

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MAICON RODRIGUES SILVEIRA

**INSERÇÃO E MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Porto Alegre

2016

MAICON RODRIGUES SILVEIRA

**INSERÇÃO E MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
como requisito final para aprovação no curso de
Bacharelado em Enfermagem.

Professora Orientadora: Dra. Deise Lisboa
Riquinho

Porto Alegre

2016

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus por ter me dado a graça de viver essa vida e me oportunizado a chance de cursar enfermagem na UFRGS com ótimos professores, funcionários e colegas.

Minha mãe Heloisa e a minha tia Rosa pelo incentivo moral e financeiro que me deram sempre e quando eu mais precisei.

Agradeço minha vó Maria, por fazer meu almoço/café quando precisei sair em 10 minutos e estava atrasado.

Aos familiares que são muito e não cabem todos aqui se eu citar pela compreensão na minha ausência das festas e o apoio para continuar nessa caminhada.

Agradeço imensamente a professora Deise Riquinho pela paciência, dicas e por ter aceitado ser minha orientadora e tornar o final da graduação, esse momento tenso, mas põe tenso nisso, mais leve e menos complicado. Por ter me proporcionado a oportunidade de estar desenvolvendo um trabalho com o qual me identifico e ter me propiciado essa total imersão no tema apesar dos lampejos de distração que tenho “rs”.

Agradeço as minhas colegas Deise e Tainã pela parceria no projeto, a ajuda e “tamo junto”.

Minha namorada Fabiana por ter me auxiliado quando eu mais necessitei e a paciência por ter um namorado pela metade nesses tempos e sempre com o notebook em baixo dos braços.

Agradeço as minhas eternas colegas, amigas e enfermeiras Danielle, Geórgia, Graziella, Luciana Weber e Samara pelos momentos de alegria, pelas conversas, pelas dicas, pela ajuda (que foi muita) e pelo incentivo para continuar que me deram quando eu mais precisei.

E por fim agradeço a todos professores, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e administrativos e profissionais de apoio (seja do HCPA, seja da Atenção Básica, entenda posto de saúde) que me ajudaram e apoiaram nessa caminhada.

À estas pessoas deixo aqui registrado o meu muito obrigado.

"A educação é um elemento importante na luta pelos direitos humanos. É o meio para ajudar os nossos filhos e as pessoas a redescobrirem a sua identidade e, assim, aumentar o seu auto respeito. Educação é o nosso passaporte para o futuro, pois o amanhã só pertence ao povo que prepara o hoje."

(Malcolm X)

RESUMO

Este estudo teve como objetivo conhecer a inserção e a motivação dos Agentes Comunitários de Saúde para o trabalho na Estratégia Saúde da Família. Esta é uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. Realizada no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em um distrito docente assistencial vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A população de estudo foram os ACS das 28 equipes presentes no distrito. A mostra foi composta de um agente por equipe, indicados pela coordenação. A geração dos dados ocorreu no período de agosto de 2015 a fevereiro de 2016 por meio de grupo focal e entrevista semiestruturada. Quando foram questionados sobre as mudanças ocorridas em seus locais de moradia foi unânime os depoimentos que sinalizam para o aumento da violência, aliado ao tráfico de drogas. Observou-se diferentes percursos na aproximação com o trabalho do ACS, dentre os 25 participantes da pesquisa. A maioria, 44%, buscaram essa profissão por querer uma estabilidade trabalhista; 32%, referiam representar a comunidade em fóruns de participação social ou ainda prestando serviços vinculados a educação infantil e outros serviços na comunidade e 24%, eram profissionais da área da saúde, porém com qualificação ou experiência aquém das solicitadas pelos serviços. A motivação para manter-se no trabalho esteve atrelada a laços solidários desenvolvidos pela mediação do serviço de saúde e comunidade. Ao mesmo tempo, foram expressos sentimentos de dualidade, pois o turno de trabalho parece não ter fim e eles são acionados a qualquer momento pelos moradores. Concluiu-se que o ACS desenvolve um papel singular na equipe, qualificando e humanizando-a junto as pessoas que acessam o serviço de saúde.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Recursos humanos em saúde.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 6 |
| 2 OBJETIVOS | 8 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA..... | 9 |
| 3.1 Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família como estratégia de reorganização do Sistema Único de Saúde | 9 |
| 3.2 Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia de Saúde da Família | 11 |
| 4 PERSPECTIVA METODOLÓGICA | 13 |
| 4.1 Tipo de estudo | 13 |
| 4.2 Contexto de estudo..... | 13 |
| 4.3 Participantes..... | 14 |
| 4.4 Geração de dados | 14 |
| 4.5 Análise do material produzido..... | 15 |
| 4.6 Aspectos éticos..... | 15 |
| REFERÊNCIAS | 16 |
| ARTIGO..... | 19 |
| ANEXO A - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL | 38 |
| ANEXO B - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS | 39 |
| ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DA UFRGS | 41 |
| ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DA SMS | 44 |
| ANEXO E – CARTA DE AUTORIZAÇÃO..... | 47 |
| ANEXO F – PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM..... | 48 |
| ANEXO G – NORMAS DA REVISTA DE APS - ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.. | 49 |

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso integra o projeto de pesquisa intitulado “O diálogo entre diferentes saberes no cotidiano dos agentes comunitários de saúde”. A atual proposta buscou conhecer a inserção e motivação dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia de Saúde da Família.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como objetivo a reorganização, expansão e consolidação da atenção básica no Brasil (BRASIL, 2012). Pautada principalmente por mudanças no processo de trabalho das equipes e na capacidade de impactar positivamente na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2012).

Para pôr em prática este objetivo, a ESF necessita de uma equipe multiprofissional, composta de no mínimo: enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) e um médico generalista ou especialista em Saúde da Família. (BRASIL, 2012).

O processo de trabalho destas equipes deve desenvolver práticas de cuidado e gestão participativas em populações de territórios definidos, assumindo para com elas ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos com vistas a promover uma atenção integral (BRASIL, 2012). Portanto, faz uso de tecnologias de cuidado complexas e variadas que auxiliam no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância no território (BRASIL, 2012).

O ACS, integrante da equipe da ESF utiliza-se predominantemente de duas tecnologias de cuidado para desenvolver seu trabalho: a visita domiciliar e as ações educativas, enfocando a promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde aos indivíduos e ao coletivo nos domicílios e na comunidade (BRASIL, 2012).

Dentro destas propostas de trabalho, duas características se sobressaem, uma mais política, onde ele é visto como facilitador da organização da comunidade para a cidadania, numa dimensão de transformação social. E na outra, um componente mais técnico, realizando intervenções junto aos indivíduos e famílias na prevenção de agravos e no monitoramento de grupos ou problemas específicos (SILVA; DALMASO, 2002).

Para que tais propostas tenham êxito é necessário um bom vínculo entre a população e estes trabalhadores, por isso um dos requisitos para tornar-se ACS é residir na área de abrangência da unidade de saúde (BRASIL, 2009). Acredita-se que este compartilhamento de experiência de vida e cultura aumente a eficácia das ações de saúde aos usuários e favorece a

participação ativa dos mesmos em seus cuidados de saúde. Assim, é inerente ao processo de trabalho dos ACS compreender a realidade onde o mesmo está inserido, considerando o ambiente e a cultura local no desempenho das suas funções. Esta perspectiva está fundamentada na noção de formação cultural influencia em vários aspectos na vida das pessoas, interferindo fortemente na saúde. (MARZARI; JUNGES; SELLI, 2011). Ao fazer a identificação ou tomar conhecimento da situação-problema, o ACS precisa conversar com a pessoa e/ou familiares e depois encaminhá-los à unidade de saúde para uma avaliação mais detalhada, além de realizar ações de prevenção de doenças, promoção à saúde, entre outras estabelecidas pelo planejamento da equipe (BRASIL, 2009).

Como o ACS trabalha e vive na comunidade, ele tem a possibilidade de identificar situações e necessidades que não seriam facilmente (re)conhecidas pelos demais profissionais da equipe da ESF. Necessidades estas que ultrapassam a dimensão biológica, tais como, situações de violência doméstica, abuso sexual, carência de alimentos, maus tratos a idosos entre outras (SAKATA; MISHIMA, 2012). Contudo, por serem situações que remetem a diferentes visões de mundo, seu enfrentamento ocorrerá de maneiras distintas, especialmente em cenários de violência urbana. A visão de mundo é apresentada por Geertz (2008) como uma perspectiva pela qual as pessoas elaboram os fatos na realidade, seu conceito da natureza, de si mesmo, da sociedade.

Portanto, o conhecimento da visão de mundo dos ACS, por meio, de suas histórias de vida, inserção e manutenção na equipe de ESF auxiliarão na compreensão do processo de trabalho desenvolvido por esses atores sociais, as dificuldades e facilidades vivenciadas e relacionadas, ao fato de ser trabalhador de saúde e de ser morador do território. Além disso, visa colaborar para a atuação do enfermeiro na ESF na forma de produzir educação permanente a esse contingente de profissional que faz o elo entre o serviço de saúde e a comunidade. Nessa perspectiva, a questão norteadora do estudo: Quais os modos de inserção dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia de Saúde da Família?

2 OBJETIVOS

Conhecer os modos de inserção e a motivação para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia de Saúde da Família.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família como estratégia de reorganização do Sistema Único de Saúde

Atenção Básica (AB) define-se por um conjunto de ações de saúde coletivas ou individuais, sendo elas: de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Sendo o seu principal objetivo desenvolver uma atenção integral à saúde que resulte em melhoria e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

Para tanto, a AB orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, equidade e participação social; de ser o contato preferencial dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e a principal porta de entrada e centro de comunicações da Rede de Atenção à Saúde. Com vistas a produzir uma atenção integral à saúde, considerando o indivíduo em sua singularidade e contexto sociocultural (BRASIL, 2012).

A criação do Programa Saúde da Família (PSF) apontou para um novo modo de intervir em saúde, não mais esperando a população chegar ao serviço para ser atendida visto que agia preventivamente por meio de visitas domiciliares e abordagens coletivas (ROSA; LABATE, 2005). O PSF preconizava atender a pessoa e sua família de maneira integral e contínua por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com o enfoque maior na família em seu ambiente físico e social onde ela reside (BRASIL, 1997).

Inicialmente o PSF surgiu como proposta para mudar a maneira de prestar assistência à saúde, antes centrado na assistência à doença, caracterizado pelo individualismo, uso irracional dos recursos tecnológicos e pela baixa resolubilidade, gerando alto grau de insatisfação e resolutividade. Posteriormente, ganhou *status* de estratégia, a principal diferença entre as denominações programa e estratégia está em que o primeiro refere-se a uma política da saúde, com propósito de produzir mudança na situação atual e a segunda configura a reorientação do modelo de Atenção Básica em saúde (SÃO PAULO, 2000).

A aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, em 2006, marcou a Atenção Primária em Saúde (APS) como a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Definindo, também, sua prioridade em consolidar e qualificar a Estratégia de Saúde da

Família (ESF), antes chamado de PSF, como modelo de AB e centro ordenador de redes de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2012).

A Estratégia Saúde da Família é uma aposta na reordenação e expansão da AB no Brasil, focando especialmente na reorientação do processo de trabalho em equipe multiprofissional e área adscrita, mas para isso necessita ter profissionais capacitados para resolverem os problemas de saúde mais comuns e capazes de realizar processos educativos que promovam saúde e previnam doenças e não somente realizar triagem e encaminhamentos (BRASIL, 2000; BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

A ESF aprofunda os conceitos de territorialização e responsabilidade das equipes de saúde, cujo principal trabalho é ser referência de cuidados para uma população específica, com um número até 4.000 pessoas e, em média de 3.000, considerando o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território (BRASIL, 2012). Mas isto deve ser flexibilizado em razão da vulnerabilidade das famílias daquele território, levando-se em conta fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros fatores considerados como de relevância local (BRASIL, 2012).

Além da equipe mínima, pode fazer parte da ESF, o cirurgião dentista, pela equipe ampliada (BRASIL 2012). Outros profissionais podem ser acrescentados nessa equipe de acordo com a demanda e características de organização por meio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que visa aumentar a abrangência e a resolubilidade das ações da atenção básica (BRASIL 2012).

O NASF pode ser composto por: médico acupunturista; assistente social; educador físico; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); e profissional de saúde sanitaria. O NASF faz parte da Atenção Básica, mas não é um serviço que possua uma unidade física independente, ou seja, para que um indivíduo seja atendido no NASF necessita ser encaminhado pelas equipes da Atenção Básica (BRASIL 2012).

Este núcleo busca contribuir na integralidade do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde através da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. Para isso com base nos processos de referência e contrarreferência, o NASF e as equipes de Saúde da Família e/ou equipes da Atenção Básica têm uma responsabilização compartilhada entre os casos e acompanhamentos (BRASIL 2012).

3.2 Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia de Saúde da Família

Inicialmente, desenvolvida em forma de programa centrado na atenção à saúde por um grupo específico de trabalhadores, os ACS iniciaram suas atividades no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Tal programa visava à interiorização das ações de saúde no território brasileiro, baseadas na contribuição dos índices da redução da mortalidade infantil, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Quatro anos após, em 1994, o foco das ações passa a ser a família como unidade de ação programática de saúde e não somente o indivíduo a partir do PSF (VIANNA; DAL POZ, 2005).

O PACS passou a existir no início dos anos 90, mas só foi regulamentado em 1997. Este programa foi inspirado nas experiências de prevenção de doenças do Ministério da Saúde por meio de informações e orientações sobre cuidados de saúde (BRASIL, 2001). O mesmo foi uma importante tática para o aprimoramento e consolidação do SUS e possibilitou a reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, sendo uma ferramenta relevante na transição para o PSF (BRASIL, 2001).

Quando o Ministério da Saúde incorporou os ACS ao SUS, ficou definido que estes trabalhadores, independentemente do nível de escolaridade, deveriam cumprir requisitos formais como residir há pelo menos dois anos na comunidade onde atuaria; ter idade mínima de dezoito anos; saber ler, escrever; ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades (BRASIL, 2001).

Inicialmente os ACS foram contratados pelos municípios por formas diferentes de contratos, e muitas delas não reconheciam seus direitos trabalhistas previstos na constituição federal. A categoria profissional dos ACS se organizou e começaram a reivindicar o reconhecimento de sua profissão e seus direitos, que foi estabelecido em julho de 2002, pela lei nº 10.507 (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006). Com a aprovação da nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2006, o PACS passou a denominar-se Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), onde para sua implantação é preciso a existência de um enfermeiro para até, no máximo, doze ACS e no mínimo quatro (VIDAL; MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

O ACS é definido como profissional *sui generis*, que é oriundo da comunidade, e necessita morar na própria área de trabalho há pelo menos dois anos, e deve ter conhecimento da realidade local, o que é fundamental nos aspectos de solidariedade e liderança. O ACS trabalha com aditamento de famílias em base geográfica definida, sendo responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 750 pessoas (BRASIL, 2003).

Merhy (1997) define que o trabalho em saúde é um processo relacional realizado através do encontro entre duas pessoas onde se estabelece um jogo de expectativas e produções criando espaços de escuta, falas, empatias e interpretações. O processo de trabalho dos ACS é baseado sob as lógicas do “agir tecnológico” e do “agir comunicativo” onde é possível a invenção de novos atos assistenciais, a criação de espaços de fala e escuta qualificada e a construção de vínculos afetivos (FERREIRA et al 2009).

O trabalho dos ACS é baseado em orientações e no acompanhamento de famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, por meio de visita domiciliar, além de contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade, pois é ele quem está mais próximo dos problemas que a afetam (BRASIL, 2009; BRASIL 2011).

Os ACS devem desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade. Estas atividades realizadas pelos ACS devem ser planejadas, coordenadas e avaliadas pelo enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), garantindo qualificação do acesso, acolhimento, vínculo, continuidade do cuidado e orientação da equipe em função das prioridades definidas conforme critérios de necessidade de saúde, vulnerabilidade e riscos (BRASIL, 2012).

Além de acompanhar todas as famílias e pessoas do seu território através de visitas domiciliares, os ACS devem: identificar áreas e situações de risco individual e coletivo; encaminhar as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário; orientar as pessoas, de acordo com as instruções da equipe de saúde; acompanhar a situação de saúde das pessoas, para ajudá-las a conseguir bons resultados (BRASIL, 2009).

4 PERSPECTIVA METODOLÓGICA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, a qual se caracteriza por trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, esse conjunto de dados considerados qualitativos corresponde a um espaço mais profundo das relações, não podendo reduzir os processos e os fenômenos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2007).

Segundo Minayo (2010), tanto as intencionalidades inerentes aos atos das pessoas, quanto às reações, estão incorporadas na pesquisa qualitativa, cujo tipo explica as variáveis das relações consideradas como essência e resultado da atividade humana, afetiva e racional que pode ser apreendida no cotidiano, por meio da vivência e da explicação. Ainda, pode responder às questões particulares, num espaço mais profundo das relações, considerando como sujeitos do estudo pessoas pertencentes a um determinado grupo, com suas crenças, concepções, valores, significados e práticas individuais (MINAYO, 2010).

4.2 Contexto de estudo

O município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul apresenta uma população de 1.476.867 habitantes, seu território está dividido em 17 Distritos Sanitários (DS), com suas especificidades e vulnerabilidades (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015). Os DS de Porto Alegre estão agrupados em Gerências Distritais (GD), que são estruturas administrativas, gestoras microrregionais e também espaços de discussão e prática onde são operacionalizadas todas as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2015).

O cenário do estudo maior foram as ESF localizadas na Gerencia Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal, que atende uma população estimada em 160.000 habitantes, o mesmo conta com 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 19 Unidades de Saúde e 28 equipes de Estratégia de Saúde da Família (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2015).

A escolha da região deu-se pela sua vinculação à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sendo o local prioritário onde ocorrem às práticas de estágio do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

4.3 Participantes

A amostra foi composta por um ACS de cada uma das 28 equipes de ESF da região Glória/Cruzeiro/Cristal. Os critérios de inclusão dos profissionais foram: 1) fazer parte do quadro funcional do serviço, independente do vínculo empregatício; 2) ter idade igual ou maior de 18 anos; 3) atuar no serviço há pelo menos três meses. Sendo excluídos os agentes que estiverem afastados do trabalho no período da coleta de dados.

Em reunião na Gerência Distrital, a pesquisa foi apresentada e solicitada a indicação após reunião de equipe de um ACS por equipe. O convite aos ACS ocorreu pelos coordenadores das Unidades.

Foram realizados três grupos focais, com três encontros cada, totalizando nove encontros. Participaram no primeiro grupo focal nove ACS; no segundo iniciaram nove ACS e ocorreu a perda de duas participantes; e no terceiro iniciaram dez e houve uma perda, totalizando 25 participantes. As entrevistas foram realizadas em seus locais de trabalho após agendamento prévio.

4.4 Geração de dados

A geração de dados do projeto maior ocorreu por meio de grupo focal (ANEXO A) e entrevista semiestruturada (ANEXO B). Para Gatti (2005) o trabalho em grupos focais permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, entendendo práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias no trato de uma dada questão por pessoas que partilham algumas características em comum, relevantes para o estudo do problema visado.

A entrevista semiestruturada parte de questionamentos prévios, conforme as questões de pesquisa e permite que a partir das respostas do informante criem-se novas indagações, ocorrendo o enriquecimento das informações (TRIVIÑOS, 1987). A entrevista realizada em profundidade procura conhecer significados, explorar nuances, capturar as áreas obscuras que podem escapar às questões de múltipla escolha que meramente se aproximam da superfície de um problema (ANGROSINO, 2009).

Na proposta do presente estudo os dados foram coletados a partir do material obtido nos grupos focais e nas entrevistas semiestruturadas da pesquisa, especialmente no que tange a trajetória familiar, histórico da localidade e a aproximação com sua atividade de trabalho.

4.5 Análise do material produzido

A operacionalização para a análise do material produzido a partir dos grupos focais e entrevistas semiestruturadas ocorreu pela categorização temática, segundo Minayo (2007). Minayo (2007, p. 316) afirma que “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

Segundo a mesma autora, a análise temática acontece em três fases: 1) pré-análise - compreende o período em que se organiza o material; 2) exploração do material - é o momento em que se codifica o material, organizando-o em categorias teóricas ou empíricas; 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação - nesta fase os achados empíricos serão interpretados a luz do quadro teórico.

4.6 Aspectos éticos

O projeto ao qual o presente estudo está vinculado atendeu às prerrogativas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), quanto à aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS sob o nº 1.009.554 (ANEXO C), Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria da Saúde de Porto Alegre sob o nº 1.147.148 (ANEXO D).

O uso dos dados previamente coletados foi permitido pela pesquisadora responsável através de uma Carta de Autorização (ANEXO E).

A atual proposta foi aprovada pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (ANEXO F).

REFERÊNCIAS

ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 138p.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf> Acesso em: 27 out. 2015.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes a dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília; 1990 set 20. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em: 25 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf> Acesso em: 23 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde. (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>> Acesso em: 23 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf> Acesso em: 23 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 24 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria número 2.488, de 21 de outubro de 2011. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 23 jul.2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf> Acesso em: 23 jul. 2015.

FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(4): 898-906, abr, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/21.pdf>>. Acesso em: 23 jul.2015.

GATTI, B. A. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: **Líber livro**, 2005.

GEERTZ, C. **A Interpretação das culturas**. 1. ed., reimpr. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015. **Rio Grande do Sul, Porto Alegre**. 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431490&search=||info%EFico%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 04 out. 2015.

KLUTHCOVSKY, A.; TAKAYANAGUI, A. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 5, p.23-29, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/23/334>>. Acesso em: 27 out. 2015.

