ceará relacionado a inclusão de enfermeiros na supervisão dos trabalhos, pontuando o melhor êxito nesta relação hierárquica. Surgia o primeiro passo para a inclusão de outros profissionais e uma proposta de formulação de equipes do programa de saúde da família (PSF)⁷¹.

O Programa de agente comunitário de Saúde visa capacitar a comunidade para ter autonomia e conhecimento para cuidar de sua saúde, bem como facilitar a participação da população na construção e consolidação do aparelho de saúde local, visando a ampliação do sistema. Segundo Ministério da Saúde (1991 apud FERREIRA 2008, p.47-48)

O PACS tem como objetivo geral melhorar, através dos agentes comunitários de saúde, a capacidade da população de cuidar de sua saúde,

⁷⁰ Ver Walisete de Almeida Godinho Rosa, Renata cure Labate, **Programa de Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência**, Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro 13(6): p.1030

⁷¹ Ibid, 2005, p. 1030

transmitindo-lhe informações e conhecimentos, e contribuir para construção e consolidação de sistemas locais de saúde, como também visava ampliar a cobertura do sistema de saúde às populações rurais e das periferias urbanas, priorizando o grupo materno infantil.

Pode-se observar que o PACS tem como prioridade a produção do cuidado em um território⁷² definido, visualizando as áreas de risco, com a intenção de selecionar áreas vulneráveis e condições de vida de cada família, com o objetivo de delinear ações que venham promover prevenção para controle de agravos, riscos e danos. O PACS está situado no âmbito das tecnologias leves, que preconizam o cuidado, o vínculo e o acolhimento para execução do seu trabalho.

São notórios os benefícios que o trabalho do ACS tem desenvolvido na saúde pública no Brasil, que podem ser observados na qualidade das ações de saúde junto às famílias que resultam, por exemplo, na redução do índice da mortalidade infantil, aumento da taxa de cobertura pré-natal, de vacina, de vigilância à saúde das mães, crianças adolescentes, adultos e idosos⁷³. Pra exercer as suas atividades, os agentes são submetidos a uma capacitação que acontece no dia a dia, definida conforme as necessidades existentes, de modo que

A capacitação dos ACSs ocorre no próprio município: trata-se de um processo gradual e permanente que vai se renovando, á medida que o trabalho vai sendo desenvolvido no dia a dia. O responsável pela capacitação é um enfermeiro, que atua como instrutor/supervisor e que, além de treinar os agentes, também acompanha sua atuação e reorienta as ações, de acordo com as necessidades identificadas. Toda a equipe de profissionais de saúde da unidade básica de saúde á qual o ACS está vinculado também participa do processo de capacitação (Ministério da Saúde, 2002b, p. 17).

Além deste tipo de capacitação, em 2004 foi institucionalizado o curso técnico para ACS. Isto reflete a importância e a relevância deste ator social para o contexto de mudança de condutas referentes à saúde, cidadania e a inevitável necessidade de uma formação que desse conta de um arcabouço teórico indispensável para atuação do ACS. Foi criado o curso conforme previsto no artigo 10 da resolução CNE nº 04/99⁷⁴.

⁷² Para a saúde o território não é apenas um espaço geográfico delimitado mas é também o local onde os indivíduos residem, trabalham cultivam suas crenças e cultura bem como estabelecem suas relações sociais, a territorialização é a base do trabalho das ESF para a efetivação da vigilância em saúde. MINISTERIO DA SAÚDE, 2008, p 11.

⁷³ BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Modalidade de contratação de Agentes Comunitários de Saúde:** um pacto tripartiti. Secretaria de Política de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p.05http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contratacao_agentes.pdf.

⁷⁴ Saber mais BRASIL, Ministério da Educação, **Referências curriculares para o curso técnico de Agentes Comunitário de saúde:** área profissional de saúde. Brasília, 2004.

A princípio, o grau de escolaridade não era fator indispensável para ser agente comunitário de saúde, sendo suficiente saber ler e escrever, ter no mínimo 18 anos, morar há pelo menos dois anos na comunidade⁷⁵ e ter disponibilidade de tempo integral para exercer as suas atividades. A contratação do agente comunitário de saúde encontra-se em duas modalidades de vínculo, trabalhando em um centro de saúde comum ou junto a uma equipe de Programa de Saúde da Família (Ministério da Saúde, 2000, p.02).

Hoje o ofício já é reconhecido como profissão, mas, para exercer é necessário além dos requisitos descritos acima, residir na área de atuação para início e continuidade do exercício da profissão⁷⁶, ter concluído o curso de qualificação básica e o ensino fundamental, e prestar concurso público⁷⁷. Pressupomos que o aumento do grau de escolaridade acrescentou ao ACS um nível de conhecimento, apreensão da realidade e compreensão dos processos de prevenção, promoção e proteção à saúde, bem como dos princípios de cidadania, entre outros componentes inerentes ao exercício profissional, possibilitando melhor qualidade nos serviços prestados⁷⁸.

No que diz respeito à mudança do item referente à moradia do ACS, a portaria nº1886/1997 dispõe sobre a necessidade de residir há pelo menos 2 anos na comunidade e a lei 10.507/2002 refere apenas morar no momento do exercício da profissão. Acreditamos que a profissão perdeu muito, pois um membro já consolidado na comunidade certamente terá maior facilidade de interagir e flexibilidade de transitar na comunidade pelos vínculos já existentes. O concurso público, em parte, vem resolver o problema da precarização do trabalho referente à forma de contratação e direitos trabalhistas.

O ACS tem o exercício da profissão exclusivo no âmbito do SUS e é considerado um profissional *sui generis* incomum. Fazer parte de uma comunidade e trabalhar para ela e por ela favorece o seu conhecimento do cotidiano da vida e da singularidade da sua comunidade, o que possibilita boas intervenções relacionadas à prevenção, promoção e recuperação da saúde. Segundo Martines & Chaves (2007, p.427) “A lei 10.507 de 10/07/2002 sancionada por Fernando Henrique Cardoso, cria a profissão e o decreto nº 3.189 de 04/10/ 1999, fixa as diretrizes para o exercício das atividades”. Por fazer parte do ESF o seu custeio onera a atenção

⁷⁵ Portaria nº 1.886/1997.

⁷⁶ Saber mais em http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23176

⁷⁷ SANTOS, Maria Ruth dos. **Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde da Região de Juiz de Fora**, 2006, p. 01.

⁷⁸ SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Recursos Humanos. Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores de Saúde. **Curso Técnico da área de saúde: habilitação profissional de técnico de agente comunitário de saúde: modulo I: as praticas de saúde e o SUS- construindo alicerces para transforma: unidade IV: gestão para o cuidado integral em saúde: Brasília : Ministério da Saúde,2007.**

básica de saúde através do Piso de Atenção Básica variável e segundo a portaria nº459 de 15 de marco de 2012 fixa o valor do incentivo do custeio em R\$ 871, 00 por ACS⁷⁹.

3.1 Categoria trabalho e Agente comunitário de Saúde

Segundo Araujo (2008) O trabalho é concebido na lógica ontológico-marxista como elemento fundante do ser social, a categoria que estrutura as relações entre o homem e a natureza, transformado-a utilizando a teleologia, o que Marx chama de trabalho concreto. Na concepção marxiana, o trabalho é o nascedouro do processo de humanização do ser social, mas na sociedade capitalista ele é aviltado, desedificado, tornando-se estranhado e o que deveria ser o alvo do ser social da sua realização passa a ser pervertido, empobrecido. O trabalho torna-se meio de subsistência, a força de trabalho é vendida como uma mercadoria⁸⁰.

Os ACS não foge a regra e pois também fazem parte da divisão social do trabalho também vende o seu trabalho como uma mercadoria. Mas Marx afirma que o trabalho se constitui na transformação da natureza, e como seria esta transformação no trabalho referente a profissionais de saúde. O homem transforma a natureza utilizando instrumentos, ou seja, o homem usa um instrumento para transformar um objeto. Segundo Gonsalves, apud Peduzzi; Schraiber (2012, p.02), o processo de trabalho em saúde deve ser analisado em três componentes: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes. Creio que o trabalho do ACS tem como objeto o indivíduo e o grupo que necessita de informação para prevenção, promoção e recuperação à saúde, o instrumento é o conhecimento historicamente adquirido e através de cursos e capacitações, e os fins é a melhoria da qualidade de vida da população.

Segundo Costa, et al, (2009, p. 114), os ACS tornaram-se uma força de trabalho numerosa e indispensável para a implantação e realização das estratégias de ampliação e cobertura e reformulação da atenção à saúde no Brasil. O trabalho exercido pelos agentes muitas vezes ultrapassam a área da saúde, sabemos que eles desenvolvem atividades relacionadas à cidadania, às condições de vida da comunidade, às formas de organização da comunidade. Para tanto, a formação dos agentes deve considerar saberes que ultrapassem a área da saúde.

⁷⁹ <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/112523-459.html>.

⁸⁰ ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?:** ensaio sobre a metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 12.ed. São Paulo: Cortez, 2007. p.125-126

A forma de contratação dos ACS anteriormente era prestação de serviço municipal ou mediante convênios feitos com associações ou Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP. A verba designada para essa contratação, era transferida aos municípios pelo Ministério da Saúde como uma forma de incentivo⁸¹. Assim representavam um contingente de mais de 200 mil trabalhadores precarizados. Com a integração deste profissional ao programa de saúde da família com uma importância impar na atenção básica, a profissão passou a ter caráter permanente. Sendo assim, os municípios e estados tiveram necessidade constante destes profissionais; a partir de 2006, através da emenda constitucional 51/2006 que dispõem sobre a admissão dos agentes no serviço público, tornaram-se servidores estatutários fazendo parte do quadro de funcionários municipal.

O ACS é indispensável para ESF e conseqüentemente para a Atenção Básica de saúde, pois ele é a ligação entre comunidade e equipe multiprofissional. É por meio dos ACS que a comunidade é envolvida e participa do processo de saúde. Costa, et al (2009, p.114) afirma que “Trata-se, portanto de uma estratégia que envolve a comunidade, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde e coloca as equipes multiprofissionais mais perto dos domicílios, das famílias e das comunidades”.

3.2 Atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde e sua importância para a estruturação da atenção básica

Na década de 90 o Ministério da Saúde expande o programa do ACS para o SUS como já foi mencionado, mas faltava ainda definir o perfil ocupacional dos ACS. Sendo uma nova categoria de recursos humanos, seria necessário estabelecer atribuições pertinentes para sua atuação, sendo assim ficaram definidas as seguintes responsabilidades: cadastrar as famílias de sua microárea⁸²; fazer o levantamento sobre as condições da comunidade, levando em conta a saúde do local e o saneamento, sendo a equipe do programa a responsável pela construção deste diagnóstico; fazer o mapeamento da área, observando as áreas de risco; visitar pelo menos uma vez por mês as famílias, observando suas condições de saúde, dando mais atenção às gestantes e criança; promover reuniões com grupos específicos, reunião de

⁸¹ BRASIL(B), Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Modalidade de Contratação de Agentes Comunitário de Saúde: um pacto tripartite**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002 p.11. Disponível em: <http://lerisms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contratacao_agentes.pdf> Acesso em 20 de maio de 2012.

⁸² O espaço geográfico delimitado onde residem cerca de 400 a 750 pessoas e corresponde á área de atuação de um Agente Comunitário de Saúde. Ministério da Saúde (1998, p.06).

mães e outras atividades na comunidade, visando a participação da população para discussão do perfil de saúde da comunidade, plano de ações dentre outras decisões; formular ações que possam colaborar para melhoria da qualidade de vida da comunidade, fomenta o interesse da busca dos direitos de cidadania e para tanto utiliza-se da intersetorialidade (NOGUEIRA, SILVA & RAMOS, 2000, p.05)

As atribuições do ACS em 2006 são atualizadas, ficam definidas, no alto do exercício, as atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, levando em conta o seu campo de atuação⁸³.

A utilização de instrumentos para diagnóstico sócio-cultural da comunidade; a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (SILVA 2009, p.32-33).

Os ACS são profissionais indispensáveis para a Atenção Básica e suas atribuições são revistas e acrescidas segundo a necessidade de novos fatores que possam surgir. Para melhor desempenho da atenção básica, segundo Ministério da Saúde (2011), são essas atribuições dos ACS

Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; 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 1 (uma) visita/família/mês; 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; 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, como por exemplo, combate à Dengue, Malária, Leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao

⁸³ Saber mais, BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasil: Ministério da Saúde, 2006, p. 43-44

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. É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

Todos estes pressupostos atribuídos à profissão favorecem o conhecimento de sua área de abrangência, permitindo o desenvolvimento de planos de ação juntamente com a equipe de saúde, visando a promoção e a prevenção à saúde, além de auxiliar na detecção de fatores de risco, possibilitando uma intervenção com auto índice de resultado positivo⁸⁴.

Acreditamos serem estas atribuições indispensáveis para o bom desempenho do programa todos esses anos, o que contribuiu para o seu crescimento e amadurecimento, fortalecendo esta estratégia de atenção à saúde. Além destas atribuições, acrescentam-se ainda todas as contribuições inerentes de sua área de atuação ou que possam surgir⁸⁵. Segundo Gonçalves; Novais & Santos (2009, p.16)

Como se percebe, o papel desenvolvido pelo Agentes Comunitários de Saúde é de fundamental importância no processo de estruturação e reestruturação serviços básicos de saúde, visto serem estes os pilares dos programas de saúde voltados para a atenção básica, instituídos pelo governo, servindo de comunicadores e tradutores desses programas para a população, além de serem um elo de ligação entre os outros profissionais e a comunidade.

Os ACS são a porta de entrada da comunidade a Atenção Básica e da Atenção Básica à comunidade, portanto este elo faz dos ACS um importante instrumento para a efetivação desta política, pois são eles o primeiro contato da comunidade com a estrutura de saúde do país.

⁸⁴ CONILL, E. M. Ensaio histórico conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 sup, 1:s7-s27, 2008, p. 11.

⁸⁵ BRASIL. Portaria nº 2.488 de 21 outubro de 2011. Aprova a política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão das diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o programa de Agentes Comunitário da Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 27, de janeiro de 2012.

3.3 A dimensão do trabalho dos ACS expresso em sua rotina diária

No dia a dia na rotina do ACS ele coloca em prática essas atribuições descritas anteriormente, em particular através das visitas domiciliares, e entrevistas, pois é neste contato que o agente interage com a comunidade, e passa os seus saberes adquiridos na unidade de saúde através da educação em saúde que recebem continuamente dependendo das necessidades da comunidade⁸⁶.

Pressupomos que, por ser membro da comunidade, o agente tem facilidade de acesso às moradias e às pessoas, uma vez que se identificam com o ACS se reconhecendo nele por fazer parte do mesmo meio social, conhecer a cultura local, o que possibilita uma abertura para que o ACS possa colher informações, detectar problemas para futuras intervenções de saúde e orientar as famílias como agir em determinadas situações⁸⁷.

São ações mais rotineiras dos ACS as visitas domiciliares, que são realizadas pelo menos uma vez por mês a cada família ou quantas forem necessárias conforme a situação de saúde dos membros da família; cadastramento/ diagnóstico das famílias é realizado utilizando a ficha de cadastro do Sistema de Informação da Atenção Básica; mapeamento da área que deve ser revisto dia a dia para detectar áreas de risco e ou agravos; ações coletivas com a finalidade de mobilizar a comunidade através de reuniões e encontros com diversos grupos, incentivar as participações da comunidade nas discussões do diagnóstico, planejamento de ações e definir as prioridades e ações intersetoriais que vão além da área de saúde relacionadas a cidadania e direitos humanos e educação⁸⁸.

O SIAB, Sistema de informação da atenção básica, utiliza instrumentos para alimentar o seu sistema e atualizar os seus dados e o ACS é peça fundamental neste processo, pois é de sua responsabilidade preenchimento de alguns destes instrumentais. Segundo o Ministério da Saúde (1998, p.09) são esses os instrumentais:

Ficha de cadastramento das famílias ficha A, Ficha de acompanhamento de gestante ficha B GES, ficha de acompanhamento de pacientes com tuberculose B TUB, ficha B DIA de acompanhamento de paciente com

⁸⁶ BRASIL. Portaria nº 2.488 de 21 outubro de 2011. Aprova a política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão das diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o programa de Agentes Comunitário da Saúde (PACS). **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, 27, de janeiro de 2012

⁸⁷ BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, p.21.

⁸⁸ BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria Executiva. **Programa de agentes comunitário de saúde (PACS)** Brasília, 2001. P. 07

diabetes, ficha B HAN de acompanhamento de paciente com hanseníase, B HA acompanhamento de hipertensos, ficha C de acompanhamento de criança e a ficha D de registro de atividades, procedimentos e notificações.

O preenchimento da ficha A é realizado na primeira visita do ACS à família e nela consta informações referentes à identificação da família. Todos os membros devem ser cadastrados, assim como a condição de moradia da família, dentre outras informações que serão importantes para a equipe multiprofissional, que precisa estar a par da situação e condição de vida das famílias, no intuito de traçar um planejamento de intervenção para a área de abrangência e deve ser revista para possível correção em todas as visitas. As fichas B e C servem para o acompanhamento das prioridades e são atualizadas mensalmente, através das visitas domiciliares e cada novo caso encontrado deverá ser discutido com a instrutor/supervisor.

Na ficha B-GES é feito o acompanhamento mensal das gestantes, observando o seu estado de saúde. Os dados desta ficha devem ser discutidos com a instrutora/supervisora e, caso surja uma nova gestante na área, o ACS deverá programar o seu acompanhamento. A ficha C é o cartão espelho do “Cartão da Criança”⁸⁹ do Ministério da Saúde é feito o acompanhamento mensal. Na ficha B-DIA e B-HA só são cadastrados pelos ACS os casos com diagnóstico médico confirmados. A ficha D é um instrumental utilizado por todos os profissionais da equipe, e deve ser preenchida com todas as atividades e procedimentos realizados diariamente, além de constar notificações de possíveis doenças ou condições que gerem um acompanhamento. Esta ficha deverá ser entregue no final do mês (Ministério da Saúde, 1998, p.11).

Todos estes instrumentos são de fundamental importância para o desempenho e bom andamento do trabalho do ACS. Além deles, o profissional dispõe de um caderno para eventuais anotações que possam ser utilizadas para o planejamento das suas ações que devem ser sempre discutidas com o instrutor/supervisor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 67).

⁸⁹ Este cartão é utilizado nos vários serviços de saúde do município, nele consta o esquema de vacinação da criança dentre outros acompanhamentos. (SIAB, 1998).

4 CAPÍTULO - DADOS DA PESQUISA DE CAMPO

E imprescindível deixar claro a qual tipo de pesquisa este trabalho se propõe. Cabe ressaltar que, por haver poucos trabalhos referentes ao tema e a dificuldade de encontrar acervo, torna justificada a adesão à pesquisa exploratória. Segundo Gil (2007, p. 43),

Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.

A abordagem qualitativa responderá a questões particulares, preocupando-se com o nível da realidade que não pode ser quantificado, pois trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (FIGUEIREDO & SOUZA, 2010, p. 83). A abordagem quali-quantitativa, por admitir a integração dos métodos qualitativos e quantitativos, será a abordagem utilizada na pesquisa. Neste trabalho estão sendo utilizados revisão bibliográfica e o questionário como técnica de coleta de dados que, segundo Marcone & Lakatos (2007, p.98), “devem ser respondidos por escrito e sem a presença do entrevistador”.

Estruturei este questionário com perguntas abertas e fechadas, elaborado por mim. A análise de conteúdo é definida como um “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos do conteúdo das mensagens (quantitativas ou não) que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens” (BARDIN apud FIGUEIREDO & SOUZA, 2010, p. 102). Por este motivo esta será a técnica usada na análise dos dados.

O instrumento utilizado na coleta dos dados, como já citado, trata-se de um questionário que foi dividido em 5 blocos. O 1º versa sobre a identificação do ACS, o 2º sobre a motivação de ser ACS, o 3º Situação sociopolítica, o 4º Atenção Básica e 5º Sobre o trabalho do ACS. O presente estudo foi realizado no município de São Felix no Recôncavo da Bahia e teve como sujeito da pesquisa ACS da Zona Urbana. Cabe ressaltar que dos 20 ACS lotados na sede, 15 participaram da pesquisa de campo respondendo aos questionários. No entanto, 1 respondeu apenas o princípio do questionário e foi descartado por não conter as informações necessárias. É indispensável esclarecer que dos 5 que não participaram 1 estava de férias, 1 estava em licença maternidade, 1 fora contratado há apenas uma semana e não se

sentia apto a participar, e os outros 2 não mencionaram o motivo de sua recusa. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento para utilização das informações. A pesquisa de campo aconteceu no período de 19 de outubro a 30 de outubro 2012.

4.1 Resultados e Discussão

Mediante ao tratamento dado e às informações obtidas através do instrumento utilizado para a pesquisa, foram destacadas as assertivas relevantes para compreensão das questões referentes ao objetivo deste trabalho, que serão analisadas preferencialmente à luz dos marcos legais e autores estudados.

No primeiro bloco do questionário, nossa intenção é identificar o perfil dos ACS e nele podemos notar que 100% dos ACS pertencem ao sexo feminino, mostrando a predominância da participação da mulher neste tipo de trabalho, demonstrando uma feminilização da profissão, fenômeno “observado em nível mundial no mundo do trabalho em geral e, em particular, na saúde, que vem acompanhando esse processo” (SANTOS, 2006, p.81). Isto pode ser considerado um reflexo da tradição feminina no cuidado da saúde da família. Em relação ao Estado civil das entrevistadas, 50% são casadas, 29% são solteiras 14% tem relacionamento estável, 7% não quis responder. Em relação à idade, a faixa etária expressada na pesquisa é 84% 30 a 40 anos, 8% de 40 a 50 anos, 8% de 18 a 30 anos.

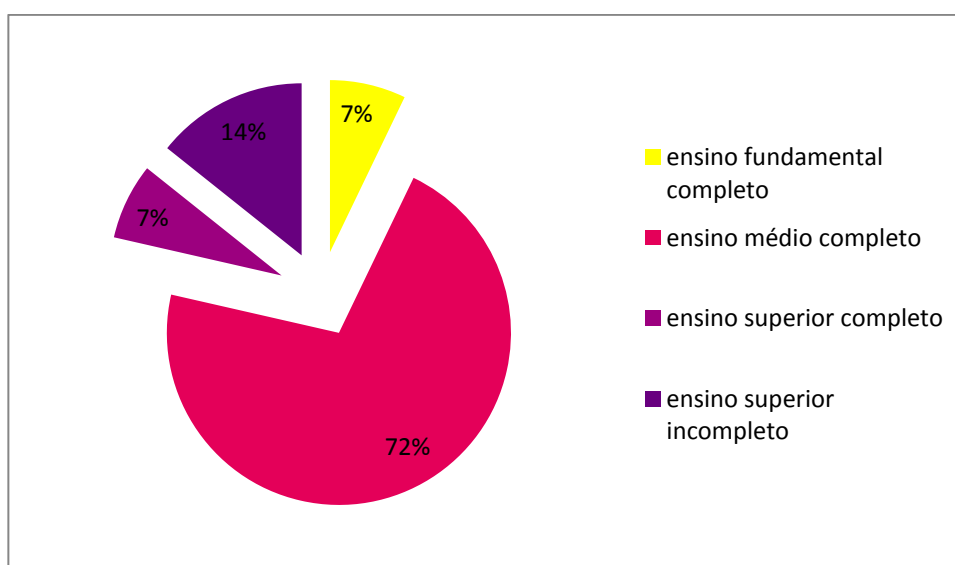


Gráfico 1: Grau de escolaridade dos ACS do município de São Felix.

Fonte: Bancos de dados da pesquisa. São Felix, 2012

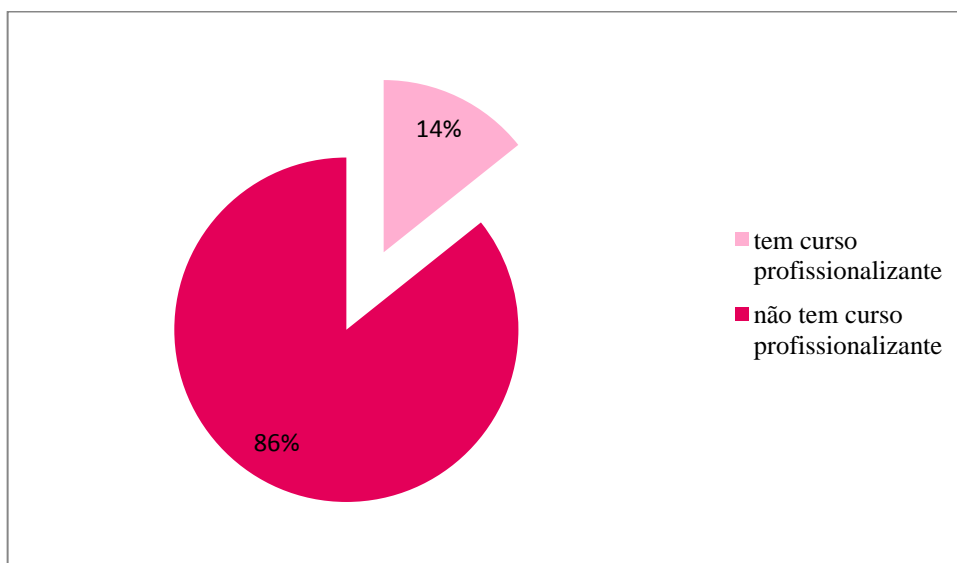


Gráfico 2: ACS do município de São Felix que tem curso Profissionalizante
Fonte: Banco de dados da pesquisa. São Felix, 2012

O grau de escolaridade dos ACS referentes a esta pesquisa observados nos gráficos acima, pode ser considerado elevado, levando em conta a portaria nº 648/Gm que determina o nível fundamental completo para função do ACS. Entre os entrevistados podemos observar 1 ACS formado em Pedagogia, 1 cursando Historia, 1 cursando Gestão publica, 1 ACS tem curso de técnico de enfermagem e 1 curso de recursos humanos. Este nível de escolarização formal pode ser importante para a atuação dos agentes nos processos de mediações com a comunidade, onde a comunicação aliada ao conhecimento podem facilitar melhores resultados

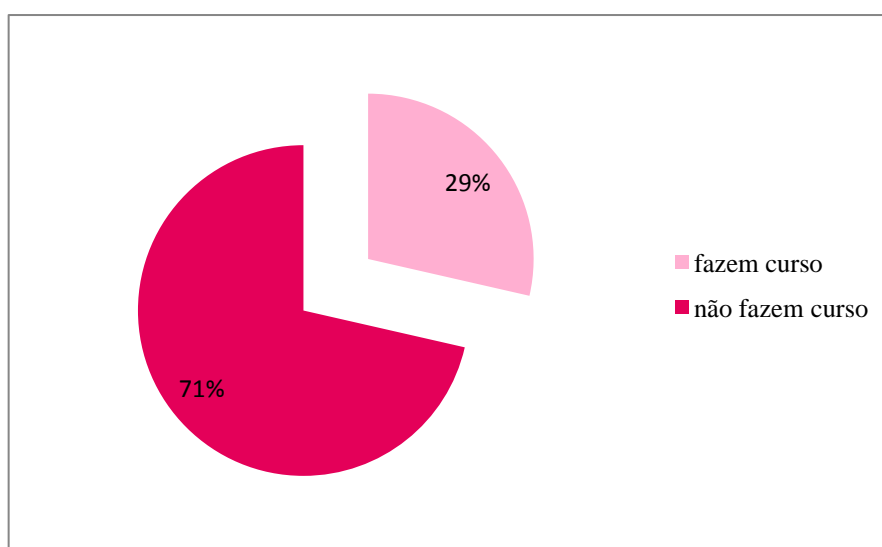


Gráfico 3: ACS do município de São Felix que fazem curso profissionalizante.
Fonte: Bancos de dados da pesquisa. São Felix, 2012.