MARZARI, C.; JUNGES, J.; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, p.873-880, 2011. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1413-81232011000700019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700019&script=sci_arttext>. Acesso em: 08 out. 2015.

MATTA, et al. Atenção Primária à Saúde. In: FERLA, Alcindo Antônio et al. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. p. 01. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 31 ago. 2015.

MERHY, et al. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 71-112.

MERHY, et al. **O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MINAYO, M.; DESLANDES, S.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007. p. 64.

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

NOGUEIRA, R.; RAMOS, Z.V.O. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde. [Texto para discussão 735]. 2000. 33p. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0735.pdf>. Acesso em: 25 de ago. 2015.

SAKATA, K.; MISHIMA, S. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 46, n. 3, p.665-672, 2012. FapUNIFESP (SciELO). DOI:10.1590/s0080-62342012000300019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000300019&script=sci_arttext>. Acesso em: 8 out. 2015.

SÃO PAULO. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. (Org.). Programa Saúde da Família: Informes Técnicos Institucionais. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 34, n. 3, p.316-319, 2000. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0034-8910200000300018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n3/2237.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE.,2015.**Estrutura**. 2015. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=808>. Acesso em: 04 out. 2015.

SILVA, J.; DALMASO, A. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v. 6, n. 10, p.75-83, fev. 2002. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180114097007>>. Acesso em: 01 set. 2015.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia e o marxismo. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

VIDAL, S.; MOTTA, L.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.129-140, 2015. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0104-12902015000100010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100129>. Acesso em: 04 nov. 2015.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; POZ, Mario Roberto dal. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. , n. 15, p.225-264, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2015

ARTIGO

**APROXIMAÇÃO E INSERÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Seguindo normas da Revista de APS - Atenção Primária à Saúde (ANEXO G)

APROXIMAÇÃO E INSERÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Resumo

Este estudo tem por objetivo discutir a aproximação e inserção dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família, de uma Gerência Distrital de Saúde no Município de Porto Alegre, RS. Foi desenvolvido estudo qualitativo com realização de grupos focais e entrevistas com 25 ACS, no período de agosto de 2015 a fevereiro de 2016, a análise ocorreu por categorização temática. Observou-se que a maioria dos ACS estavam inseridos no território desde o nascimento ou há 20 anos. Mudanças estruturais, como o reassentamento involuntário e a crescente violência nos territórios desafiam seu trabalho. A procura pela atividade de ACS estava mais vinculada a necessidade de um trabalho estável. As formas de contratação destes trabalhadores revelaram o paralelismo no vínculo empregatício dos profissionais da ESF em relação à rede básica municipal. A motivação para manter-se no trabalho esteve atrelada a laços solidários e mediação do serviço de saúde e comunidade. Ao mesmo tempo, foram expressos sentimentos contraditórios em relação ao reconhecimento pela população e equipe de saúde e ainda pela inoperância da rede de saúde. A (des) motivação esteve presente na realização de atividades no interior da unidade. Acredita-se na contribuição do ACS para consolidação da AB, mas se reconhece a necessidade de efetivas mudanças no processo de trabalho das equipes e na constituição das redes de saúde, com vistas a oportunizar uma retaguarda efetiva à AB.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Recursos humanos em saúde.

Introdução

A Atenção Básica (AB) brasileira tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) sua principal forma de reorganização, expansão e consolidação de princípios. Para tanto, foi proposto mudanças no processo de trabalho, passando das ações individuais para ações em equipe, considerando a interprofissionalização como uma forma de promover o vínculo e o cuidado longitudinal.¹

O agente comunitário de saúde (ACS) é integrante da equipe da ESF, diferentemente dos demais trabalhadores tem a prerrogativa de residir na área de abrangência da unidade de saúde (US).² É inerente ao seu trabalho compreender a realidade em que está inserido, considerar o ambiente e a cultura local no desempenho das suas funções, identificando situações e necessidades que não seriam facilmente (re) conhecidas pelos demais profissionais da equipe da ESF. Em recente portaria de número 958 de maio de 2016 o ACS deixa de pertencer a equipe mínima da ESF, é acrescido a mesma com um teto de horas a cumprir.³ Neste momento, está portaria foi revogada, pela necessidade de debate sobre o tema com gestores e profissionais.

Incontestavelmente, permanece o papel de mediação deste trabalhador entre comunidade e equipe de saúde, contribuindo para um cuidado em saúde situado, por meio da tradução de diferentes realidades, dinâmicas sociais, valores e hábitos circulantes entre os moradores.⁴

O ACS vivencia uma duplicidade na vida e no trabalho, ao mesmo tempo em que é morador também é trabalhador, sendo confrontado com a necessidade de desenvolver uma escuta constante, construção e reconstrução de vínculos. Para Ferreira et al.⁵, o processo de trabalho do ACS é engendrado, principalmente, por duas formas de ação, a tecnológica e a comunicativa, as quais interagem constantemente com suas vivências nos diferentes âmbitos individuais, familiares, no território e no domicílio produzindo diferentes modos e formas de cuidar.

Este estudo tem por objetivo discutir a aproximação e inserção dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família, de uma Gerência Distrital de Saúde no Município de Porto Alegre, RS.

Percurso metodológico

Estudo descritivo com abordagem qualitativa.⁶ Integra uma pesquisa maior intitulada “O diálogo entre diferentes saberes no cotidiano dos agentes comunitários de saúde” realizada no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em uma Gerência Distrital (GD), na qual a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) desenvolve atividades docentes assistenciais. A população do estudo foram os ACS das 28 equipes de ESF presentes no território. A mostra foi composta de um agente por equipe. Os critérios de inclusão dos profissionais foram fazer parte do quadro funcional do serviço há pelo menos três meses, independente do vínculo empregatício. E os de exclusão os ACS que estivessem afastados do trabalho no período da coleta de dados.

A geração dos dados ocorreu no período de agosto de 2015 a fevereiro de 2016 por meio de grupo focal e entrevista semiestruturadas. Ambos foram gravados por meio de aparelho digital e posteriormente transcritos. Realizou-se três grupos focais, com três encontros cada, totalizando nove encontros. As questões disparadoras para cada encontro foram: “pensando em seu trabalho, destaque as principais necessidades em saúde, os problemas sociais e de saúde das comunidades e territórios onde atuam”; “como você, considerando determinado problema de saúde e seu contexto desenvolve seu trabalho/orientação e ações de educação em saúde? ”; e “em que medida os conhecimentos por você transmitidos provém de suas experiências do cotidiano de vida e trabalho? ”. Um pequeno filme foi exibido para fomentar a questão que se apresentou para a discussão. Participaram no primeiro grupo focal nove ACS; no segundo iniciaram nove ACS e ocorreu a perda de duas participantes; e no terceiro iniciaram dez e houve uma perda, totalizando 25 participantes. Com estes as entrevistas foram realizadas em seus locais de trabalho após agendamento prévio.

As entrevistas enfocaram a trajetória de vida, aproximação e o processo de trabalho e as redes de conhecimento no e para o trabalho. Neste estudo se utilizou os dados obtidos nos grupos focais e nas entrevistas semiestruturadas, especialmente no que se referiu a trajetória de vida e aproximação com o trabalho. Para garantir o anonimato dos participantes, as entrevistas foram identificadas pela letra A seguida de número arábico. A classificação numérica aconteceu de forma aleatória, de 1 a 25 e para os grupos focais a abreviação GF e o número do encontro. Utilizou-se o software Nvivo 10.0 para organização do material. O tratamento e a análise ocorreram por meio de categorização temática.⁶

Em relação a caracterização dos sujeitos de pesquisa a mediana de idade foi 45 anos. A maioria dos participantes é do sexo feminino 80%. A autodeclaração da raça/cor apresentou o mesmo quantitativo de brancos e negros 44% respectivamente e 12% pardos. Quanto a

escolaridade 64% dos participantes tinham o ensino médio completo e/ou formação técnica, 20% o ensino superior incompleto, 12% possuíam o ensino superior completo e 4% o ensino fundamental completo. O vínculo empregatício dos ACS era via Instituto Municipal e hospital filantrópico, ambos submetidos à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A mediana de tempo em exercício da profissão como ACS foi de dois anos (tempo mínimo 8 meses e máximo de 19 anos).

As necessidades, os problemas sociais e de saúde das comunidades e territórios identificados pelos ACS nos grupos focais foram o aumento da violência, o tráfico de drogas, o crescimento da população idosa, gravidez na adolescência e o crescente número nos casos de saúde mental.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS sob o nº 1.009.554 e da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre sob o nº 1.147.148. E o presente estudo submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa em Enfermagem (ANEXO F).

Resultados e discussão

Os resultados serão apresentados a partir de três temas: morar e trabalhar ou trabalhar e morar no território: até quando?; Aproximação e o vínculo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e as (des) motivações do Agente Comunitário de Saúde para o trabalho.

Morar e trabalhar ou trabalhar e morar no território: até quando?

A prerrogativa do Ministério da Saúde de que o ACS fosse morador na comunidade há pelo menos dois anos para candidatar-se ao cargo, indica uma necessidade de maior conhecimento e familiaridade com seu local de trabalho e com as pessoas que ali vivem.⁷ A maioria dos ACS participantes da pesquisa vivem nestes locais desde que nasceram ou a mais de 20 anos (64%); há também aqueles que moram de seis a 20 anos (20%) e ainda outros que residem nos locais onde trabalham há cinco anos ou menos tempo (16%).

*É assim... meus pais eles moravam aqui né? E aí eu casei e aí nós conseguimos uma casa do lado dos meus pais, E aí fomos ficando né?
(A13).*

Faz três anos que eu moro aqui, eu terminei vindo morar aqui por causa do concurso mesmo, mas eu já conhecia a área porque eu já fui cobrador de ônibus em uma linha que atravessa aqui dentro (A20).

Embora recentemente a região do estudo tenha passado por algumas alterações de infraestrutura com os jogos da copa do mundo no ano de 2014, permaneceu com as modificações, tendo em vista o Programa Integrado Socioambiental (Pisa). Tal programa busca essencialmente, conforme as informações disponíveis no site do município de Porto Alegre, garantir a expansão do tratamento de esgoto da capital e a balneabilidade das águas do Guaíba reduzindo a densidade de coliformes fecais lançados em sua extensão como, por exemplo, no arroio cavahada, situado em um dos bairros pertencentes à gerência distrital em estudo.⁸

Para concretizar este projeto ocorre a execução do plano de reassentamento involuntário de população e atividade econômica, prevista para atingir 1.680 famílias, as quais serão realocadas para conjuntos habitacionais, ou o recebimento de 40 mil reais para aquisição de um novo imóvel.⁸ Dois dos ACS participantes da pesquisa estavam nesta situação e manifestaram preocupação na manutenção do emprego:

“Se a gente consegue comprar com o bônus a gente sai, como eu tenho o meu emprego e não posso sair da minha área, eu não posso comprar em outro lugar, então eu fico atrelada né. Se eu sair da área eu vou perder o emprego automaticamente (A16).”