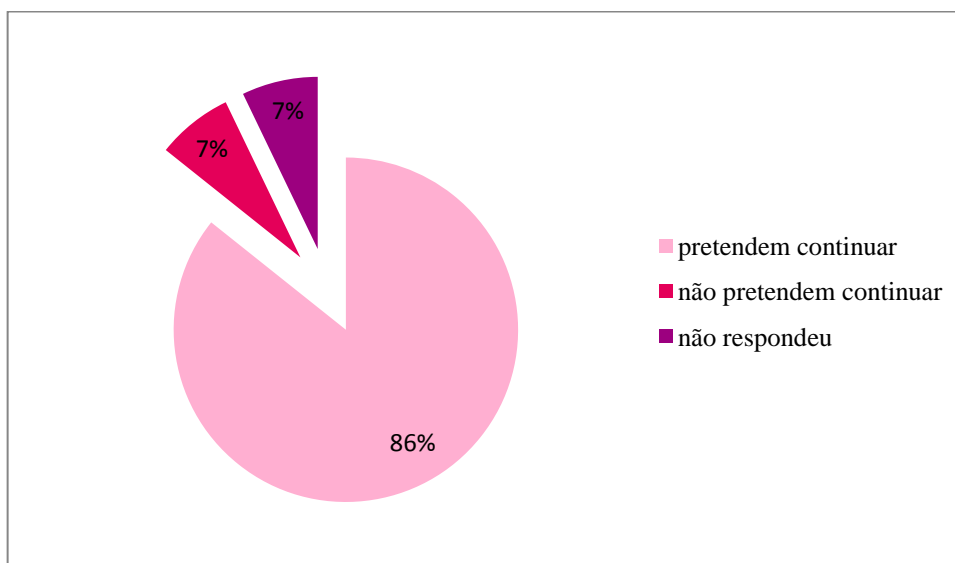


Gráfico 4: ACS do município de São Felix que pretendem continuar os estudos
Fonte: Bancos de dados da pesquisa. São Felix, 2012.

Podemos observar nos gráficos acima, que apenas 29% fazem curso profissionalizante, no entanto 86% pretendem continuar os estudos; dos agentes que estão estudando no momento, 3 fazem curso técnico de enfermagem e 1 cursando técnico de Agente Comunitário de Saúde.

A remuneração salarial dos agentes esta entre 1 e 1salario mínimo e meio, e 100% deles são contratados como estatutário pela prefeitura local, podemos afirma que a renda salarial dos ACS é baixa diante das sua importância e as atividades desenvolvidas para a efetivação da Atenção Básica e suas responsabilidades expressas em suas atribuições que consta da portaria nº 2.488/Gm de 22 de outubro de 2011 já discutidas no capítulo 3.

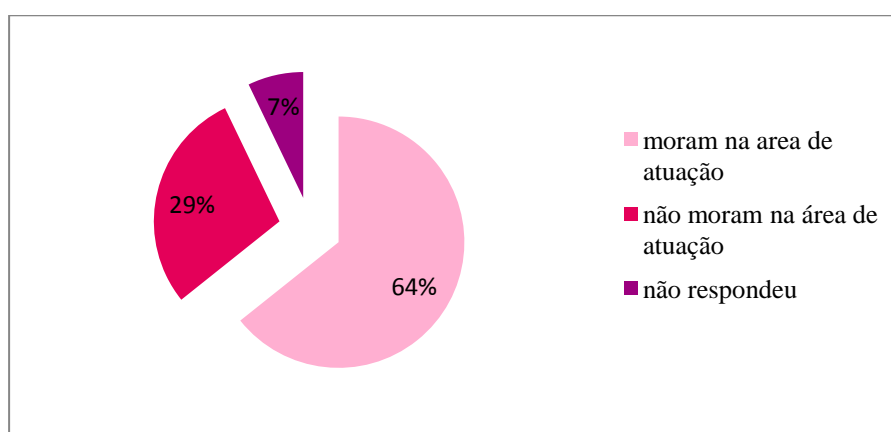


Gráfico 5: ACS do município de São Felix que mora na micro área que atua.
Fonte: Bancos de dados da pesquisa. São Felix, 2012

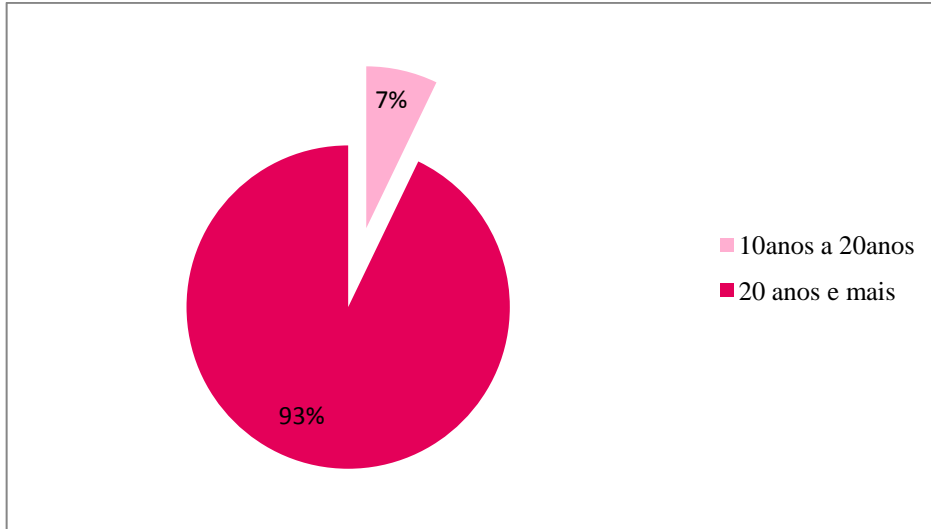


Gráfico 6: Tempo que ACS do município de São Felix mora na cidade que trabalha.
Fonte: Banco de dados da pesquisa. São Felix, 2012.

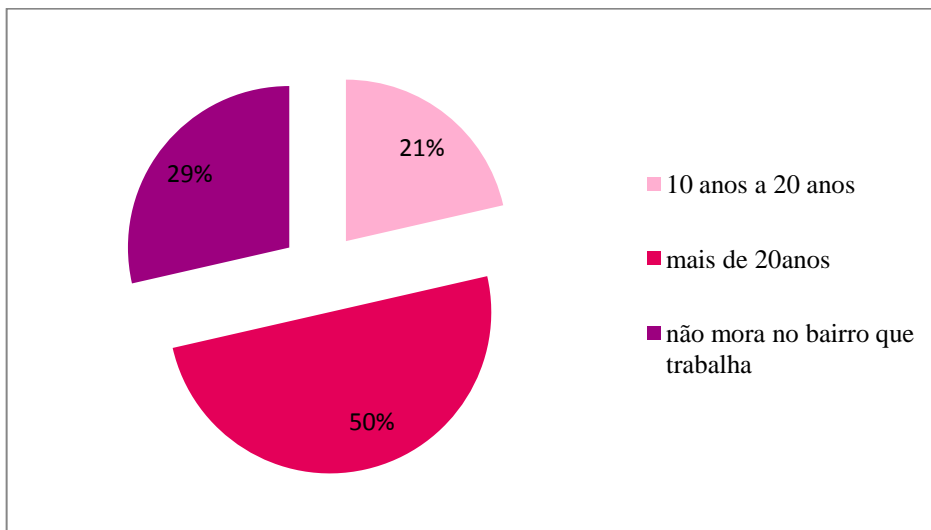


Gráfico 7: Tempo que ACS do município de São Felix mora no bairro que trabalha.
Fonte: Banco de dados da pesquisa. São Felix, 2012

Segundo Martines e Chaves (2007), a lei 10.507/2002 afirma que o agente deve morar, no momento do exercício da profissão na área de atuação. Podemos observar nos gráficos acima que, 64% dos agentes moram na microárea que atuam, e 29% não moram no bairro que trabalham, mesmo não tendo 100% de agentes morando na área de atuação. Podemos observar ainda que 93% moram a mais de 20 anos no município que trabalham, sendo este determinante importante, pois entendemos que os vínculos são maior cultivado

com o tempo, e em um município de apenas 14.098 habitantes⁹⁰ é mais fácil o conhecimento mútuo, facilitando o trabalho, possibilitando maior fonte de informação ajuda e assistência.

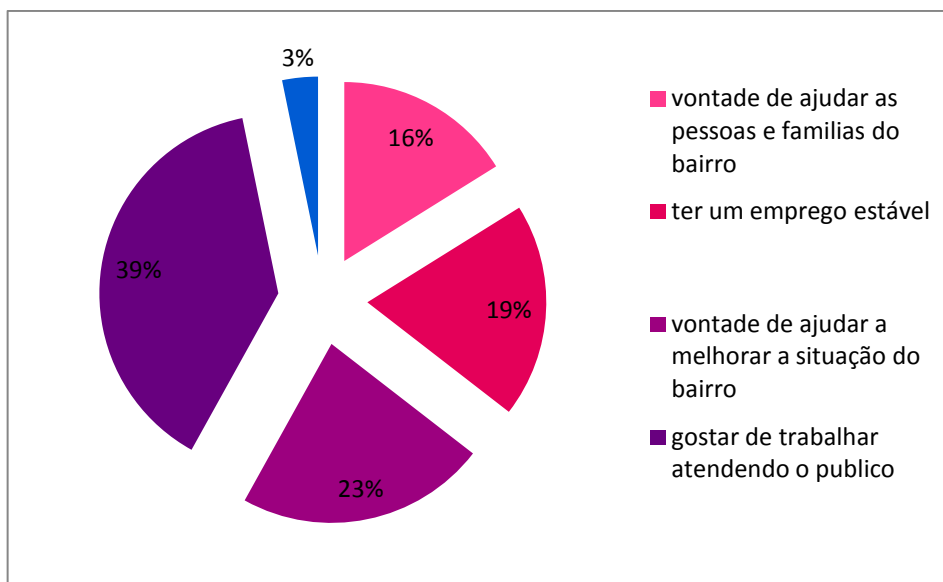


Gráfico 8: Motivos determinantes para escolha da profissão pelos ACS do município de São Felix.
Fonte: Banco de dados da pesquisa. São Felix, 2012.

O principal motivo determinante para a escolha da profissão foi a aspiração em lidar com o público. Aliado ao conhecimento científico e outros valores, acreditamos ser esta motivação uma das características indispensáveis para uma categoria que tem como instrumento primordial, segundo Ministério da Saúde (2011), a visita domiciliar, e o trabalho no âmbito da tecnologia leve do trabalho vivo, que conforme Marque & Lima (2004) preconiza o vínculo, o acolhimento e o cuidado.

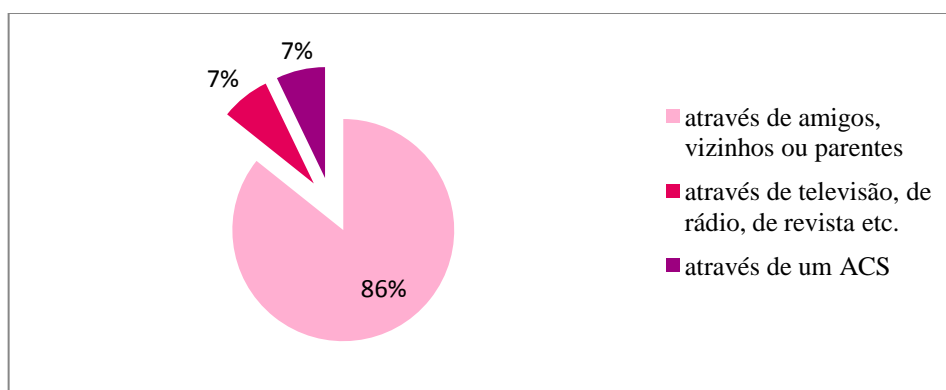


Gráfico 9: Como ACS do município de São Felix soube da profissão.
Fonte: Bancos de dados da pesquisa. São Felix, 2012.

⁹⁰ <http://portal.saude.gov.br/portal/portalsaude/area/319/gestao-da-saude-publica.html>

Nos quesito como soube da profissão, no gráfico 9, 86% teve seu primeiro encontro com a profissão através de amigos, vizinhos ou parentes. Este determinante pode se explicado pela atividade ser basicamente estruturada em visitas domiciliares e por meio delas pode-se criar um círculo de comunicação, facilitando o trâmite de informações.

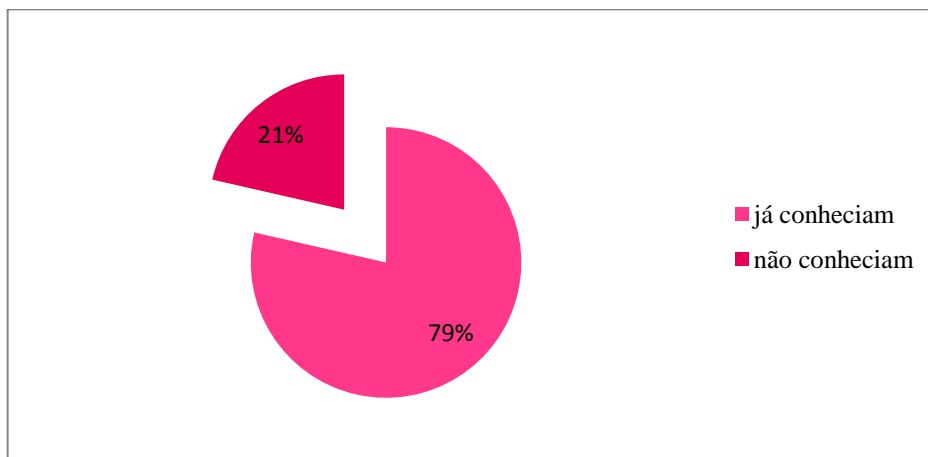


Gráfico 10: ACS do município de São Felix que já conheciam a ESF

Fonte: Banco de dados da pesquisa. São Felix, 2012.

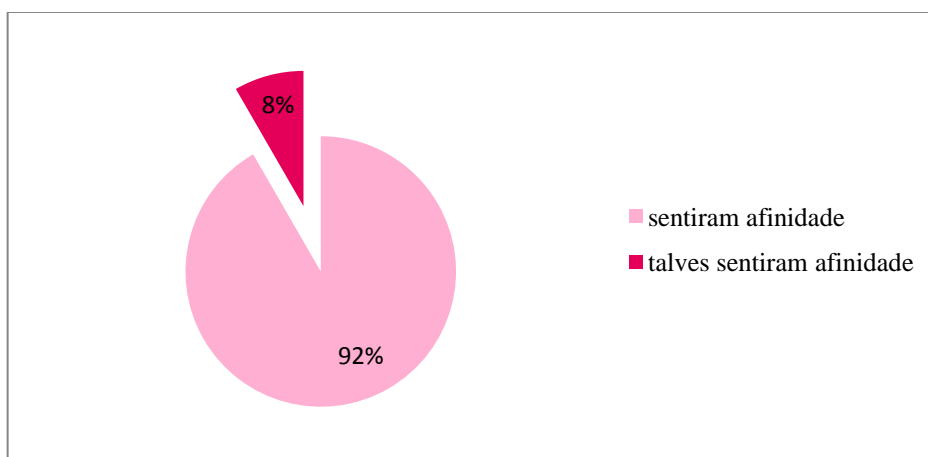


Gráfico 11: ACS do município de São Felix que tiveram afinidade com o PACS antes de se tornar ACS.

Fonte: Banco de dados da pesquisa. São Felix, 2012.

Como pode ser observado no gráfico 10, 79% já conheciam a ESF, sendo que dos que já tinham contato com a ESF no gráfico 11, 92% sentiram afinidade com o programa estes dados demonstram um direcionamento dos entrevistados a trabalhar com atendimento ao público visto ser este o direcionamento deste trabalho. Levando em conta o conhecimento científico como já fora explicitado antes.

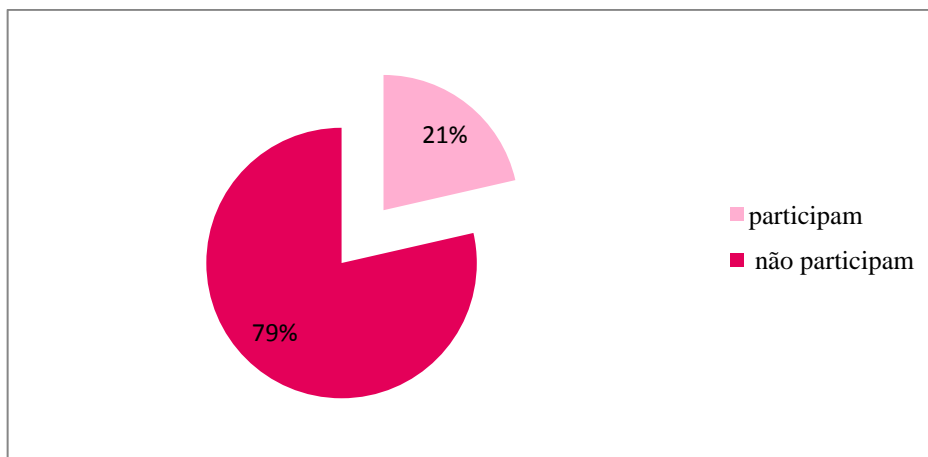


Gráfico 12: ACS do município de São Felix que participa de alguma entidade ou Associação ou conselho.

Fonte: Banco de dados da pesquisa. São Felix, 2012

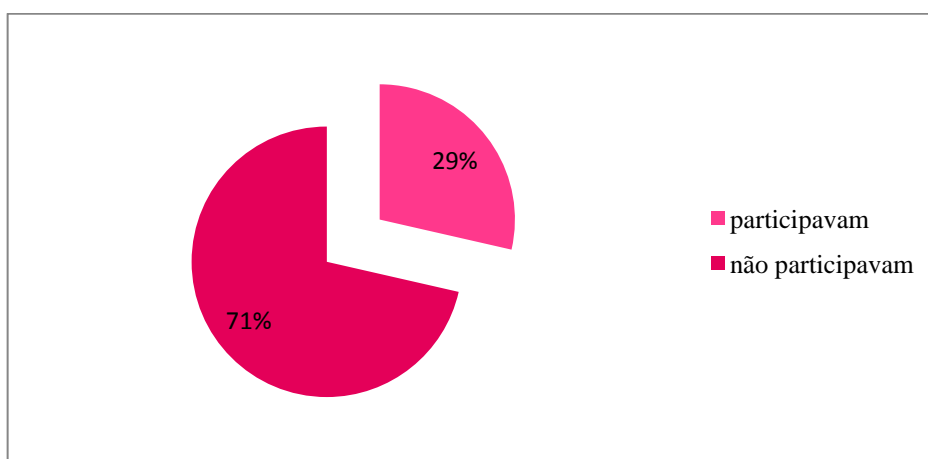


Gráfico 13: ACS do município de São Felix que já participaram de alguma entidade, Associação ou conselho antes de ser ACS.

Fonte: Banco de dados da pesquisa. São Felix, 2012.

Pelos percentuais apresentados nos gráfico 7 (tempo que mora na cidade que trabalha) demonstra serem moradores antigos, pressupõe ter atividades em entidades associações ou conselhos mais expressivos, no entanto pode ser observado que apenas 20% participa e 27% participou destas corporações antes de ser ACS. Entretanto, quando questionados sobre participação em lutas e mobilizações para melhoria das condições de vida e saúde da comunidade 100% responderam afirmativamente.

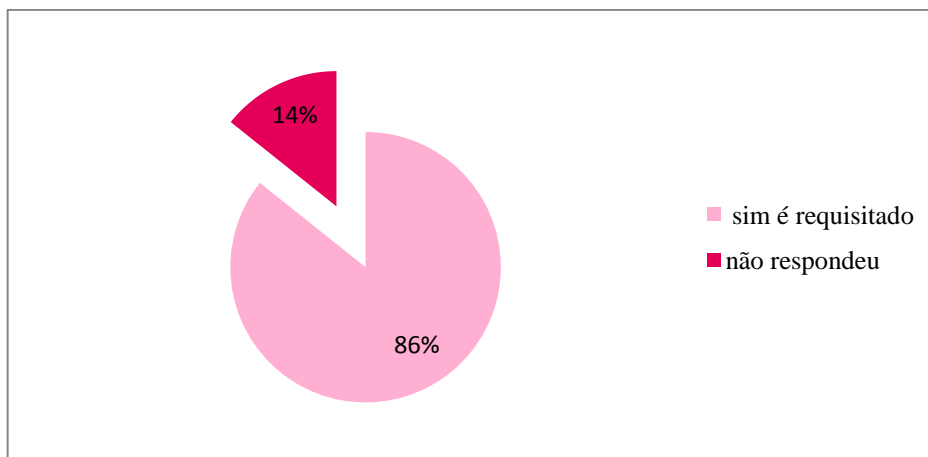


Gráfico 14: ACS do município de São Felix que é requisitado para resolver problemas relacionados a saúde em sua comunidade.

Fonte: Banco de dados da pesquisa. São Felix, 2012.

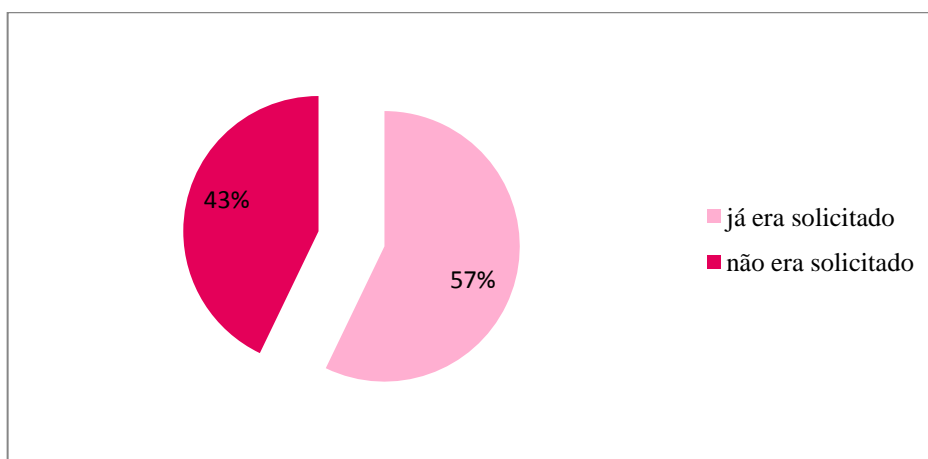


Gráfico 15: ACS do município de São Felix que era solicitado (a) para resolver questões de saúde quando ainda não era ACS.

Fonte: Banco de dados da pesquisa. São Felix, 2012

Observa-se que mesmo antes de ser agente, já era solicitado para resolver questões relacionado a saúde com índice de 57%. Este percentual eleva-se para 86% após se tornarem ACS, isto confirma o pressuposto da importância do vínculo com a comunidade que é trabalhar no âmbito da tecnologia leve do trabalho vivo que conforme afirma Marque; Lima (2004) preconiza o vínculo o acolhimento e o cuidado este pressuposto confirmado através da afirmação da ACS Sara “O envolvimento pessoal com minha comunidade ajuda muito eu viro uma extensão de saúde dentro da comunidade”. Realmente o trabalho do ACS deve ser visto como, a saúde na comunidade como afirma, Ministério da Saúde (2009, p.24) “Seu

trabalho é considerado uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades, já que você é um membro da comunidade e possui com ela um envolvimento pessoal”.

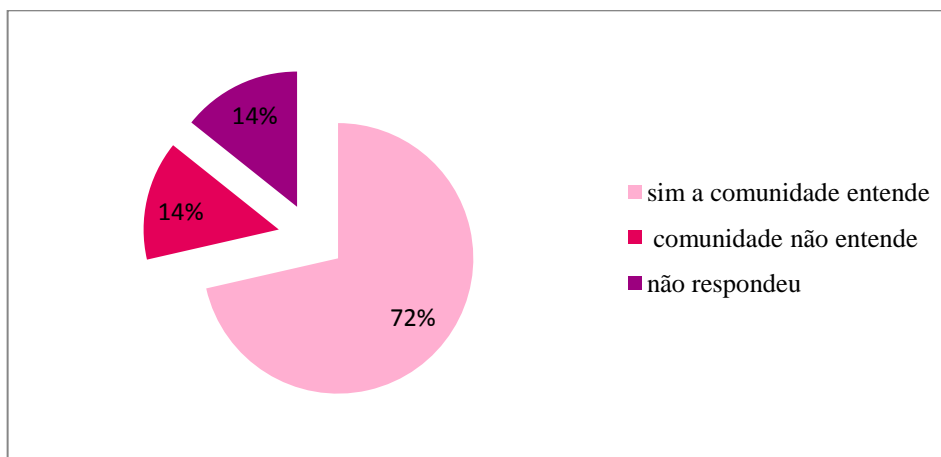


Gráfico 16: ACS do município de São Felix que acredita que a comunidade entende o modelo de saúde no qual se fundamenta a ESF.

Fonte: Bancos de dados da pesquisa. São Felix, 2012.

Para os ACS 72% da comunidade compreendem o modelo de atenção no qual se fundamenta a ESF. Este parâmetro é importante, pois à medida que a população entende a política, consegue ter participação nas decisões através dos conselhos e conferências de saúde e expor as demandas da comunidade. Segundo Simões (2010, p.113), a participação popular “é o meio de controle, exercido pela sociedade civil, para garantia dos direitos sociais, superando os mecanismos tradicionais de controle técnicos-burocráticos”. Além deste pressuposto, por ter mais informações assegura maior acessibilidade às ações de prevenção, proteção e recuperação a saúde.

A ESF é uma importante estratégia da Atenção básica, que tem como foco a família percebida no seu ambiente social e físico, como já foi explicitado, e o ACS é um dos membros desta equipe multiprofissional que tem um papel decisivo para que a estratégia possa dar resultado, o de intermediário, ele é um ator social fundamental para o intercâmbio da comunidade com a ESF. Quando questionados qual a importância da sua função para ESF, confirmaram esse pressuposto declarando: “Somos o intercâmbio de ligações com a USF e a comunidade, somos nós que trazemos e levamos informações, somos a voz do povo na USF e a USF na comunidade” (ACS TANIA). A ACS Amanda Compartilha do mesmo pensamento quando declara ser “Uma ponte entre a comunidade e a unidade de saúde, pois orientamos sobre os problemas, levamos para unidade, para juntos tentarmos resolver”. ACS Ester refere

“Fortalecer a integração entre o serviço de saúde e a comunidade”. Já a ACS Maria Cita outras funções do ACS fundamental para a ESF;

A importância é que através do nosso cadastro a USF vai saber quantas e quais pessoas que o ACS vai acompanhar, vai saber exatamente o que é preciso fazer para evitar doenças que mais ameaçam aquela comunidade, e aproximar as pessoas a USF.

A este respeito Gomes (2003, p.97) refere que

A partir do cadastramento, a equipe realiza, juntamente com as lideranças comunitárias locais, e com grande participação dos Agentes Comunitários de Saúde, o diagnóstico da comunidade, com objetivo de identificar os problemas de saúde mais prevalentes na área de abrangência e construir, junto com as famílias, um diagnóstico psicossocial e de saúde, que detecte situações de vulnerabilidade de saúde, social ou familiar, chamadas situações de risco, que poderão ser priorizadas, efetivando assim o controle social.

A importância do cadastramento realizado pelo ACS para o reconhecimento do perfil da comunidade e para traçar estratégias de ações relacionadas à saúde e de fundos sociais também fica bem claro no discurso da ACS:

A minha função é de extrema importância, pois tenho que manter os cadastros atualizados, e fazer visitas para poder detectar problemas de saúde até mesmo do cliente, procurar a unidade de saúde, e fazer orientações sobre vida saudável, uma vez detectado o problema é levado para ESF para ser traçado uma estratégia de trabalho tanto meu como da equipe, o ACS está atento a tudo a sua volta tanto dentro como fora do domicílio e todo o ambiente que cerca o indivíduo (ACS JUSARA).

Acreditamos ser o cadastramento o ponto de partida para as ações das ESF e esta função fundamental é delegada ao ACS como uma de suas atribuições⁹¹. Fica claro que a ESF depende para o seu funcionamento desta função do ACS, provando mais uma vez a importância deste sujeito para a efetivação da Atenção Básica. Para a ACS Solange, “atualizar as informações dos moradores, fazer monitoramento de pessoas que necessitam ou não, seja eles HA, crianças de 0 a 6 anos, gestantes diabéticos e acamados também é uma importante função do ACS”. A ACS Jana compartilha do mesmo pensamento quando refere serem estas as funções do ACS na ESF: “atualização das informações, acompanhamento dos HA, DIA, GES, crianças e acamados”.