“Como a minha casa foi atingida pela aquela área da copa que vai sair, então eu tô por enquanto no aluguel social, não encontrei uma casa ainda no valor que eles pagam o bônus (A4).”

A ONU reconhece o direito à moradia previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e, 59 anos depois, em 2007, elaborou orientações tanto para o Estado como para as populações sobre os princípios básicos e orientações para remoções e despejos causados por projetos de desenvolvimento. Alerta para o afastamento de creches, escolas, hospitais e mesmo do trabalho das famílias removidas e ainda da possibilidade de as mesmas ficarem desabrigadas.⁹

[...] a questão da moradia foi o que mudou, mas não o ponto positivo, não vejo como ponto positivo, porque te tiraram do lugar onde tu tinha tudo perto: mercado, ônibus, uma comunidade onde tu conhece, pra te jogar lá num lugar pra tu viver tipo bicho, sabe? (A8).

Estas situações de remoções involuntárias estavam presentes em dois dos três bairros que compõe a gerência distrital estudada. No entanto, foi comum aos três bairros a identificação da crescente onda de violência que atinge aos moradores. Quando os ACS foram questionados sobre as mudanças ocorridas em seus locais de moradia foi unânime os depoimentos que sinalizam para o aumento da violência, aliado ao tráfico de drogas. Para

40% dos ACS os episódios de violência alteram o funcionamento das US, restringindo o horário de funcionamento da mesma e intimidando os trabalhadores, que muitas vezes afastam-se de suas atividades. Além disso, revelaram histórias de amigos de infância que fizeram "escolhas errada" e foram mortos em confronto com a polícia ou mesmo entre grupos rivais no território:

“Mas acho que a questão da violência aqui na região é um problema, de verdade. Era dia de mandar a gente recolher pra unidade e não trabalhar mais por causa da violência, mas é difícil e pra gente que mora ali dentro (...). As pessoas estão entendendo que aquilo ali é normal, mas não é normal não. Eu particularmente, a maioria dos meus adolescentes já morreram [com quem desenvolvia atividade esportiva], eu vi se criar junto com os meus filhos, jogavam futebol com os meus filhos, a maioria já morreram, tinha um time de futebol (GF3).”

“Gente uma coisa que é errado esse negócio de tiro, é natural tu te ferrar e achar normal, tá errado pensar isso, de noite eu tô deitada e da aquela saraivada de tiro, eu acho que não é normal achar eu isso é normal. Só que eu to numa fase que já me acostumei (GF1).”

Estudo na cidade do Salvador, Bahia, que analisou os significados atribuídos pelos ACS a violência vivenciada no cotidiano de trabalho observou que muitas vezes a defesa adotada é "fingir que nada aconteceu", naturalizar a violência é uma necessidade para continuar a viver nos territórios, tendo como consequência o silenciamento e o medo.¹⁰

A ausência do estado na periferia das cidades, oferecendo serviços de boa qualidade como escolas e creches, a pouca participação da sociedade organizada exigindo tais serviços, colaborou para o aumento de grupos armados vinculados ao tráfico de drogas. Neste cenário de morador e trabalhador o ACS é atingido duplamente, pela insegurança em trabalhar e morar em um ambiente perigoso, resultando em grande carga de estresse pelo medo de sofrer violência física e moral.¹¹

Aproximação e o vínculo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde

A aproximação dos ACS com a ESF foi identificada por meio de três diferentes percursos, dentre os 25 participantes da pesquisa: buscar esta profissão por querer uma estabilidade trabalhista foi citado por 44% dos ACS; ao passo que representar a comunidade

em fóruns de participação social ou ainda prestar serviços vinculados a educação infantil e outros serviços na comunidade foi referido por 32% dos participantes e ser profissionais da área da saúde, porém com qualificação ou experiência aquém das solicitadas pelos serviços foi 24%.

Estudo de Silva e Santos¹² enfocando os motivos que levaram as pessoas a se candidatar ao cargo de ACS apontaram que 70% buscavam uma oportunidade de trabalho e 30% foram movidas pelo desejo de ajudar o próximo ou melhorar as condições de vida do bairro.

No primeiro percurso identificado na aproximação com o trabalho, foi contemplada a busca por um trabalho estável, um “concurso”, neste sentido foi relatado à influência de amigos, vizinhos ou colegas de trabalho para alcançar tal objetivo:

“Eu prestei o concurso, trabalhava na creche e fiz o concurso porque a minha irmã foi fazer e me inscreveu e eu fiz com ela [...] eu fiz e aí gostei da ideia, passei e tô aqui (A9). ”

O fato de buscar um trabalho estável, independente da função fez com que tais pessoas descobrissem o papel que desempenhariam ao longo do percurso da profissão, embora os entrevistados denominem concurso, eles passaram por um processo seletivo e sua contratualização é regida pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A Emenda Constitucional 19 de 1998 estabeleceu duas formas de vinculação do servidor público a um órgão de Estado: o regime estatutário e o regime celetista.¹³

O que difere o regime estatutário e o regime celetista, é que o primeiro se enquadra no regime jurídico-administrativo regido pela Lei 8.112/90 com regime próprio de previdência social e estabilidade após três anos de exercício efetivo. O segundo, no regime jurídico privado, nas normas da CLT, segue todas suas regras trabalhistas e recebem o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), que o estatutário não possui.¹⁴ Em contrapartida não possui estabilidade, podendo ser desligado de suas funções independente do tempo de trabalho.

Ao avaliar o vínculo empregatício de equipes de saúde da rede básica das Regiões Sul e Nordeste Tomasi et al.¹⁵ observaram que o ingresso por concurso público alcançou mais os trabalhadores das equipes de modelo de atenção tradicional do que no PSF tanto no Sul quanto no Nordeste. O vínculo de trabalho tipicamente precário estava presente em 38% dos trabalhadores da atenção básica, com maior significância no Nordeste. Em tais condições os empregadores deixam de pagar os encargos sociais sob sua responsabilidade e não recolham o que seria descontado de seus empregados, deixando, portanto, de assegurar aos mesmos direitos como férias, FGTS, licença, décimo-terceiro salário e aposentadoria.¹³

Observou-se na segunda maneira de aproximação um engajamento em fóruns de representação social como participação em reuniões do Orçamento Participativo (OP) e prestação de serviços à comunidade vinculados a Organizações Não governamentais (ONG), em serviço de educação e assistência social na comunidade. As reuniões do OP visavam ampliar e aprimorar o debate entre as prioridades elencadas pelo Governo Municipal e a população, tal estratégia teve início em Porto Alegre no ano de 1989.¹⁶ Este pioneirismo em participação popular visava descentralizar as decisões e atribuir à população organizada a eleição de prioridade para uso dos recursos financeiros estatais.¹⁷

Aliado ao engajamento em fóruns buscando melhorias para a comunidade uma entrevistada relatou ações de participação em mutirão e sua preocupação com as condições sanitárias:

“A gente ia desentupir o bueiro, o pessoal ia de pé no chão, eu digo olha: tu pode pegar Leptospirose vamo arrumar uma bota de borracha pra ti colocar, esse cuidado assim que a gente tinha muito (A8). “

Estudo que descreveu o perfil social dos ACS em Juiz de Fora, MG observou que em relação a participação social havia uma discreta participação, em locais de representação que buscavam melhorias para as condições de saúde, por exemplo, em torno de 20%. Os autores chamam a atenção para a capacidade de liderança comunitária como uma característica importante nas pessoas que desenvolverão atividades profissionais como ACS.¹²

A aproximação de alguns ACS já profissionais na área da saúde ocorreu pela necessidade de ter um emprego. Uma das participantes justificou sua escolha, pois trabalhou muitos anos num hospital e por falta de qualificação em técnico de enfermagem foi desligada do trabalho. Foi relatado também pelas demais participantes dificuldades em encontrar emprego, fosse pela idade avançada, inexperiência na área de formação ou pouca qualificação:

“Eu fiz o concurso porque eu precisava urgentemente de um emprego, que eu não tava conseguindo nada né? [...] daí como eu só tenho alguns anos e então pra mim conseguir emprego tava difícil, daí e me grudei no concurso (A24). ”

Para Silva e Santos¹² a vinculação anterior com a área da saúde e o trabalho como ACS pode ser justificado pela insuficiência ou mesmo a escassez de mercado de trabalho para todas essas profissões. Alertam, no entanto, para considerar tais atuações para melhor aproveitamento da força de trabalho em situações mais específicas como nas práticas educativas.

Ao buscar conhecer as formas de contratação traduzidas nos vínculos trabalhistas dos ACS se reconstituiu a trajetória da ESF em Porto Alegre, cujo início ocorreu no ano de 1996.

Nos primeiros quatro anos, segundo o relato de uma participante da pesquisa o empregador dos profissionais das equipes era o presidente da associação local dos moradores. Com sucessivos atrasos no pagamento dos salários, os trabalhadores iniciaram um movimento para rever a forma de contratação. Liderados por uma médica exigiam junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) maior transparência no uso dos recursos financeiros e humanos. A partir destas reivindicações a Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Faurgs) passou a ser a contratante responsável pelos trabalhadores, no ano de 2000 a 2007. Parte dos ACS participantes da pesquisa (36%) iniciaram suas atividades neste período. Em relação a este tempo recordaram que havia maior suporte ao trabalhador, tanto em relação à ocorrência regular de capacitações como as condições para desempenhar um bom trabalho com a comunidade.

O tempo da Faurgs, porque na Faurgs eles davam mais confiança de trabalhar e te davam mais segurança né? Um monte coisa que envolve também, aqui no IMESF a gente não tem segurança (A22).

Contudo no ano de 2007, o Ministério Público Federal recomenda a prefeitura o não pagamento de 10% do valor do contrato, a taxa de administração, culminando no rompimento com a Faurgs. A partir disso, abriu-se a possibilidade de contratação de uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), denominada de Instituto Sollus, com sede em São Paulo, sendo responsável por gerenciar os recursos materiais e humanos para as ESF, exceto os ACS. Por este motivo estes trabalhadores foram mantidos por contratação temporária pela Secretaria Municipal de Administração. Neste período, o Instituto Sollus teve seu termo de parceria impugnado pelo Tribunal de Contas do Estado.¹⁸

Para os ACS tal forma de contrato foi o mesmo que serem “estagiários”, pois neste período os direitos trabalhistas não foram assegurados, como por exemplo, a não contribuição previdenciária, prejudicando assim aqueles que encaminharam pedido de aposentadoria:

“E agora quando eu fui me aposentar teve esses quatro anos que eu fui descontada, porque eles não depositaram meu fundo de garantia e deu problemas, então eu fui prejudicada por um vínculo empregatício que não muito pouco respeitava, não só a mim, como todos da categoria. (A11).”