⁹¹ Pode rever as atribuições dos ACS na p.61 deste trabalho.

Podemos observar que, ao se referirem a suas funções, os ACS não conseguiram identificar a totalidade das atribuições constantes na portaria 2488 de 21 outubro de 2011 que podem ser revista na pagina 61, no entanto todas as funções citadas são condizentes com suas atribuições.

As atribuições dos ACS tem um papel fundamental para o funcionamento da ESF e consequentemente da Atenção Básica. Segundo Goncalves, Novais & Santos (2009, p. 16), “o papel desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde é de fundamental importância no processo de estruturação e reestruturação dos serviços básicos de saúde”. Este papel é materializado através das atribuições colocadas em prática na rotina diária dos ACS. Quando inquiridos sobre suas rotinas diárias houve uma padrão regular nas respostas:

Atualizar ficha de cadastro na área e no posto de saúde, visitar orientar as famílias como adolescentes, hipertensos, diabéticos, gestantes pesar crianças de 1 mês a 5 anos, marcar visitas domiciliares com médicos e enfermeiros, verificar a medicação de pessoas que faz uso irregular, convidar a comunidade para reuniões na USF, participo de reuniões e treinamentos para atender melhor a comunidade e campanhas de vacina”. (agente MARIA)

Faço Cadastramento das famílias acompanhamento das famílias, HA, DIA, GES, crianças menores de 7 anos , verificação dos cartões de vacina, mensalmente e outras atividades, como informação e atualização de dados da comunidade (agente QUESIA).

Visita domiciliares, pesagem, verificação de cartões de vacina, sala de espera, verificação de medicamentos de HA, DIA, TB, orientações quanto atividades físicas, acompanhamento a gestante e crianças ate 5 anos cadastramento (agente ESTER).

A (agente Solange) Segue no mesmo direcionamento das outras agente afirmando, “Manter a atualização cadastral em dia fazer acompanhamento de HA, DIA, Gestantes, pesagem de crianças, acompanhamento de vacinação, alem de pesagem de bolsa família de 6 em 6 meses”.A (ACS Jana) Segue a mesma linha de trabalho e menciona “Acompanhamento de HA, DIA, GES, crianças, acompanhamento de peso e altura e vacinas”.

Todas estas atividades são condizentes com as atribuições que consta da portaria 2488 de 11 de outubro de 2011, no entanto ainda pode-se perceber a falta de alguns pressupostos relacionados ao perfil social dos ACS que, de maneira nenhuma, pode ser perdido, mesmo mediante tantas rotinas. Ainda podemos perceber que alguns ACS não conseguiram delinear suas rotinas diárias como, a (agente Rute) que refere apenas, “Procuro fazer meu trabalho dentro do meu horário de serviço, passo na unidade de saúde em seguida vou para área”. Fica clara a dificuldade de expressar as suas atividades de maneira mais

detalhada ou por não conseguir delimitá-las, ou talvez, por não conseguir identificá-las propriamente. Este é um ponto a ser melhor apreciado talvez em um outro trabalho. No entanto, conseguimos observar ACS que delineiam suas atuações de maneira mais clara e definida, como

Estar em contato permanente com as famílias, cadastrar todas as pessoas de sua micro área orientar as famílias quanto a utilização dos serviços de saúde da unidade, manter cadastro atualizado, desenvolver atividades de prevenção e promoção a saúde (agente SARA).

Visitar no mínimo 8 a 10 casas no dia e uma vez por semana ir a unidade de referencia, nossas visitas, cadastramos vemos cartões de vacina, cartões de gestante, pesamos medimos, verificamos como encontra-se a consulta do HA, DIA, GES, TB, e orientamos quando necessário física emocionais, de meio ambiente, alimentação, medicamentos, segurança e quando vou a unidade atualizo cadastro, prontuários, vejo informações novas para passar para comunidade (agente JUSARA).

Podemos observar nas repostas dos ACS, um padrão referindo-se ao acompanhamento de HA, DIA, GES, cadastramento, cartão vacina das crianças menores de 5 anos. Estes são considerados prioritários que inclusive tem instrumento exclusivo para sua notificação e são essências para alimentar o SIAB, bem como as outras informações constantes da ficha B HAN, B TUB, ficha D. Segundo o Ministério da Saúde (1998, p.09), são esses os instrumentais:

Ficha de cadastramento das famílias ficha A, Ficha de acompanhamento de gestante ficha B GES, ficha de acompanhamento de pacientes com tuberculose B TUB, ficha B DIA de acompanhamento de paciente com diabetes, ficha B HAN de acompanhamento de paciente com hanseníase, B HA acompanhamento de hipertensos, ficha C de acompanhamento de criança e a ficha D de registro de atividades, procedimentos e notificações.

Todas as informações colhidas nas visitas de rotina são consolidadas nas fichas citadas a cima e vão alimentar o SIAB. 100% dos ACS responderam ter conhecimento que as informações prestadas por eles servem para este fim, o que nos leva a crer, ser este o motivo dos ACS concentrarem o seu tempo nestas atividades. É através do SIAB que é possível observar como está o gerenciamento da atenção básica, e o que seria necessário para melhoria do seu atendimento. Segundo Ministério da Saúde (1998, p.05),

Os relatórios que o SIAB emite permitiram conhecer a realidade sócio-sanitária da população acompanhada, avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos e readequá-los sempre que necessário e por fim melhorar a qualidade dos serviços.

Esses pressupostos demonstram a real importância desses acompanhamentos realizados pelos ACS de maneira tão centrada, no entanto, as atribuições deste sujeito extrapolam estes registros no tocante ao que eles encontram no seu cotidiano de visitas e que deveriam ser melhor explorada, visto ser uma oportunidade de colocar em prática ações de prevenção e proteção a saúde.

Quando questionados se sentem-se preparados para dar orientações para famílias de sua responsabilidade, 100% dos ACS afirmam que tiveram preparação para o seu trabalho, e que este embasamento lhes dá segurança para desenvolver suas atividades, sentindo-se preparados para orientar a sua comunidade, e relatam que esta segurança é motivada pelas capacitações que recebem.

Os cursos são direcionados segundo a necessidade que possam surgir, ou seja, detectados nas áreas, conforme afirma a agente Rita “a cada necessidade que aparece em nossa microárea somos treinados para ajudar os clientes”. A agente Maria reafirma “através das capacitações e treinamentos tiramos dúvidas e aprendemos mais para estar preparado para orientar as famílias de nossa responsabilidade”. As capacitações podem ser vistas como ações de educação permanente. O Ministério da Saúde (2011) entende que

A Educação Permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde.

A educação é um fator preponderante para a efetivação da política de Atenção Básica. É através dela que as equipes de saúde da família conseguem acompanhar e promover ações de prevenção, proteção e recuperação a saúde, levando em conta as demandas que possam surgir.

Os ACS são unânimes em afirmar a posição positiva dos gestores em capacitá-los, no entanto, quando questionados sobre a sua dificuldade no trabalho, as resposta principalmente

levam a insatisfação com relação à valorização do seu trabalho pelos gestores, como podemos observar nas respostas das ACS: “a falta de valorização principalmente da gestão” (REBECA); “ver que somos reconhecidos pelo belíssimo trabalho que fazemos, poucas vezes e na maior parte somos esquecidos profissionalmente” (TANIA). Ainda confabulando, acrescentamos a falta de valorização da população a que se refere a ACS Solange: “conscientizar, tanto a população como os gestores, como os ACS são fundamentais e comprometidos com seu trabalho”.

O reconhecimento do seu trabalho é uma maneira de valorizar o trabalhador e deveria ser sempre colocado em prática, principalmente para esta classe que tem uma carga de responsabilidade tão grande e importante para a estrutura da Atenção Básica.

Outro ponto a ser inegavelmente discutido é a dificuldade que os ACS citam relacionado a soluções de problemas em outros níveis de atenção a saúde:

O difícil para mim é quando surgem problemas de media e alta complexidade que não podem ser resolvida na USF e as pessoas não tem compromisso de ajudar quem está precisando, falta de reconhecimento do nosso trabalho (ACS MARIA).

Acrescentamos ainda a resposta muito pertinente a meu ver, da ACS Ester, quando afirma a dificuldade de “solucionar problemas que afetam direta ou indiretamente a comunidade e que esta fora das minhas atribuições”. A esse respeito Martins & Chaves(2007, p.429) afirmam

Na ideia de missão do Agente Comunitário de Saúde ser o **agente de mudanças**, a ordem dos empecilhos fica praticamente inexplorada, como se na conjugação desses verbos, os recursos oferecidos pela atuação dos demais profissionais da equipe não fizessem parte, [...] e pelo déficit de agilidade da rede de atenção complementar do SUS local – dificuldade de acesso a especialidades e recursos de maior complexidade, diagnósticos e outros da atenção secundária e terciária

Nesta perspectiva podemos notar dois pontos fundamentais: o da comunidade, que podem não valorizar o trabalho do ACS por não conseguir alcançar os seus objetivos ou suas petições por eles estarem em um nível que ultrapassem as atribuições e possibilidades de resolutividade do ACS. E as demandas que estão fora do alcance da USF e conseqüentemente dos ACS e necessitam dos outros níveis de atenção a saúde, onde o ACS fica impotente para solucionar as reivindicações da comunidade. Segundo, Martins & Chaves (2007), na prática as pessoas e a comunidade buscam primeiro o ACS para resolver seu problemas, sejam graves

ou não, esperando resposta tornando uma relação nem sempre tranquila. É desta dificuldade que os ACS se queixam e que poderiam ser resolvidas se os níveis do sistema de saúde andassem em consonância.

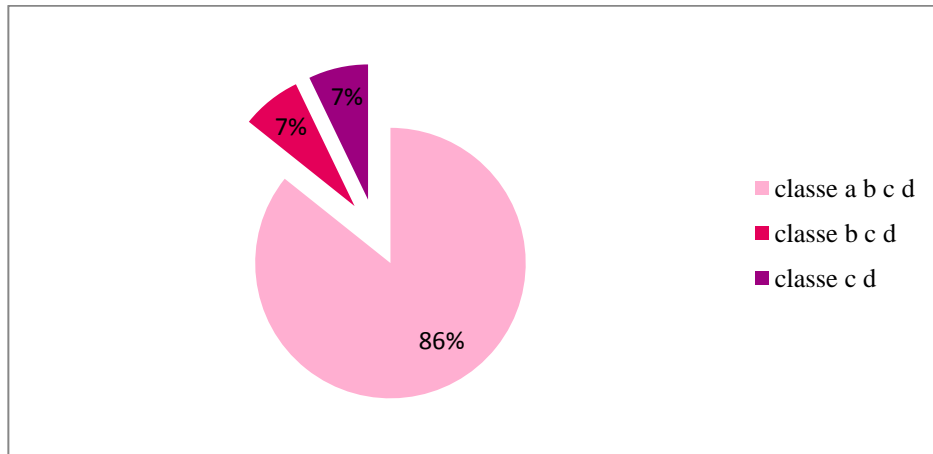


Gráfico 17- ACS do município de São Felix o modelo de saúde fundamentado na Atenção Básica alcança que tipo de população.

Fonte: Banco de dados da pesquisa. São Felix, 2012.

No gráfico 17, 86% dos agentes responderam que a Atenção Básica consegue alcançar todos os tipos de classe social, 100% afirmaram que seu trabalho atinge a toda as classe sociais, a ACS Ester afirma que “A promoção e a prevenção á saúde não tem limites, é para todos”, a ACS Jusara refere que “todos tem seu cadastro no posto de saúde com direito a atendimento, e exames, e remédios e qualquer tipo de atendimento oferecido pela Atenção Básica” 100% afirmaram que o seu trabalho atinge todas as classes sociais, confirmando o que define o princípios da Atenção Básica, que segundo Ministério da Saúde (2006) “Orientase pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”. A ACS Rosa afirma “Porque quando levamos as informações não distinguimos por classe”. Esta conduta demonstra a responsabilidade dos ACS em efetivar o principio da universalidade.

O ACS tem uma atribuição importante no contexto da reformulação do modelo de atenção em saúde no Brasil, principalmente na atuação da Atenção Básica, ele é elo de ligação entre a estrutura de saúde e a comunidade, este papel é também colocado em pratica como mediador social a este respeito Nogueira, Silva & Ramos (2000, p.10) afirmam

Elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado.

Sendo assim, o ACS é uma espécie de multiplicador de informações tanto sociais como de saúde que tem a facilidade de transitar entre os dois polos, a saúde e a comunidade fazendo é o elo que faz movimentar a máquina da atenção Básica, ele é uma peça indispensável nesta engrenagem, pois ele é a ponta o princípio das ações da Atenção Básica. Quando inquiridos sobre o seu papel na Atenção Básica observamos que foi citada a função de alicerce, como afirma a ACS Gloria “Somos o alicerce de tudo, não existiria uma unidade de saúde sem cadastro, sem identificação dos problemas”. A Agente Jusara reitera:

É a base onde tudo começa, é importante, pois através do reconhecimento da área e cadastramento fica mais fácil para desenvolver estratégia de trabalho, e o ACS sendo um elo de ligação entre a USF e a comunidade dá resultado.

Foi observado também nitidamente que entendem sua função de elo entre a equipe de saúde e a comunidade. A este respeito ACS Ester refere “Ser o elo de ligação entre a comunidade e a equipe de saúde nos desenvolvimento das ações da atenção básica” A ACS Sara reafirma este papel na sua declaração;

Tenho um importante papel, pois sou o elo entre a comunidade e a equipe de saúde, fortaleço a integração dos serviços e as famílias, contribuindo para melhoria da qualidade de vida das pessoas”.

A função também de multiplicador foi mencionada como afirma Rebeca “Multiplicadora, promover a saúde, um elo da USF e a comunidade” segundo afirma Kluthcovsky; Takayanagui Historicamente, os ACS representam o elo entre a equipe profissional e a comunidade, com um papel de tradutor do universo científico ao popular, atuando, também, como facilitador do acesso das pessoas aos serviços de saúde. (2006, p.146).

Ainda no papel de elo, discuti a posição de redutor de distancia entre a equipe de saúde e a comunidade, como afirma a ACS Jana: “o meu papel é reduzir a distancia entre a ESF e a comunidade, fornecendo a ESF informações, que por vezes, o paciente não cita durante uma consulta”. A ACS Solange complementa: “para mim os ACS tem um papel fundamental na assistência, tem um papel em reduzir a distancia entre a comunidade e a ESF, além de ter informações precisas dos moradores da área”.

Este papel de reduzir distancia diante de tudo que já foi discutido é bem apropriado para descrever uma função do ACS. Esta percepção que os ACS tem de se mesmo com relação a Atenção Básica demonstra o nível de compreensão sobre sua importância para a efetivação desta política de saúde. A este respeito, a ACS Rita refere:

Um depende do outro, pois os ACS não teriam como trabalhar sem a Atenção Básica. Ficaríamos sem referência e a atenção básica sem o ACS não tem bons resultados, pois somos o elo entre a USF e a comunidade. Nós levamos e trazemos informações e com isso melhora a situação da saúde de todo o município.

Quando questionados se este novo modelo de atenção em saúde fundamentado na Atenção Básica tem tido resultados positivos, 100% dos ACS responderam que sim e como efeitos decorrentes desta política, fizeram varias declarações. A ACS Rosa declara ter “Diminuindo os agravos e conscientizando as pessoas do cuidado com sua saúde. O resultado está na redução de doenças e na melhor qualidade de vida da população”. A ACS Sara reforça, afirmando que “por meio da integração de ações individuais e coletivas, o programa de atenção básica consegue melhorar a qualidade de vida das pessoas com suas medidas preventivas assistenciais e educativas”.

Estes pressupostos se expressam no principal objetivo do PACS que é melhorar a qualidade de vida da população através de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde⁹². Usando um parâmetro mais avançado podemos observar as declarações da ACS Amanda quando esta expressa que “as crianças que morriam por diarreia e desidratação, diabéticos que tinham amputações frequentes e entre outros que hoje o índice caiu bastante sendo o resultado da maioria dos casos” ou da ACS Marieta quando afirma que “a redução da mortalidade infantil, inclusive por diarreia, erradicação da poliomielite, redução de casos de AVC e pé diabético, gravidez na adolescência”. A ACS Gloria compartilha da mesma percepção das ACS citadas anteriormente e enfatiza que “as crianças que morriam com desidratação e tétano neonatal não morrem mais as infecções por verminose controle de pré-natal entre outros”. A opinião das outras entrevistadas também corrobora com as das suas colegas de profissão:

Diminui o nº de hospitalização, redução de casos de desidratação adesão ao tratamento nos casos de hipertensão e diabéticos, todas as crianças vacinadas

⁹² Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde, Brasília, 2009, p. 24.

com vacinas de rotina e campanhas, menos lixos nas encostas, maior procura de preventivos entre outros (ACS ESTER).

Baixa mortalidade infantil gestante com 100% de pré-natal feito, crianças com idade vacinal com 100% de cobertura, 100% de acompanhamento de hipertensos e diabéticos, diminuição dos casos de aborto, idosos fazendo atividades físicas, crianças com poucos ou nenhum dentes cariados, diminuição do número de extrações, mais adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes, diminuição do número de hospitalização dentre outro (ACS JUSARA).

Podemos observar através das declarações dos ACS que as características norteadoras da Atenção Básica, estão sendo colocadas em prática e principalmente o que consta da portaria nº 648/Gm, que visa a promoção, prevenção e recuperação da saúde, bem como possibilitar a redução de sofrimentos e danos que possam levar a perda de uma vida saudável. Pretende com esta dinâmica alcançar sempre a melhoria da qualidade de vida, visualizando o atendimento ao primeiro nível do sistema de atenção à saúde, que pode ser melhor observado na página 35 e 36 deste trabalho.

É relevante resaltar que o ACS tem contribuição inegável para a efetivação dessa política. São notórios os benefícios que o trabalho do ACS tem desenvolvido na saúde pública no Brasil, que podem ser observados na qualidade das ações de saúde junto às famílias que resultam, por exemplo, na redução do índice da mortalidade infantil, aumento da taxa de cobertura pré-natal, de vacina, de vigilância à saúde das mães, crianças adolescentes, adultos e idosos segundo afirma Ministério da Saúde (2002 p.05) essa afirmação deixa bem claro a importância do papel do ACS para Atenção Básica de Saúde a esse respeito Kluthcovsky; Takayanagui (2006, p. 146) afirma

Apesar das dificuldades, é inegável o benefício que o trabalho dos ACS, que estão em atividade no país, tem proporcionado à saúde da população brasileira, com reduções dos índices de mortalidade e morbidade e melhoria nas taxas de algumas ações em saúde, acompanhado da valorização da comunidade em relação ao seu trabalho.

Todos estes pressupostos citados acima, aliados a importante participação da ESF podem ser considerados como motivos relevantes para diminuição de hospitalizações e diminuição de aborto dentre outros agravos que também foram citados pelos ACS.

O modelo de assistência a saúde do Brasil é organizado de maneira hierarquizada, no qual as ações de saúde são divididas por níveis de complexidades se estruturando com níveis de maior e menor complexidade, a Atenção Básica é a porta de entrada preferencial para os outros níveis de atenção a saúde a esse respeito Santos (2011 P.01) refere

Nesse sentido, o modelo de atenção à saúde, que se centra em níveis de complexidade dos serviços, deve ser estruturado pela atenção básica, principal porta de entrada no sistema, a qual deve ser a sua ordenadora. A hierarquização se compõe da atenção primária ou básica; atenção secundária e terciária ou de média e alta complexidade (ou densidade tecnológica).

Sendo assim, o papel de ordenador dos serviços cabe a Atenção Básica e conseqüentemente por ser a ESF a sua estratégia prioritária torna-se o mediador entre esta rede. Ao questionar os ACS sobre a relação que fazem entre a Atenção Básica, o trabalho que realiza e os demais níveis de atenção à saúde, eles apontam para a importância da descoberta através das visitas que podem gerar a um encaminhamento para outros níveis de atenção: “é o elo que deve existir para que o sistema tenha sucesso” (ACS ROSA);

A atenção básica só é completa quando eu forneço informações as quais tenho acesso através de minhas visitas, pois por muitas vezes pode ocorrer necessidade de um encaminhamento para um tratamento mais complexo (ACS JANA).

A atenção básica vê o indivíduo como um todo e tudo que cerca, tentando resolver de imediato os problemas e quando não conseguem encaminham para onde há solução (ACS ESTER).

Esta ligação feita pelos ACS, revela que eles conseguem entender que através de uma visita domiciliar, podem encontrar casos que gerem a necessidade de ultrapassar a competência da Atenção Básica, mas que é através da ESF que essas demandas devem ser encaminhadas. Esta compreensão condiz com o que afirma Conill “o Pacto pela Vida reiterou como prioridade a consolidação e a qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde” (2008, p.13). Esta maneira de relacionar o seu trabalho com as redes de assistência à saúde, demonstra que os ACS compreendem o seu lugar nesta engrenagem. Este relacionamento que os ACS fazem entre a atenção básica, a importância da ESF por ser a porta de entrada que leve aos outros níveis de assistência à saúde é confirmado através do Ministério da Saúde (2006, p.18):

Atenção Básica à Saúde – constitui o primeiro nível de atenção à saúde. Primeiro contato com o Sistema de Saúde. Compreende um conjunto de ações e serviços de clínica médica, pediátrica, ginecologia, obstetrícia encaminhamentos para os demais níveis. A estratégia da organização da Atenção Básica é o PSF. A responsabilidade da oferta de serviços é da gestão municipal. O financiamento é responsabilidade dos três níveis de governo.

É através da ESF que a demanda necessitada é conduzida a outros níveis da atenção em saúde e como os ACS expressaram, sendo eles o primeiro contato da família com a equipe de saúde conseguem detectar casos que necessitem ser encaminhado para USF, e desta para a rede de atenção em saúde.

Diante dos dados desta pesquisa, podemos observar que o perfil dos ACS de São Felix é composto de 100% de mulheres, levando-nos a crer na feminilização da profissão, tema que já foi tratado anteriormente, a predominância de idade é de 30 a 40 anos, podemos observar também que o grau de escolaridade é elevado em relação ao solicitado pelas normas da profissão, o que pressupõem um melhor padrão do atendimento oferecido, 64 % dos ACS moram na área que atuam o que demonstra que o restante não está de acordo com a lei 10.507/2002 mais, no entanto 100% são moradores antigos residindo de 10 a 20 anos a mais no município, sendo a cidade pequena com apenas 14.098 habitantes, pressupõe-se um direcionamento cultural aproximadamente similar, e pelo tempo de residência podemos balizar um vínculo fácil de ser construído.

A motivação para exercer a profissão de ACS, foi expressa como principalmente gostar de trabalhar com o público e a escolha da profissão se deu por já ter tido contato com a ESF e sentir afinidade com o trabalho, é expressivo também, com um índice de 57% os ACS que eram solicitados antes de se profissionalizar para resolver problemas de saúde da comunidade, e que com o cargo passou a 86%, sendo que os outros 14% restante preferiram não se manifestar. O perfil de mobilizador comunitário não consegue ser identificado na pesquisa, visto que apenas 29% participam de entidades, associações e conselhos, no entanto foram unânimes em afirmar que participam de lutas e mobilizações em prol de melhorias das condições de vida e de saúde da comunidade.

Estes atores sociais compreendem o indivíduo de uma forma holística e buscam entender todos os condutores decisivos que possam interferir no processo saúde doença. No entanto podemos perceber a ausência de atividades relacionadas ao seu perfil social, indispensável na condução do seu trabalho. Sugerimos que este pressuposto possa ser trabalhado, através de cursos que utilize temas, que abordem o direcionamento social do Agente Comunitário de Saúde.

O papel de agente de mudanças, multiplicador de informações e principalmente elo entre a equipe de saúde e a comunidade é inegavelmente, condizente com as funções aqui observadas. Estas dimensões fazem dos ACS um redutor de distâncias indispensável para o funcionamento da ESF e conseqüentemente da Atenção Básica, pois a ESF não poderia existe

com suas características inerentes sem os ACS, e a ESF é a maior expressão da Atenção Básica.

Diante de tudo que foi analisado através dos dados desta pesquisa, torna-se pertinente afirmar que os Agentes Comunitários de Saúde conseguem compreender a sua importância no delineamento da Atenção Básica, no entanto não conseguem colocar a totalidade de suas atribuições em prática, o que pode possibilitar um funcionamento deficiente da ESF e, conseqüentemente, do delineamento da política de Atenção Básica. Observa-se assim a necessidade de uma maior intensificação de formação acompanhada através de capacitações com temáticas direcionadas à importância de cada atribuição dos ACS, para que possa fechar esta aresta e conduzir a eficiência desta estratégia.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desejo que mobilizou a luta por uma saúde pública de qualidade e universal têm vários sujeitos e níveis de interação. No caso da atenção básica, é necessário conhecer o funcionamento das unidades de saúde da família e o local social de cada sujeito que faz a atenção básica acontecer.

No que se refere à concretização do SUS, expressada através da atenção básica, a conduta, a postura, a formação e o conhecimento são pontos fundamentais para a efetivação desta política. Portanto, compreender como os ACS se percebem, qual a opinião formulada por eles sobre seu fazer profissional e a relação desse fazer com a Atenção Básica, foram algumas das questões que nortearam nosso trabalho

O PACS e o PSF tornaram-se tão importantes para a reorganização da política de saúde que ganharam *status* de estratégias, passando a ser ESF, ACS, fundamentais para a Política Nacional de Atenção Básica.

Os ACS se destacaram nesta política como o elo entre a ESF e a comunidade, um profissional diferenciado que faz parte da comunidade e trabalha para ela e por ela. Ficou claro neste trabalho o papel ímpar do ACS, por estar mais perto da comunidade, conhecer o seu cotidiano sua cultura, ter informações de prevenção e promoção à saúde e de compreender a sua comunidade, como só um membro dela consegue. Estes pressupostos lhes dão condições para que o seu trabalho tenha maior resolutividade e integração.

É indispensável relatar que os ACS conseguem se compreender como peça fundamental na política de atenção básica pois eles percebem sua importância como elo de ligação entre a comunidade e a equipe de saúde inclusive conseguem identificar o seu papel na engrenagem do sistema de saúde quando referem que é possível através de uma visita domiciliar detectar um risco a saúde de um indivíduo que após o atendimento na ESF necessite de um cuidado de média ou alta complexidade, demonstrando a importância da descoberta precoce no atendimento mais básico para maior resolutividade dos problemas de saúde do cidadão.

Na análise dos dados foi identificado que o grau de escolaridade dos ACS é elevado em relação aos estipulados para execução da profissão, este fato nos leva a crer que os bons índices relacionados a diminuição de hospitalização, de pé diabético, de aborto dentre outros citados pelos ACS podem ser reflexos também do atendimento oferecido por estes profissionais, com maior formação escolar e por conseguinte com maior capacidade de

compreensão da realidade, maior absorção de informações transmitidas através das capacitações, por isto nos leva a pressupor que tenham facilidade em transmitir seus conhecimentos de promoção e proteção a saúde e prevenção de doenças a comunidade.

Neste trabalho foi analisado como os ACS de São Félix compreendem a sua importância na efetivação da política de Atenção Básica. O estudo conseguiu dar conta dos seus objetivos, ultrapassando, ao conseguir definir um perfil para o objeto estudado, no entanto consideramos a temática tão importante para a sociedade, por se referir a uma política que ainda busca ajustes, e por isto tem um leque de questões que necessitam ser ainda exploradas e respondidas em prol de provocar melhorias no atendimento da população.

Um ponto fundamentalmente relevante é que, mesmo os ACS afirmando terem educação permanente, podemos comprovar com a pesquisa a necessidade de uma formação mais acompanhada, reconhecendo que suas atribuições não são nem de longe, poucas e de fácil condução. Pelo contrário, requerem um nível considerado de conhecimento científico que a eles deve ser atribuído através de educação permanente.

Para nós, pode ser considerado assim o papel do ACS, um fio condutor que, ao invés de eletricidade, conduz saberes adquiridos que geram uma maior qualidade de vida para a população. Nesse sentido, e pela pouca produção que se atente às questões por nós levantadas, sinalizamos a necessidade de haver mais investigações que promovam o entendimento da importância dos ACS e de seu fazeres, já que estes são as verdadeiras portas de entrada do sistema único de saúde.

REFERENCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. **Um modelo de Educação em Saúde para o programa Saúde da Família:** pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004, fev. 2005.

ANDRADE, L. O. M; PONTES, J. S; MARTINS JUNIOR, T. **A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil.** *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, vol.8, n.1-2 July/aug. 2000. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=Sci_arttext&pid=S102049892000000700026 acessado em 23 de abril de 2012.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?:** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

ARAUJO, A. P; MARQUES, S. R; SANTOS, R. C. **Neoliberalismo e Seguridade Social no Brasil.** XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica d IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. Neoliberalismo e Seguridade Social no Brasil. (2008?) p. 01-05. Disponível em http://www.enicepg.univasp.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/0282_0492_01.pdf acesso em 28 de abril de 2012.

BAPTISTA, Tatiana Vargas Faria; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; CUNHA Marcela Silva. **Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária de saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro n.4, 2009, 19v. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=50103-73312009000400006&script=sci_arttext>

BEHRING, Eliane Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social:** fundamentos e história. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BERENGER, Mercêdes Moreira. **Descentralização ou Desconcentração:** AIS – SUDS – SUS. Rio de Janeiro, 1996. 79 p. Dissertação (mestrado em Administração Publica). Centro de Formação Brasileira em Pesquisa, Fundação Getulio Vargas, Escola Brasileira de Administração Publica. Disponível em <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8090/000065512.pdf?sequence=1> acessado em 04 de maio de 2012.

BORNSTEIN, Vera Joana; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; ARAUJO, José Wellington Gomes de Araujo. Agentes comunitários de saúde: a reconstrução do conceito de risco no nível local. **Interface Comunicação Saúde e educação**. v. 14, n.32, p.93-101, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/08pdf>> acessado em 16 de abr. 2012..

BOSCHETTI, I. **Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira.** *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte v.15, n.1, jan./jun. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php%20script=sci_arttext&pid=SO1027182203000100005%20&eng=pt&nrm=iso acessado em 26 de abril de 2012.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social no Brasil: conquistas e limites a sua efetivação.** (2007?). Disponível em: http://www.egem.org.br/arquivosbd/basico/o.505783001251746904/ivaneteboschetti_unidade_i.pdf Acesso em 04 de maio de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. 280 p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf acesso em 10 de outubro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 3º Conferência Nacional de Saúde.** Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992. 246p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3_CNS_anais.pdf. Acesso em 10 de outubro de 2012.

BRASIL. **Portaria 1.886, de dezembro de 1997.** Aprovar 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. Brasília, Do 247, 22. 12. 1997. Disponível em: <http://saudeprev.com.br/pdfgeral/Portaria%20n%BA%201886%20progma%20de%ACS-%20&PSF.htm> acesso em 23 de abril de 2012

BRASIL, Ministério da Saúde. **SIAB. Manual do Sistema de Informação Atenção Básica.** Secretaria de Assistência a Saúde/Coordenação de Saúde da Comunicação. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 98p

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual para Orientação da Atenção Básica.** Secretaria de Assistência a Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 1999. Disponível em http://dab.saude.gov.br/docs/geralmanual_organizacao_ab.pdf acesso em 28 de abril de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACS.** Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudepateaporta/mostravital/mgles/publicacoes/pacsO> Acesso em 23 de abril de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002.** Disponível em < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>. Acesso em 08 de novembro de 2012.

BRASIL(B), Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Modalidade de Contratação de Agentes Comunitário de Saúde: um pacto tripartite.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:< http://lerisms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contratacao_agentes.pdf> Acesso em 20 de maio de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro.** In: Seminário Internacional Tendências e Desafios Dos Sistemas De Saúde Nas Américas. São Paulo:

Ministério da Saúde 2002. 44 p. Disponível em http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0149_M.pdf Acesso 24 de maio de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar.** Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. ed. revista e atualizada. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 108 p.: il – (Série A. Normas e Manuais técnicos

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família.** Brasília, (2003?). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf Acesso em 23 de abril de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL, (A) Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A Construção do SUS: história da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 300p. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/aquipo/pdf/construcaoDoSUSpdf> acesso em 19 de dez de 2011.

BRASIL. **Constituição (1988). Emenda constitucional 51, de 14 de fevereiro de 2006.** Acrescenta §§ 4º, 5º, 6º ao art.198 da Constituição Federal. Brasília, fev. 2006.

BRASIL. **Portaria n.º. 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). Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf acesso em 15 de março de 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Emenda constitucional 51 de 14 de fevereiro de 2006.** Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art.198 da Constituição Federal. Brasília. 14 de fevereiro de 2006. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc51.htm Acesso em 15 de maio de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização /** Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2.ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 100 p.

BRASIL, **Conselho Nacional de Secretários Municipal de Saúde**. Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: A Participação da Universidade e dos Municípios – Memórias. 1. ed. Brasília: Conasemes, 2007, 90 p. Disponível em http://www.conasemes.org.br/files/Livro_movimento_SanitarioDecada_70pdf Acesso em 20 de abr. de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde na Atenção Básica. *In*: _____. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2 ed, ver, Brasília: Ministério da Saúde, 2008, p. 06-18.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 84p.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Conselho nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/paraentender_gestao_SUS_v.1.pdf acessado em 02 de abril de 2012.

BRASIL. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão das diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o programa de Agentes Comunitário da Saúde (PACS). Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, 27, de janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html> Acesso em 14 de abril de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção á Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/amaq.pdf> acesso em 28 de abril de 2012

Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção á Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/amaq.pdf> Acesso em 28 de abril de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº459 de 15 de março de 2012**. Disponível em <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/112523-459.html> Acesso em 13 de outubro de 2012.

BRASIL.(B) Ministério da Saúde **A Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em http://WWW.brismms.saude.gov.br/bvs/politica_nacional_atencao_basica_2006 Acesso em 19 de dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **2ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1118 Acesso em 10 de outubro de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal da saúde.** Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/319/gestao-da-saude-publica.html>> acesso em 8 de novembro de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal da Saúde.** Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/369/transparencia-da-saude.html> acesso em 24 de abril de 2012.

BRASIL. **Portal da saúde.** Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23176 Acesso em 01 de mar de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa e projetos – PACS/PSF** [online]. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/ViverSaude/intos/Psaufam.htm> Acesso em 22 de fev de 2012

BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Biblioteca virtual Sergio Arouca. Disponível em : <http://bvसारouca.icit.fiocruz.br//sanitarista05.html>. Acesso em 05 de abril de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal da Saúde: SUS.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area743>. Acessado em 13 de abril de 2012.

CAMPOS, C. E. A. A organização dos serviços de atenção primária à saúde. **Rev Bras Med Fam e Com**, Rio de Janeiro, v.2, nº6, p.131-147, jul/set 2006. p.131-134.

CASTRO, Castro Marina Monteiro; OLIVEIRA, Lêda Maria Leal. Trabalho em saúde: desafios contemporâneos para o Serviço Social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 26 - 43, jan./jul. 2011

CAVALCANTI, L.F.; ZUCCO, L.P. **Política de saúde e Serviço Social.** In: REZENDE, I.;CAVALCANTI, L.F. (org.). Serviço Social e Políticas Sociais. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 67-82.

CHOMATAS, Eliane Regina Veiga. **Avaliação da Presença e Extensão dos Atributos da Atenção Primária na Rede Básica de Saúde no Município de Curitiba, no ano de 2008.** Porto Alegre, 2009, 95 p. Dissertação de (Mestrado em Epidemiologia) Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/haudle/10183/24606/000747716.pdf?sequence=1> Acessado em 24 de maio de 2012.

COHN, Amélia. A reforma sanitária após 20 anos do SUS: reflexões. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(7), p.1614-1619, jul 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/20pdf> acessado em 20 de abr de 2012.

CONILL, E. M. Ensaio histórico conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 sup, 1:s7-s27, 2008. Disponível em:<<http://www.pppo.ufma.br/uploads/files/Elionor%20Minho%20Conill%201.pdf>>

COSTA, Glauce Dias. et al. **Saúde da Família desafios no processo de reorientação do modelo assistencial**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, jan-fev, 2009. 62(1): 113-118 p. Disponível em <http://rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2011/11/91276d01.pdf> acesso em 25 de maio de 2012.

COSTA, Maria Tania; BRITO, Maria Aparecida Souza da Conceição; SOUZA, Mônica Valéria de Souza. O processo educativo dos agentes comunitários de saúde (ACS) e da comunidade de Catolândia-ba: intervindo sobre um problema de saúde. **Sitientibus**, Feira de Santana, n.33, p.85-99, jul./dez. 2005

Declaração de Alma-Ata. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br> Acesso em 14 de abril de 2012.

DEMO, Pedro. **Metodologia do Conhecimento Científico**. São Paulo: Atlas, 2000. **Dicionário do Trabalho**. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protasau.html> acessado em 22 de maio de 2012.

ELIAS, Paulo Eduardo. Análise sobre a Reforma Sanitária e Concepções Políticas Subjacentes: A Visão Autoritária do Ideário Progressista. **Saúde soc.**, 2 (1) p.59-73. 1993. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/sau_soc/v2n1/06pdf acessado em 26 de fevereiro de 2012.

ELIAS, Paulo Eduardo. Descentralização E Saúde No Brasil: Algumas Reflexões Preliminares. **Saúde e Sociedade**, 5(2) P.17_34, 1996. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v5n2/03.pdf> acessado em 23 de abr. de 2012.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho. **Micropolítica do Processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS): território de produção de cuidado e subjetividade**. Rio de Janeiro, 2008. 313p. Tese (Doutorado em Medicina (Clínica Médica - Micropolítica do trabalho e cuidado em Saúde)). Pós-graduação em Clínica Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. 8.reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergia e singularidades do contexto brasileiro. **cod.saúde publica[online]**.2006, vol.22 ,n.6, p.1171-1181. Disponível em: <HTTP://www.scolosp.org/pdf/csp/v22n6/06>. Acesso em 20 de dez. 2011.

GOMES, Maria Constância Pinto Ademe; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005.

GOMES, João Junior. P.S.F. Um novo modelo assistencial de atenção básica. **Revista UNORP**, v.3 (2), p.95-99 abr. 2003.

GOMES, Tania Silva. **Micropolítica do processo de trabalho: O protagonismo dos trabalhadores da saúde no Pacto pela Saúde**. Ribeirão Preto, 2006. 100 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) Programa de pos-graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo.

GONH, Maria da Gloria. **Movimentos sociais na atualidade: manifestações e categorias analíticas**. In: _____. Movimentos Sociais no início do século XXI, antigos e novos atores sociais. Petrópolis: Vozes, 2003, p.13 a 32.

GONÇALVES, Carla da Silva; NOVAIS, Rosa Lídia Diogo Freire da Silva; SANTOS, Silvana Cavalcanti. **Análise do nível de satisfação da comunidade com relação ao papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS), no município de Venturosa-Pe**. Recife, 2008. 36 p. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde). Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

ISKANDAR, Jamil Ibranhim. **Normas da ABNT: comentadas para trabalhos científicos**. 3. ed. Curitiba: Juruá, 2008.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso. O Agente Comunitário de Saúde: uma revisão da literatura. **Rev Latino-am Enfermagem**. p. 14(6), nov.dez. 2006.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com** Rio de Janeiro, v.2, n° 5, p.23-29 abr / jun 2006.

LOPES, Luciana Alves. **A situação dos idosos num plano de saúde suplementar: Benefício e desvantagens**. Rio de Janeiro, 2006. 72 p. Dissertação (Graduação em Serviço Social). Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em <http://web.internet.ess.ufrj.br/monografia/103161270.pdf> acessado em 04 de abril de 2012.

LOPES, Milena Santana; Carmagnani, Maria Isabel. Programa Saúde da Família no Brasil: Um Enfoque sobre seus Pressupostos Básicos, Operacionalização e Vantagens. Disponível em <<http://WWW.Scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/04pdf>> acesso em 19 de dez. de 2011.

MADEIRA, Karin Hamerski. **Prática do trabalho Interdisciplinar na saúde da família: um estudo de caso**. Itajaí, 2009. 148 p. Dissertação (Mestrado Saúde e Gestão de Trabalho) centro de ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí. Disponível em: http://www6.univali.br/tede/tde_arquivos/4/TDE-2009-08-10T091148Z-50B/Publico/Karir%20Hamerski%20Madeira.pdf acessado em 05 de maio 2012.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnica de Pesquisa: Planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 6. ed. 2. reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Aquilas. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família e seu financiamento?. **Ciência.Saúde Coletiva** [online].2003,vol8,n.2,pp403-415.ISSN1413-8123.

MARQUES, G. Q; LIMA, M. A. D. S. **As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviço saúde.** Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre, abr. 2004. 25(1): 17-25. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23537/000439821.pdf?sequence>> Acesso em 12 de maio de 2012.

MARTINES, Wânia Regina Veiga; CHAVES, Eliane Corrêa. **Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família.** Rev. Esc Enfrm.USP, 41 (3), p.426-433, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/08pdf>> acessado em 16 de abr. 2012.

MENDES, Eugenio Vilaça. **Revisão Bibliográfica sobre Redes de Atenção Saúde. Minas Gerais: Secretaria de saúde de Minas Gerais.** Maio, 2007. Disponível em http://www.saude.es.gov.br/download/Revisao_BIBLIOGRAFICA SOBRE AS REDES DE ATENCAO_A SAUDE.PDF Acesso em 25 de maio de 2012.

MIYASAKA, Lincoln Sakiara. **Minha visão da prática médica na China.** Diagn. Tratamento. 16 (01), p.42-43, 2011. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2011/v16n1/a1868pdf>> Acesso em 13 de abr. 2012.

Modelo de Atenção em saúde. Disponível em http://.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/modelosassistenciais_2009.pdf Acesso em 23 de julho de 2012.

NOGUEIRA, Roberto Passos; SILVA, Frederico Barbosa da; Ramos Zuleide do Valle Oliveira. **A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generes – O Agente Comunitário de Saúde.** Rio de Janeiro: IPEA, 2000.

NUNES, et.al; **O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico.** Caderno de saúde publica, Rio de janeiro, n.18(6), p.1639-1646 nov e dez 2002.

NUNES, I. M. et al. **O Trabalho em Saúde no Contexto Hospitalar: Processos e Necessidades como Subsídios para Formação Profissional.** Esc. Anna Nery R Enferm 10 (3): 609-3, dezembro de 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a21.pdf> acesso em 22 de maio de 2012.