Dois anos mais tarde, em março 2009, a SMS identifica irregularidades na prestação de contas do Instituto Sollus e envia tais documentos ao Ministério Público Estadual. Conseqüentemente, a prefeitura suspende o repasse de valores à OSCIP que não se destinasse a folha de pagamento, encargos sociais, provisões de demissões e despesas de pessoal administrativo.¹⁸

Passados dois meses, em maio de 2009, a SMS realiza uma auditoria interna para averiguar todas as contas do Instituto Sollus e encontra mais irregularidades nas notas fiscais.

O município de Porto Alegre entra com uma ação civil pública pedindo intervenção judicial no Instituto, o Ministério Público autoriza, contudo, o judiciário não atende ao pedido e a prefeitura recorre ao Tribunal de Justiça. O julgamento aconteceu sete meses mais tarde, em dezembro. No entanto, a partir de agosto os recursos materiais e humanos gerenciados pela Sollus passaram para o Instituto de Cardiologia - Fundação Universitária de Cardiologia (IC - FUC), acompanhado pelo Ministério Público do Trabalho.¹⁸

No ano de 2011 ocorreu a transição dos recursos humanos gerenciados do IC-FUC para a fundação intitulada Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), por meio de processo seletivo e aqueles profissionais que não obtiveram aprovação foram demitidos e novos profissionais admitidos nas ESF. Naquele momento, apenas os ACS mantiveram-se em suas atividades sem prestar seleção.¹⁸

O Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, manifestou sua posição contrária, publicamente, sobre o Projeto de Lei 053/10, de criação do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família alegando o paralelismo da rede de atenção à saúde, ao invés de otimizar as estruturas existentes da AB e viabilizar a migração destes trabalhadores para as ESF. Foi ressaltado, ainda a dificuldade em gerenciar trabalhadores com diferentes vínculos, municipais e terceirizados, por exemplo, constituindo um *nó crítico* para a gestão do SUS e aprofundando a segmentação da força de trabalho, com diferenças tanto salariais como de estímulos ao crescimento e aperfeiçoamento profissional.¹⁹

Atualmente a maioria dos ACS é vinculada ao IMESF, mas entre os participantes da pesquisa, apenas 24% realizaram o processo seletivo quando o IMESF já era a empresa contratante. E em junho de 2013, o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul julgou inconstitucional a lei municipal que criou o IMESF, alegando que a prestação dos serviços de saúde é um dever do município, vetando sua transferência integral a entidades privadas, a qual poderá participar no sistema de saúde de forma complementar, porém não exclusiva, violando normas constitucionais.²⁰

As dúvidas em relação à legitimidade do IMESF geram descontentamentos e incertezas na manutenção do trabalho.

Ah! Tu não tem aquela segurança, ah! Eu sou um funcionário público, a única coisa que eu sei é que eu tenho estabilidade pra não me mandarem embora, mas esse negócio de fica aqui, fica ali, e fica lá e fica acolá, desestimula, te deixa sem norte né? Hoje eu tô no IMESF, amanhã se o IMESF fechar eu vou para aonde? Volto pra SMA de novo como estagiário? (A22).

As mudanças na forma de contratação dos profissionais das ESF e utilização dos recursos financeiros de maneira em geral ao longo da história em Porto Alegre gera um clima

de instabilidade, prejudicando os projetos de vida dos trabalhadores e sua implicação com o cotidiano de trabalho. Além disso, pode ter sido impeditivo para uma melhor adequação da infraestrutura das US.

Outra forma de contrato dos ACS, ainda presente no município de Porto Alegre é a vinculação a hospitais filantrópicos, foi expresso por duas agentes vantagem e desvantagem em relação ao restante da categoria que atuam nas demais unidades de saúdes. A vantagem ocorre, especialmente, pela presença de um auxiliar administrativo e a desvantagem fica por conta de possuírem um salário inferior aos dos colegas.

As (des) motivações do Agente Comunitário de Saúde para o trabalho

As motivações iniciais apresentadas pelos ACS para o trabalho foram pela perspectiva de manter-se próximo de casa, a possibilidade de ficar mais próximo dos filhos, ter um emprego remunerado, trabalhar em horário comercial e não depender de transporte público, como explicitado a seguir:

“ [...] mas pelo fato de ser mais perto da casa também facilita, né? Eu tenho filho, pode ir de manhã pra escola e pode ficar em casa sozinho, posso ir de vez em quando dar uma regulada nele, ver como ele tá [...], enfim então me facilitou praticamente 100% (A2). ”

A motivação para manter-se no trabalho, no entanto, adveio da possibilidade de ajudar as pessoas, referido por 56% dos ACS.

Porque eu acredito assim que no dia-a-dia tu tá sempre querendo alguma coisa nova, sempre tá vendo algo que tu pode ajudar mais né? E é gratificante tu poder ver quanto bem tu tá fazendo pra comunidade né? Que a gente vê aqui hoje como eles tão bem cuidados... (A13).

Percebeu-se, no entanto, que esta relação, entre ACS e as pessoas que acessam o serviço, não é linear. Paradoxalmente, foi apontado a falta do reconhecimento pela população ao seu trabalho, sendo exemplificado pela situação de acompanhamento periódico de beneficiárias de políticas redistributivas, como bolsa família e seus dependentes que necessitam alguns indicadores como a aferição do peso. Em muitas situações estas mulheres demoram em acessar o serviço, mesmo com os insistentes lembretes de tal compromisso, em situações extremas o benefício é interrompido. Assim, que regularizam as informações e voltam a recebê-lo elas demonstram gratidão e reconhecimento ao trabalho do ACS. Outra situação que denota esta circunstância é quando as pessoas vão até suas casas, no horário de descanso para obterem informações sobre o funcionamento da ESF ou ainda sobre exames ou medicamento que necessitam.

[...] eu trabalho aqui há muitos anos e aí as pessoas acham que eu sou agente de saúde 24 horas, eu não! Eu sou agente de saúde de segunda a sexta, eu não, não dou, a minha casa é minha casa, porque as pessoas também acham que tu livre 24 horas, não, não (A10).

Para alguns autores^{21, 22} a subjetividade da prática entre ACS e o usuário é intercalada pelo sentimento de frustração e solidariedade, ao mesmo tempo em que há um compromisso na busca do bem-estar do outro, também ocorre um descontentamento pela perda da privacidade.

Mesmo diante destes desafios foi reiterado o gosto pelo trabalho que desempenham. O maior sentimento de frustração foi revelado quando o ACS não consegue auxiliar uma pessoa, situação que ocorre muitas vezes pela inoperância da rede de saúde, na demora do acesso às consultas especializadas ou ainda da rede protetiva para situações de violência contra criança e idoso, especialmente.

Às vezes até mesmo pelo que a gente encontra às vezes em certas famílias, coisa que tu não consegue ajudar, então tu fica frustrada de ver crianças com problema, familiar que tu tenta ajudar... É bem difícil, mas a gente arruma força e fica porque gosta (A9).

A falta de sintonia entre o que a população demanda e o que o serviço oferece, aliado a ineficiência na retaguarda da rede de saúde, instabiliza a relação de confiança entre o trabalhador e a população, gerando prejuízo no vínculo estabelecido e conflito pessoal ao ACS. Para as autoras, o sofrimento no trabalho decorre deste conjunto de impossibilidade de prestar um cuidado mais afinado as demandas apresentadas.²³

Foi mencionado, ainda, que muitas vezes o acompanhamento no domicílio é quase exclusividade do ACS, os demais profissionais habitualmente não realizam visitas domiciliares, sobrecarregando-os e de certa forma provocando um sofrimento em relação a suas possibilidades de intervenção frente às situações de orientação e cuidados nos extremos do ciclo vital, na população infantil e idosa, por exemplo.

A realização de visitas domiciliares configura uma oportunidade para compreensão mais ampla dos processos de adoecimento, incluindo a dimensão social, territorial e familiar, potencializando o trabalho interprofissional e as relações cooperativas entre os trabalhadores. Apesar disso, observou-se dificuldade na organização do processo de trabalho que privilegie tal atividade, que na maioria das vezes, é realizada apenas pelo ACS.²⁴

Em contraponto, estudo realizado na região metropolitana de Curitiba evidenciou que a maioria dos ACS são acompanhados por um ou mais profissionais da saúde semanalmente durante as visitas domiciliares, reforçando o papel de mediação deste profissional entre a equipe de saúde e a população.²⁵

A motivação, contudo, está presente em atividades cotidianas como manter um grupo de caminhada com pessoas idosas e promover passeios em pontos turísticos próximos da área da ESF. Para 30% dos ACS, tais atividades colaboram para o bem-estar da população e geram a sensação de dever cumprido. Assim como, adentrar na casa das pessoas, escuta-las, conhecer suas histórias e os problemas enfrentados *“e depois de alguns dias ser agradecida por ter ajudado é o que recompensa e dá motivação para continuar (A1) ”*.

Os ACS veem nestas possibilidades o significado e motivação para o seu trabalho, aliando habilidades pessoais para ouvir interessadamente e exercitando a aproximação das demandas percebidas com a oferta da ESF:

“A motivação pra mim, que eu vejo é que é tudo muito carente, muito deficitário, mas eu procuro fazer ao menos a minha parte, algum pouquinho a gente vai plantando né? Então uma orientação aqui, um convite pra ir no posto, vim fazer um CP, uma mamografia, olhar uma receita, procurar mostrar que o posto tá tentando melhorar, que tem o acolhimento (A19). ”

A motivação também foi manifesta pelo entendimento do papel exercido pelo ACS como mediador entre a comunidade e equipe da ESF, na qual o ACS oferece meios para que os profissionais conheçam melhor as condições de vida das pessoas e sua relação com o processo saúde doença. Foi exemplificada tal situação da seguinte maneira:

“[...] não é que nem antigamente que a gente pra chegar no médico era só aquela ficha marcada, tu chegava e o médico não sabia nada da tua vida. Só se viesse 2, 3 anos seguidos pra ele te reconhecer. Hoje em dia não, hoje em dia a enfermeira sai na comunidade com a gente e eles já “Ah! Enfermeira vem cá. ” Sabe? Tem toda aquela intimidade e eles não tem a vergonha de expor o problema deles, é diferente de tu chegar no consultório e tu não conhecer a pessoa e ter medo de se expor, acho que isso facilitou bastante e me motiva a continuar (A4). ”

A desmotivação esteve presente nos depoimentos dos ACS tanto nas discussões coletivas como nas entrevistas individuais, e as principais razões foram a constante falta de medicamentos e materiais para o cotidiano de trabalho, como aqueles utilizados em atividades de educação e saúde.

O trabalho em equipe foi mencionando como desmotivador por 24% dos ACS, especialmente no que se refere ao respeito e reconhecimento à sua atuação, devido às relações hierárquicas bem marcadas e à alta rotatividade de profissionais, principalmente dos enfermeiros. Brand et al.²⁶ corrobora em seu estudo desenvolvido no interior do Rio Grande do Sul, no qual as dificuldades apontadas pelos ACS referiam-se a constante falta de materiais para a realização adequada e segura de suas ações, assim como pela falta de reconhecimento e respeito pela equipe ao seu trabalho. A alta rotatividade dos profissionais de nível superior nas

ESF foi justificada pelo desejo de melhores salários busca pela estabilidade, por meio de concursos públicos para a profissão.²⁷

Também foi enfatizado como desmotivação ao trabalho o desempenho de atividade no interior da ESF como permanecer na recepção, realizar o agendamento de consultas e exames via sistema e o preenchimento do e-SUS. Foi salientado o despreparo de alguns trabalhadores em usar computadores e a ausência de capacitação para seu preenchimento. O e-SUS AB é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde.²⁸

Um estudo realizado com profissionais das equipes de ESF em Florianópolis demonstrou que metade dos entrevistados não recebeu treinamento para trabalhar com o e-SUS, e por esta inaptidão subutilizam o sistema, registrando incorretamente ou de forma imprecisa.²⁹

Simões³⁰ relata que a execução de outras atividades pelos ACS, como ficar na recepção, procurar prontuários, atender ao telefone, marcar consultas, além de todos os cadastramentos e relatórios, foram considerados fatores de sobrecarga e estresse ao ACS. Especialmente, porque estas atividades interferem na realização das visitas domiciliares, diminuindo sua ocorrência. No entanto, há cobrança pelos supervisores para que as informações em saúde sejam geradas a partir destes espaços.

Considerações finais

Ao estudar a aproximação e inserção dos ACS nas ESF observou-se que a maioria deles já estavam inseridos no território desde o nascimento ou há pelo menos 20 anos. Mudanças estruturais, como o reassentamento involuntário, também afeta aos ACS. A crescente violência nos territórios por grupos armados na disputa pelo tráfico de drogas atinge duplamente o ACS pelas dificuldades em realizar seu trabalho, assim como por testemunhar a morte de diversos jovens com os quais tem laços afetivos.

A procura pela atividade de ACS esteve mais vinculada à necessidade de um trabalho estável. As formas de contratação destes trabalhadores revelaram o paralelismo no vínculo empregatício dos profissionais da ESF em relação à rede básica municipal, gerando perda de direitos trabalhistas pelas diversas trocas de contratante e a alta rotatividade de profissionais.

As motivações para o trabalho, na maioria das vezes, justificaram-se pelo fato de ser próximo de casa e colaborar na conciliação de atividades domésticas. Para continuar no

trabalho, a motivação adveio da possibilidade de ajudar as pessoas, desenvolvendo escuta atenta e ações de promoção da saúde. Paradoxalmente, há o descontentamento pela falta de reconhecimento pela população e equipe de saúde, pelas solicitações da população em horários de descanso e ainda pela inoperância da rede de saúde. A (des) motivação esteve presente na realização de atividades no interior da unidade.

Acredita-se na contribuição do ACS para consolidação da AB, por meio do cumprimento de seus princípios no cotidiano dos serviços. No entanto, se reconhece a necessidade de efetivas mudanças no processo de trabalho das equipes, bem na constituição das redes de saúde, com vistas a oportunizar uma retaguarda efetiva à AB.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BRASIL). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
2. Ministério da Saúde (BRASIL). Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 958, de 10 de maio de 2016. [Citado em: 15 de jun 2016] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0958_10_05_2016.html
4. Filgueiras AS, Silva ALA. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário de saúde do Brasil. *Psysis*. 2009 21(3):899-916.
5. Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad. Saúde Pública*. 2009 abr; 25(4):898-906.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010
7. Ministério da Saúde (BRASIL). Programa agentes comunitários de saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2001. [Citado em: 15 jun 2016] Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>
8. Porto alegre. (Brasil). Projeto Integrado Socioambiental. 2014. Porto Alegre, Rio Grande do Sul. [Citado em 3 jun 2016] Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/smgae/default.php?p_secao=45
9. Rolnik R. Como atuar em projetos que envolvem despejos e remoções? Relatoria especial da ONU. 2010. [Citado em: 03 junho 2016] Disponível em: http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2012/04/GUIA_REMOCOES_portugues_20119.pdf
10. Souza LJR, Freitas MCS. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. *Rev. Baiana Saúde Pública*. 2011 jan; 35(1):96-109.
11. Santos LFB, David HMSL. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. *Rev enferm Uerj*. 2011 fev; 19(1):52-57.
12. Silva MH, Santos MR. Perfil social dos agentes comunitários de saúde vinculados ao programa de saúde da família da zona norte do município de juiz de fora. *Revista APS*. 2003 jul; 6(2):70-76.
13. Nogueira RP. Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
14. Brasil. EBC Agências [Homepage na internet]. Estatutário ou celetista? Entenda os regimes de contratação no setor público. 2015. [Citado em: 25 maio 2016] Disponível em:

<http://www.ebc.com.br/noticias/2015/07/estatutario-ou-celetista-entenda-os-regimes-de-contratacao-no-setor-publico>

15. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Perfil sócio demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24 (1):193-201.
16. Porto Alegre (Brasil). Orçamento Participativo. 2016. Porto Alegre, Rio Grande do Sul. [Citado em: 18 maio 2016] Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/op/default.php>
17. Santos BS. *A Gramática do Tempo – para uma nova cultura política*. Porto: Edições Afrontamento: 2006.
18. Porto alegre. (Brasil). Cronologia dos fatos Caso Sollus. 2010. Porto Alegre, Rio Grande do Sul. [Citado em: 7 de jun 2016] Disponível em: <http://docslide.com.br/documents/procuradoria-geral-do-municipio-de-porto-alegre-cronologia-dos-fatos-caso-sollus.html>
19. Porto Alegre (Brasil). Posição do CMS sobre o Projeto de Lei 053/10, de criação do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família. Conselho Municipal de Saúde. 2010. Porto Alegre, Rio Grande do Sul. [Citado em:8 jun 2016] Disponível em: [http://www.astecmpa.com.br/arquivos/site/documentos_/CMS posição PL 053.doc](http://www.astecmpa.com.br/arquivos/site/documentos_/CMS%20posi%C3%A7%C3%A3o%20PL%20053.doc).
20. G1 Rio Grande do Sul [Homepage na internet]. TJ-RS julga inconstitucional criação de instituto de saúde em Porto Alegre: Para desembargadores, município transferiu atividades a pessoa jurídica. Prefeitura diz que serviço descentralizaria apenas a execução da estratégia. [Citado em 20 abr 2016]. Disponível em:<http://g1-globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2013/06/tj-rs-julga-inconstitucional-criacao-de-instituto-de-saude-em-porto-alegre.html>
21. Marzari CK, Junges JR, Selli L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; [s.l.] (16):873-880.
22. Lopes DMQ, Beck CLC, Prestes FC, Weiller TH, Colomé JS, Silva GM. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer - sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. *Rev esc enfermagem USP*. 2012 jun; 46(3):633-640.
23. Jardim TA, Lancman S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Comunicação saúde educação*. 2009 jan; 13(28):123-35.
24. Cunha MS, Sá MC. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. *Interface: Comunicação, saúde e educação*. 2013 jan; 44(17):61-73.
25. Drulla AG, Alexandre AMC, Rubel FI, Mazza VA. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare Enferm* 2009 Out/Dez; 14(4):667-74.
26. Brand CI, Antunes RM, Fontana RT. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. *Cogitare Enferm*. 2010 Jan; 15(1):40-7.

27. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(Supl. 1):1521-1531.
28. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. [Citado em: 25 de maio 2016] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html
29. Pruner-marques L, Corrêa T, Cartana MHF. Utilização dos sistemas de informação na atenção primária à saúde: um estudo de caso. Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID). 2015 jun; 14:81-102.
30. Simões AR. O agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. R. Saúde Públ. 2009 jan; 2(1):6-21. Santos LFB, David HMSL. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. Rev enferm Uerj. 2011 fev; 19(1):52-57.

ANEXO A - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

Local: _____ Data: _____
 Início: _____ Término: _____

TEMAS PARA OS ENCONTROS

| Temas | Número de Encontros* |
|---|----------------------|
| <p>Primeiro momento: apresentação da proposta de pesquisa e conhecendo os integrantes do grupo.</p> <p>Segundo momento: assistir um pequeno vídeo sobre o SUS, a ESF e trabalho do ACS. A seguir a discussão terá como foco o tema: pensando em seu trabalho, destaque as principais necessidades em saúde, os problemas sociais e de saúde das comunidades e territórios onde atuam.</p> | 1º Encontro |
| <p>A partir das necessidades em saúde, os problemas sociais e de saúde das comunidades e territórios identificados pelos ACS discutir-se-á: como você, considerando determinado problema de saúde e seu contexto desenvolve seu trabalho/orientação e ações de educação em saúde?</p> | 2º Encontro |
| <p>Assistir um pequeno vídeo e a seguir a discussão terá como foco a questão: E em que medida os conhecimentos por você transmitidos provém de suas experiências do cotidiano de vida e trabalho?</p> | 3º Encontro |

*Cada grupo focal terá três encontros e será realizados pelo menos três grupos, totalizando nove encontros para se contemplar as 28 equipes de ESF.

ANEXO B - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS

Nome do entrevistado:

Local:

Data:

Início:

Término:

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Possui filhos?

Se sim, quantos?

Religião:

Pratica? () Sim () Não

Raça/cor declarada:

Escolaridade:

Tempo de serviço na ESF:

Possui outros empregos?

1. Trajetória familiar: tempo de moradia na localidade, motivos de escolha do local (há quanto tempo reside neste local, escolha pela localidade, compra, herança);

2. Histórico da localidade: principais mudanças observadas ao longo do tempo (algo mudou daqueles tempos até o presente);

3. Como foi a aproximação com sua atividade de trabalho (o que desempenhava anteriormente, como decidiu por esta atividade, e o vínculo empregatício do ACS)

4. Redes de conhecimento formal (Como foi o curso inicial de capacitação para ACS quando ocorreu, qual foi a? duração. E atualmente como ocorrem as capacitações/educação permanente – qual a periodicidade, como são definidos os temas, onde ocorrem, e quem ministra)

5. Saberes e práticas adquiridas das experiências de vida (como suas experiências auxiliam em suas orientações para o bem estar dos usuários)

6. O trabalho no dia-a-dia (descreva um pouco seu trabalho e as orientações que costuma dar aos diferentes problemas que lhe são apresentados, estas orientações tiveram sua origem em suas experiências de vida, de trabalho, em algum curso ou capacitação, motivação para continuar exercendo esse papel)

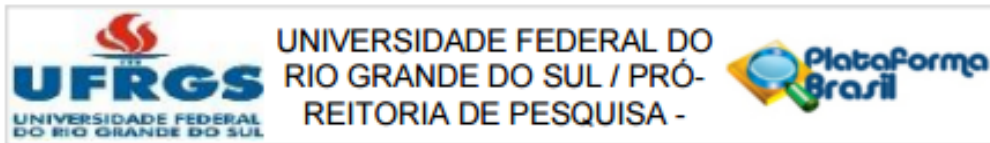
7. Ações de saúde (quais ações de saúde são realizadas no seu cotidiano, como lida com as situações inesperadas)

8. O processo de trabalho e rotina de trabalho (instrumentos e ferramentas utilizadas, condições de trabalho – horário de trabalho, descanso, lazer);

9. Processo de trabalho (dificuldades relatadas e observadas em seu trabalho e são as estratégias utilizadas para supera-las)

10. Saúde-doença-trabalho – (ocorrência de sinais e/ou sintomas atribuídos a experiências de trabalho, ocorrência de acidentes e outros agravos, medidas para saná-los, procura de algum lugar ou recurso específico).