OLIVEIRA, A. R. et al. **Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde.** Rev. Eletrônica de enf. [internet]. 12 (1), P.28-36. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1a04pdf> acesso em 18 de abr. de 2012.

PAIM, J. S. **As ações integradas de Saúde (AIS):** porque não dois passos atrás. III Congresso Médico-Social da Bahia na FMUFB, 18-22 de Nov.1985.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.

PEREIRA, A. P. Potyara. **A questão social e as transformações das políticas sociais: respostas do Estado e da Sociedade Civil.** In: Palestra IX Congresso Brasileiro de Assistência Social, 20 julho de 1998, Goiania. A questão social e as transformações das políticas sociais: respostas do estado e da Sociedade Civil. p.119-132. Disponível em <http://seer.lece.unb.br/index.php/SERsocial/article/view/234/380> acesso em 27 de abril 2012.

PESSANHA, R. V; CUNHA, F. T. S. **A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na estratégia saúde da família.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, abr-jun. 2009.18(2): 233-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/05.pdf>. Acesso em 05 de maio de 2012.

PEDUZZI, M; ANSEMI, M. L. O Processo de Trabalho de Enfermagem: A Cisão Entre Planejamento e Execução do Cuidado. Brasília: **Rev. Bras. Enferm.** Jul./ago. 2002. V.55, n.4, p.392-398.

PEDUZZI, Marina; SCHARAIBE, Lilia Blima. Processo de Trabalho em Saúde. **Dicionário do Trabalho.** Disponível em : <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protasau.html>> Acesso em: 22 de maio de 2012.

RAMOS, Livia Cristina Bandeira. **Movimento Reforma Sanitária Brasileira:** Contribuições e Perspectivas para Transformação da Prática em Saúde. Disponível em [http://www.metodista.br/ev/psicologia-da-saude/anais-1/2011/comunicação oral/c06](http://www.metodista.br/ev/psicologia-da-saude/anais-1/2011/comunicação%20oral/c06) acessado em 23 de abr de 2012.

RIBEIRO, Fátima Aparecida. **Atenção Primária (APS) e sistema de Saúde no Brasil:** uma perspectiva histórica. São Paulo, 2007. 324 p. Dissertação (Mestrado Ciências área de Concentração: Medicina Preventiva) Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo.

ROSA, Walisete Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. **Programa Saúde da Família:** a construção de um novo modelo de assistência. Ver Latino-am Enfermagem, 2005 novembro-dezembro 13(6): 1027-34. Disponível em<<http://www.Scielo.br/pdf/rlae/v13n6a16pdf>>

SANTOS, Lenir **O Modelo de Atenção à Saúde se Fundamenta em Três Pilares:** Rede, Regionalização Hierarquização. biblioteca virtual em Saúde. Set. 2011. Disponível em <http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/15/o-modelo-de-atencao-a-saude-se-fundamenta-em-tres-pilares-rede-regionalizacao-e-hierarquizacao/> Acesso 23 de novembro de 2012

SANTOS, Lenir. **A emenda constitucional n51/2006 e os agentes comunitários de saúde.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/08pdf>> acessado em 16 de abr. 2012.

SANTOS, Maria Ruthe. **Perfil dos agentes comunitários de saúde da região de Juiz de Fora-MG.** Rio de Janeiro, 2006. 172 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.obsnelims.org.br>> acessado em 13 de abr. 2012.

SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Recursos Humanos. Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores de Saúde. Curso **Técnico da área de saúde:** habilitação profissional de técnico de agente comunitário de saúde: modulo I: as praticas de saúde e o SUS - construindo alicerces para transformar: unidade IV: gestão para o cuidado integral em saúde: Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

SCHMIDEL, Jucineide Proença da Cruz. **Formação do Agente Comunitário de Saúde na reorganização da Atenção Primária com perspectiva de mudança do modelo de atenção.**

Rio de Janeiro 2009 112 p. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

SILVA, Ademir Alves. **A gestão da seguridade social brasileira:** entre a política publica e o mercado. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Joana Azevedo. **O Agente Comunitário de Saúde do Projeto Qualis:** Agentes Institucional ou Agente de Comunidade. São Paulo 2001. 231p. Tese (Doutorado Área de Concentração: Administração Hospitalar). Departamento de Prática de Saúde Pública Faculdade de Saúde Publica da Universidade de São Paulo. Disponível em <http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/2001/sil001.pdf> acessado em 18 de abr. de 2012.

SILVA, Joana Azevedo; DALMASO, Ana Silva Whitaker. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v6, n10, p.75-96, fev. 2002

SILVA, Sylvia Regina Mello. **A eficácia das ações de contracepção do Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau:** a perspectiva das usuárias. Rio de Janeiro 2008. 119 p. Monografia (graduação em Serviço Social) Centro de Filosofia e Ciências humanas. Escola de Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em <<http://web.interanet.ess.ufrj.br/monografias/103149642.pdf>> Acessado em 24 de maio de 2012.

SILVA, Tania Gomes. **Micropolítica do Processo de Trabalho: o processo de trabalhadores de saúde no Pacto pela Saúde.** Ribeirão Preto, 2010. 100 p. Dissertação (Mestrado de Ciências) Programa de Pós Graduação em Enfermagem em Saúde Publica, Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

SILVA, Thais Larcinda. **Contribuição ao processo da capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para o desenvolvimento da saúde do trabalhador.** Rio de Janeiro, 2009, 146 p. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Publica Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

SIMÕES, Carlos. **A Seguridade Social.** In: _____ Curso de direito do Serviço Social. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2010, p. 101-170.

SOLEIS. Disponível em < <http://www.soleis.adv.br/ec51.htm>> acessado em 03 de mar de 2012.

SOLEIS disponível em < <http://www.soleis.adv.br/ec51.htm>> acessado em 03 de mar de 2012.

SOUSA, S. S. et.al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. Revista. **Eletr. Enf.** [Internet] 2010; 12(3):449-55. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a05.htm>. acesso em 22 de maio de 2012.

TANIA, M. C; BRITO, M. A. S. C; SOUZA, M. V. O Processo Educativo dos Agentes Comunitário de Saúde (ACS) e da Comunidade de Catolândia-Ba: Intervindo sobre um

problema de saúde. **Sitientibus**, Feira de Santana, n 33, p.85-99, jul./dez. 2005. Disponível em:<http://www2.uefs.br/sitientibus/pdf/33/o_processo_educativo_dos_agentes_comunitarios_de_saude.pdf> Acessado em 15 de maio de 2012.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; Paim, Jamilson Silva; Vilasbôas, Ana Luiza. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Oficina de Vigilância em Saúde do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. IESUS, VII(2), Abr/Jun, 1998, p.22

VARGAS Jeferson Dutra. **História das políticas públicas de saúde no Brasil**: revisão da literatura. Rio de Janeiro, 2008. 32 p.Dissertação (Especialização em Aplicações Complementares às Ciências Militares) Curso de Formação de Oficiais do Serviço de Saúde , Escola de Saúde do Exército

VASCONCELOS E, M. **Educação popular e a atenção á saúde da família**. São Paulo: Hucitec:1999.

VIANA, Ana Luiza D`Avila; DAL POZ, Mario Roberto. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro,n. 15, p. 225- 264, 2005.

ANEXOS

Prezado (a) participante:

Sou estudante do curso de graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Estou realizando uma pesquisa sob a supervisão da professora Marcela Mary José da Silva cujo objetivo é analisar como os agentes comunitários de saúde da área urbana do município de São Felix, compreendem a sua importância na Atenção Básica de Saúde.

Sua participação envolve responder um questionário com perguntas objetivas e subjetivas. A participação nesse estudo é voluntário e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identifica-lo(a). Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas á pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora

Telefone: 71-91704559.

Atenciosamente

Mary Lee dos Santos Paixão Silva

Matrícula: 200820253

São Felix, 19 de outubro de 2012.

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome e assinatura do participante.

Local e data

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
QUESTIONARIO PARA AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE

1º BLOCO: Identificação

1)SEXO

Masculino feminino

2) ESTADO CIVIL

casado(a)

solteiro (a)

relação estável

outros

Qual.....

3) IDADE

18 a 30 anos

30 a 40 anos

40 a 50 anos

50 a mais anos

4) GRAU DE ESCOLARIDADE

ensino fundamental incompleto

ensino fundamental completo

ensino médio completo

ensino médio completo

ensino superior completo

QUAL CURSO?

ensino superior incompleto

5) LOCAL DE NASCIMENTO

Cidade_____ estado_____

6) CONCLUIU ALGUM CURSO PROFISSIONALIZANTE?

sim não

Se sim, qual.....

7) FAZ ALGUM CURSO PROFISSIONALIZANTE?

sim não

Se sim, qual_.....

8) PRETENDE CONTINUAR OS ESTUDOS;

sim não

POR QUÊ.....

9) QUAL A SUA RENDA MENSAL;

1 salário mínimo

1 salário mínimo e meio

2 salários mínimos

mais de 2 salários mínimos

10) MORA NA MICRO AREA QUE ATUA?

sim não

11) MORA A QUANTO TEMPO NA CIDADE QUE TRABALHA;

1 ano a 5 anos

- 5 anos a 10 anos
- 10 anos a 20 anos
- 20 anos e mais

12) A QUANTO TEMPO MORA NO BAIRRO QUE TRABALHA?

- 2 anos a 10 anos
- 10 anos a 20 anos
- mais de 20 anos
- não mora no bairro que trabalha

13. QUAL A SUA FORMA DE CONTRATAÇÃO?

.....
2º BLOCO: SOBRE A MOTIVAÇÃO DE SER ACS.

1. COMO VOCE SOUBE DESTA PROFISSÃO?

- através de amigos ou de vizinhos ou parentes.
- através de televisão, de radio, de revista, de jornais etc.
- outros, quais.....

2. QUAL OU QUAIS MOTIVOS FORAM DETERMINANTE PARA VOCE ESCOLHER SER UM ACS ?

- vontade de ajudar as pessoas e familiares do seu bairro
- ter um emprego estável.
- vontade de ajudar a melhorar a situação do seu bairro.
- gostar de trabalhar atendendo o publico.
- falta de opção de emprego.
- outros, quais.....

3. VOCE JÁ CONHECIA A ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMILIA?

- sim não

4. SE SIM VOCE SENTIU AFINIDADE COM O PROGRAMA?

- sim não talvez não sabe

3º BLOCO: SITUAÇÃO SOCIO – POLITICA.

1.VOCE PARTICIPA DE ALGUMA ENTIDADE OU ASSOCIAÇÃO OU CONSELHO?

- sim não

Se sim qual_____

2. VOCE PARTICIPOU DE ALGUMA ENTIDADE OU ASSOCIAÇÃO OU CONSELHO ANTES DE SER AGENTE COMUNITARIO DE SAÚDE?

- sim não

Se sim qual_____

3. VOCE PARTICIPA DE LUTAS E MOBILIZAÇÕES EM SUA COMUNIDADE PARA MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA E DE SAÚDE?

- sim não

4. VOCÊ É REQUISITADO PARA RESOLVER PROBLEMAS RELACIONADOS A SAÚDE EM SUA COMUNIDADE?

- sim não

5. VOCÊ ERA SOLICITADO(A) PARA RESOLVER QUESTÕES DE SAÚDE QUANDO AINDA NÃO ERA AGENTE COMUNITARIO DE SAÚDE?

- sim não

4º BLOCO: ATENÇÃO BÁSICA

1.PARA VOCÊ O QUE É ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE?

.....
.....
.....
2. PÁRA VOCE ESTE MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE TEM RESULTADOS?

sim

quais?.....
.....
.....
.....

não

POR QUE?.....
.....
.....
.....

.....
3. PARA VOCÊ ESTE MODELO DE SAÚDE FUNDAMENTADO NA ATENÇÃO BÁSICA CONSEGUI ALCANÇAR QUE TIPO DE POPULAÇÃO ?

classe a b c d

classe b c d

classe c d

classe d

4) PARA VOCÊ, O SEU TRABALHO APENAS ATINGE A POPULAÇÃO POBRE ?

sim não

5. POR QUÊ?.....
.....
.....

.....
6) NA SUA OPINIÃO A COMUNIDADE ENTENDE O MODELO DE SAÚDE NO QUAL SE FUNDAMENTA A ESF?

sim não

7) PARA VOCÊ, QUAL O SEU PAPEL NA ATENÇÃO BÁSICA?
.....
.....
.....

8) VOCÊ SABIA QUE O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA É ALIMENTADO TAMBEM COM OS DADOS FORNECIDOS ATRAVÉS DA FICHA A E OS OUTROS INSTRUMENTOS QUE VOCE UTILIZA EM SEU TRABALHO ?

sim não talvez

9) QUAL A RELAÇÃO QUE VOCÊ FAZ, ENTRE A ATENÇÃO BÁSICA O TRABALHO QUE VOCÊ REALIZA E OS DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO A SAÚDE?
.....
.....
.....

.....
5º BLOCO: SOBRE O TRABALHO

1. VOCÊ TEVE PREPARAÇÃO PARA DESENVOLVER O SEU TRABALHO?

() sim () não

2. A PREPARAÇÃO QUE VOCÊ TEVE LHE DA SEGURANÇA PARA DESENVOLVER O SEU TRABALHO?

() sim

() não por quê.....

.....
.....
.....

3. QUAL A IMPORTANCIA DA SUA FUNÇÃO PARA A USF?

.....
.....
.....

4. QUAL SUA IMPORTANCIA PARA A MELHORA DA SAUDE DA POPULAÇÃO?

.....
.....
.....

5. QUAIS SUAS ROTINAS DE TRABALHO?

.....
.....
.....
.....
.....

6. O QUE É MAIS DIFÍCIL PARA VOCE NO SEU TRABALHO?

.....
.....
.....

7. POR VOCE JÁ CONHECER AS PESSOAS E AS FAMILIAS DE SUA MICRO-AREA, ISTO AJUDA NO SEU TRABALHO?

() sim () não

POR QUÊ.....

.....
.....

8. VOCÊ SE SENTE PREPARADO PARA DAR ORIENTAÇÃO AS FAMILIAS DE SUA RESPONSABILIDADE?

() sim () não

POR QUÊ.....

.....
.....