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DA UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O DIALÓGO ENTRE DIFERENTES SABERES NO COTIDIANO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Pesquisador: Deise Lisboa Riquinho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41730515.0.0000.5347

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.009.554

Data da Relatoria: 02/04/2015

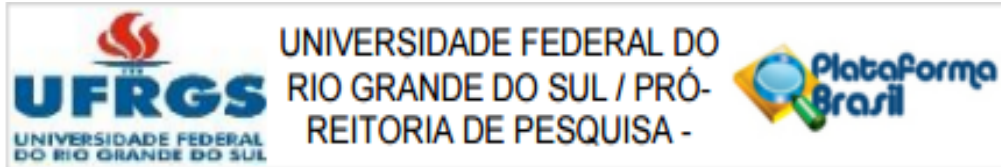
Apresentação do Projeto:

O projeto propõe um diálogo entre o saber epistêmico e o oriundo de vivências do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), buscando articular mutuamente saberes que envolvem o campo epistêmicoconceitual e a experiência e o saber dos trabalhadores, destacando a importância da sinergia, do diálogo crítico com os especialistas, nas pesquisas e intervenções no trabalho. Espera-se ao fomentar o diálogo entre diferentes saberes e contribuir para o fortalecimento das ações de educação em saúde na Atenção Primária, tendo em vista a identificação e estratégias de ação diante das necessidades apresentadas no território. Os sujeitos de pesquisa serão os ACS atuantes nas quatorze Estratégia Saúde da Família (ESF) da região Glória/Cruzeiro/Cristal do Município de Porto Alegre. A produção dos dados será por meio de grupo focal e entrevistas semiestruturadas.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar como ocorre o diálogo entre o saber epistêmico e o oriundo de vivências do trabalho dos ACS; identificar e analisar a trajetória de vida e inserção dos ACS na ESF; mapear e analisar as redes de conhecimentos construídas nas experiências de vida e no trabalho do ACS; e identificar e analisar as atividades desenvolvidas pelos ACS e as micro gestões no cotidiano de trabalho.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.009.554

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

São considerados como riscos o possível cansaço em responder às questões ou participar do grupo, mencionando a possibilidade de abandonar os mesmos se assim o participante preferir, sem nenhum ônus, e tendo auxílio com profissional da psicologia, caso sinta necessidade. Os benefícios são indiretos e estão claramente expostos no projeto, como a contribuição para uma melhor compreensão da relação entre os saber teóricos e práticos e a articulação dos mesmos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa parece bem fundamentada e embasada teoricamente, expondo com clareza seus objetivos, metodologia e justificativa. Foi informado que "o processo de trabalho das ESF prevê reuniões semanais de equipe, o convite aos ACS será feito nestes espaços, em contato prévio com os coordenadores de cada equipe de saúde agendar-se-á a participação da pesquisadora", esclarecendo, assim, como serão contactados os ACS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE e o Termo de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre foram apresentados e estão adequados. O primeiro está adequado, redigido em linguagem clara, simples e informativa. O segundo declara ciência da pesquisa que se buscará fazer nas quatorze Estratégia Saúde da Família. Foi inserido o telefone do CEP/UFRGS.

Recomendações:

Recomenda-se aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Aprovado

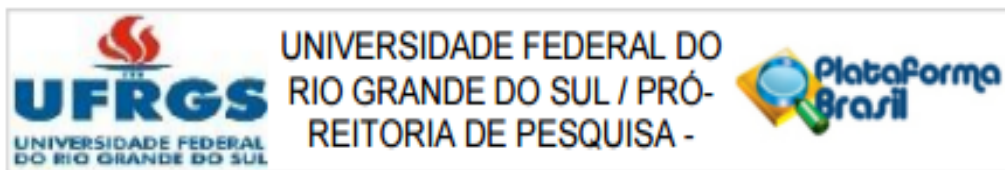
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



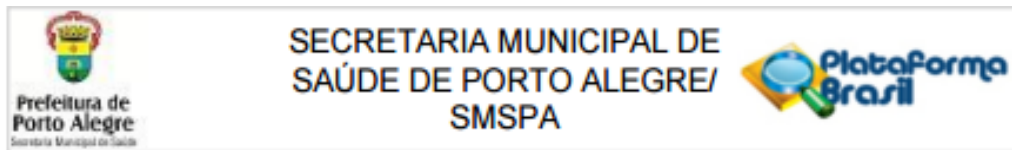
Continuação do Parecer: 1.009.554

PORTO ALEGRE, 02 de Abril de 2015

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Retoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DA SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O DIALÓGO ENTRE DIFERENTES SABERES NO COTIDIANO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Pesquisador: Deise Lisboa Riquinho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 41730515.0.3001.5338

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.147.128

Data da Relatoria: 14/04/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa. Será utilizada como perspectiva empírica e analítica a abordagem ergológica de Yves Schwartz. Propõe um diálogo entre o saber epistêmico e o oriundo de vivências do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), buscando articular mutuamente saberes que envolvem o campo epistêmico - conceitual e a experiência e o saber dos trabalhadores, destacando a importância da sinergia, do diálogo crítico com os especialistas, nas pesquisas e intervenções no trabalho. Assim, sua questão norteadora é: Qual articulação entre os saberes formais (epistêmicos) da área da saúde e os saberes informais (das experiências) nas ações de educação em saúde dos Agentes Comunitários de Saúde? Têm-se por objetivo analisar a articulação entre o saber epistêmico e oriundo das experiências de vida e trabalho de agentes comunitários nas ações de educação em saúde nas Estratégias Saúde da Família (ESF) de um Distrito Sanitário no Município de Porto Alegre, RS. O cenário deste estudo será as ESF localizadas na região Glória/Cruzeiro/Cristal do Município de Porto Alegre. Os sujeitos de pesquisa serão os ACS atuantes nas quatorze ESF da região de estudo: Alto Embratel, Cruzeiro do Sul, Divisa, Graciliano Ramos, Jardim Cascata, Mato Grosso, Nossa Senhora das Graças, Orfanotrófio, Osmar de Freitas, Rincão (administrada pelo Hospital Divina Providência), São Gabriel, Santa Anita, Santa Tereza e Nossa Senhora de Belém (administrada pelo Hospital Divina Providência).

| | | |
|---|-------------------------|-----------------------------|
| Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar | | CEP: 90.010-040 |
| Bairro: Centro Histórico | Município: PORTO ALEGRE | |
| UF: RS | Telefone: (51)3289-5517 | Fax: (51)3289-2453 |
| | | E-mail: cep_sms@hotmail.com |



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



Continuação do Parecer: 1.147.128

de cada território em prol da resolutividade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Como riscos, há possibilidade de sentir cansaço e desconforto pelo tempo que envolve a conversa e por ter de relembrar algumas vivências que possam ter causado sofrimento. Caso isto venha acontecer, poderemos concluir a atividade e encaminhá-lo para conversar com um profissional do serviço de psicologia, previamente acordado."

Benefícios:

"Ao aceitar participar dessa pesquisa, o (a) senhor (a) estará contribuindo para o maior conhecimento das ações desenvolvidas pelo agente comunitário de saúde e as relações estabelecidas entre o saber epistêmico e oriundo das experiências de vida e trabalho de agentes comunitários nas ações de educação em saúde. A pesquisa também possibilitará compreender as demandas de saúde destes trabalhadores, fornecendo informações que poderão nortear ações do Sistema Único de Saúde."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Instituição: UFRGS

Área: Enfermagem

Nível: Pesquisa Institucional da Escola de Enfermagem

Local do Estudo: 14 ESF da região Glória/Cruzeiro/Cristal

Coleta de dados: 7/2015 a 01/2016

Nº participantes: 44

Data conclusão: 23/03/2017

Pesquisador Responsável: Deise Lisboa Riquinho

Equipe: Eliane Pinheiro de Moraes; Letícia Becker Vieira

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

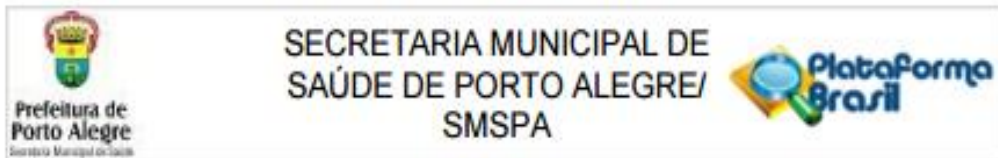
Termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências identificadas foram adequadas pela pesquisadora.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.147.128

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Deverá ser apresentado o parecer de aprovação do CEP SMSPA à Gerência Distrital de Saúde para combinar o início da pesquisa.

Enviar ao CEP SMSPA o relatório parcial e trabalho final, ao término do estudo.

PORTO ALEGRE, 13 de Julho de 2015

Assinado por:
MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDATI
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com

ANEXO E – CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Carta de autorização para o uso dos dados

Eu, Deise Lisboa Riquinho, autora da pesquisa “O diálogo entre diferentes saberes no cotidiano dos agentes comunitários de saúde”, devidamente aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS e SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, sob o número CAAE 41730515.0.0000.5347 e CAAE 41730515.0.3001.5338, respectivamente, autorizo Maicon Rodrigues Silveira, CPF 849456720-91, número de matrícula UFRGS: 00192935, a utilizar informações do banco de dados da referida pesquisa para seu Trabalho de Conclusão de Curso, no período de 2016/1, sob minha orientação.

Porto Alegre, 20 de Novembro de 2015.

Deise Lisboa Riquinho

ANEXO F – PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM



Sistema Pesquisa - Pesquisador: Deise Lisboa Riquinho

[Retornar](#)

Dados Gerais:

Projeto Nº: 30507 **Título:** TRAJETORIA DE VIDA E INSERÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Área de conhecimento: Enfermagem de Saúde Pública **Início:** 01/03/2016 **Previsão de conclusão:** 01/07/2016

Situação: Projeto em Andamento

Origem: Escola de Enfermagem Departamento de Assistência e Orientação Profissional **Projeto Isolado com linha temática:** Vinculado ao projeto de pesquisa "O DIALOGO ENTRE DIFERENTES SABERES NO COTIDIANO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE"

Local de Realização: não informado

Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.

Objetivo:

Conhecer a trajetória de vida e inserção dos agentes Comunitários de saúde na estratégia de saúde da família.

Palavras Chave:

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA; AGENTE COMUNITÁRIO

Equipe UFRGS:

Nome: DEISE LISBOA RIQUINHO
 Coordenador - Início: 01/03/2016 Previsão de término: 01/07/2016
Nome: MAICON RODRIGUES SILVEIRA
 Técnico: Outra Função - Início: 01/03/2016 Previsão de término: 01/07/2016

Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 29/12/2015 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

Anexos:

[Projeto Completo](#) **Data de Envio:** 18/12/2015

ANEXO G – NORMAS DA REVISTA DE APS - ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

A Revista de APS – Atenção Primária à Saúde – (impresa e online) é uma publicação científica trimestral do Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES), da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em parceria com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e Rede de Educação Popular em Saúde, e tem por finalidades: sensibilizar profissionais e autoridades da área de saúde em APS; estimular e divulgar temas e pesquisas em APS; possibilitar o intercâmbio entre academia, serviço e movimentos sociais organizados; promover a divulgação da abordagem interdisciplinar e servir como veículo de educação continuada e permanente no campo da Saúde Coletiva, tendo como eixo temático a APS.

1. A revista está estruturada com as seguintes seções: **Artigos Originais; Artigos de Revisão; Artigos de Atualização; Relato de Casos e Experiências; Entrevista; Tribuna; Atualização Bibliográfica; Serviços; Notícias.**

A seção “**Artigos Originais**” é composta por artigos resultantes de pesquisa científica, apresentando dados originais de descobertas com relação a aspectos experimentais ou observacionais, voltados para investigações qualitativas ou quantitativas em áreas de interesse da APS. “*Artigos originais*” são trabalhos que desenvolvem críticas e criação sobre a ciência, tecnologia e arte das ciências da saúde, que contribuam para a evolução do conhecimento humano sobre o homem e a natureza e sua inserção social e cultural. (Devem ter até 25 páginas com o texto na seguinte estrutura: introdução; material ou casuística e métodos, resultados, discussão e conclusão).

A seção “**Artigos de Revisão**” é composta por artigos nas áreas de “*Gerência, Clínica, Educação em Saúde*”. Os “*artigos de revisão*” são trabalhos que apresentam sínteses atualizadas do conhecimento disponível sobre matérias das ciências da saúde buscando esclarecer, organizar, normatizar, simplificar abordagens dos vários problemas que afetam o conhecimento humano sobre o homem e a natureza e sua inserção social e cultural. Têm por objetivo resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. (Devem ter até 20 páginas com texto estruturado em introdução, desenvolvimento e conclusão).

A seção de “**Artigos de Atualização**” é composta por artigos que relatam informações atuais ou novas técnicas das áreas cobertas pela publicação. (Devem ter até 15 páginas com texto estruturado em introdução, desenvolvimento e conclusão).

A seção de “**Relato de Casos e Experiência**” é composta por artigos que relatam casos ou experiências, explorando um método ou problema através do exemplo. Os relatos de casos apresentam as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo, idade e podem ser realizados em humanos ou animais, ressaltando sua importância na atuação prática e mostram caminhos, condutas e comportamentos para sua solução. (Devem ter até 8 páginas com a seguinte estrutura: introdução, desenvolvimento, conclusão).

As demais seções são de responsabilidade dos Editores para definição do tema e convidados: **Entrevista** - envolvendo atores da APS; **Tribuna** – debate sobre tema polêmico na APS, com opinião de especialistas (2 páginas); **Atualização bibliográfica** – composta de lançamentos de publicações, resenhas (1 página) e resumos de dissertações ou teses (2 páginas), de interesse na APS; **Serviços** informa sobre eventos e endereços úteis; **Notícias** – informa sobre eventos ocorridos, portarias ministeriais, relatórios de grupos de trabalho, leis de interesse na APS.

2. A submissão dos trabalhos é realizada online no endereço: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br>. O (s) autor (es) deve (m) se cadastrar usando E - mail válido, respondendo de forma ágil às mensagens eletrônicas recebidas, podendo aí acompanhar o processo de avaliação. Os artigos devem ser elaborados utilizando o programa “Word for Windows”, versão 6.0 ou superior em formato doc ou rtf, letra “Times New Roman” tamanho 12, espaço entre linhas um e meio, com o limite de páginas descrito entre parênteses em cada seção acima citada. Devem vir acompanhados de ofício de encaminhamento (anexado em documento suplementar em <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br>) contendo nome dos autores e endereço para correspondência, e-mail, telefone, fax e serem endereçados à revista. Neste ofício, deverá ser explicitada a submissão exclusiva do manuscrito à Revista de APS, bem como declaração formal da contribuição de cada autor (segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito). Ao trabalho que envolver pesquisa com seres humanos será exigido que esta tenha obtido parecer favorável de um Comitê de ética em pesquisa em seres humanos, devendo o artigo conter a referência a esse consentimento, estando citado qual CEP o concedeu, e cabendo a responsabilidade pela veracidade desta informação exclusivamente ao (s) autor (es) do artigo.

3. Os trabalhos devem obedecer à seguinte sequência de apresentação:

- a) título em português e inglês; deve ser conciso e explicativo, representando o conteúdo do trabalho. Não deve conter abreviaturas
 - b) a identificação dos autores, filiação institucional e contato devem ser digitadas no SEER, cadastro dos autores. O manuscrito deve ser submetido no SEER sem autoria.
 - c) resumo do trabalho em português em que fiquem claros a síntese dos propósitos, os métodos empregados e as principais conclusões do trabalho;
 - d) palavras-chave – mínimo de 3 e máximo de 5 palavras-chave ou descritores do conteúdo do trabalho, apresentadas em português de acordo com o DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da BIREME- Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – URL: <http://decs.bvs.br/>
 - e) abstract – versão do resumo em inglês;
 - f) key words – palavras-chave em inglês, de acordo com DeCS;
 - g) artigo propriamente dito, de acordo com a estrutura recomendada para cada tipo de artigo, citados no item 1;
 - h) figuras (gráficos, desenhos, tabelas) devem ser enviadas no corpo do texto, no local exato de inserção na definição dos autores; serão aceitas fotografias em preto e branco. Todas as figuras deverão ser apresentadas em preto e branco ou escalas de cinza;
 - i) referências: Em conformidade com os “Requisitos Uniformes para Originais submetidos a Periódicos Biomédicos” conhecido como Estilo de Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE disponível em: <http://www.icmje.org> e <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed> (ingles) e <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (português)..
1. Não são aceitas notas de rodapé. O conteúdo das mesmas deve ser inserido no corpo do artigo;
 2. Citações no texto: as citações de autores e textos no corpo do manuscrito serão **numéricas**, de acordo com ordem de citação, utilizando o estilo “Vancouver” ou “Requisitos Uniformes para Originais submetidos a Periódicos Biomédicos”.
 3. Serão aceitas no máximo 40 referências por artigo.

Ex:

Citando autor: Vasconcelos¹:

Citando texto: *“A educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que se tem ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar cotidiano da população. ”*^{1:243} (indica-se o nº da referência: e a página)

Todas as referências citadas no texto, incluindo as de quadros, tabelas e gráficos deverão fazer parte das referências, apresentadas em ordem numérica no final do artigo.

Regras para entrada de autores ver em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed&part=A32352>

A seguir são apresentados alguns exemplos de referências:

Artigo de Periódicos

Com até seis autores:

Motta MG. Programa Médico de Família de Niterói: avaliação da assistência pré-natal na Região Oceânica. Rev APS. 2005 jul./dez; 8(2):118-22.

Najar AL, Peres FF. A divisão social da cidade e a promoção da saúde: a importância de novas informações e níveis de decupagem. Ciên Saúde Coletiva. 2007 maio/jun;12(3):675-82.

Aquino NMR, Sun SY, Oliveira EM, Martins MG, Silva JF, Mattar R. Violência sexual e associação com a percepção individual de saúde entre mulheres. Rev Saúde Pública. 2009 dez; 43(6):954-60.

Com mais de seis autores:

Hallal AH, Amortegui JD, Jeroukhimov IM, Casillas J, Schulman CI, Manning RJ, et al. Magnetic resonance cholangiopancreatography accurately detects common bile duct stones in resolving gallstone pancreatitis. J Am Coll Surg. 2005 Jun; 200(6):869-75.

Livro

Autoria própria

Birman J. Pensamento freudiano. Rio de Janeiro:Jorge Zahar; 1994. 204p.

Oguisso T, Schmidt MJ, organizadores. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

Sem autoria

Análise do desempenho hospitalar: III Trimestre. Rio de Janeiro: CEPESC; 1987. 295p.

Capítulo de Livro

Vasconcelos EM. Atividades coletivas dentro do Centro de Saúde. In: Vasconcelos EM. Educação popular nos serviços de saúde. 3a. ed. São Paulo: Hucitec; 1997. cap.9, p.65-9.

Dissertação e Tese

Caldas CP. Memória dos velhos trabalhadores [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1993. 245f.

Teixeira MTB. Sobrevida de pacientes com câncer de estômago em Campinas, SP [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000. 114f.

Trabalhos de Congressos, Seminários, Simpósios, etc.

Mauad NM, Campos EM. Avaliação da implantação das ações de assistência integral à saúde da mulher no PIES/UFJF. In: 6º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2000, Salvador. **Resumos**. Salvador: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva; 2000. p.328, ref.1101.

Publicações governamentais:

Ministério da Saúde (Brasil). Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Universidade Federal de Minas Gerais. Normas gerais de pós-graduação. Belo Horizonte: UFMG; 1997. 44p.

Documentos Jurídicos:

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal; 1988. 292p.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM nº 971 de 03 de maio de 2006. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 maio 2006. N. 84, Sec. 1, p.17888.

Minas Gerais. (Brasil). Decreto n. 17.248 de 4 de julho de 1975. Minas Gerais, Belo Horizonte, 1975. jul. 5, p. 5.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM nº 971 de 03 de maio de 2006. [Citado em: 20 maio 2007b] Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/portarias.html>.

Artigo de Jornal

Sá F. Praias resistem ao esgoto: correntes dispersam sujeiras mas campanha de informação a turistas começa domingo. Jornal do Brasil (JB Ed.) 1999 abr. 15, Primeiro Caderno, Cidade, p.25. (col.1)

Gaul G. When geography influences treatment options. Washington Post (Maryland Ed.). 2005 Jul 24; Sect. A: 12 (col. 1).

Referência de documentos de acesso em meio eletrônico

Base de Dados

Online Archive of American Folk Medicine [Internet]. Los Angeles: Regents of the University of California. 1996 - [cited 2007 Feb 1]. Available from: <http://www.folkmed.ucla.edu/>.

B. Homepage Institucional

The American Academy of Pain Medicine: The Physician's Voice in Pain Medicine [Internet]. Glenview (IL): The Academy; c2007 [cited 2007 Feb 22]. Available from: <http://www.painmed.org/>

Artigos de periodicos online

Polgreen PM, Diekema DJ, Vandenberg J, Wiblin RT, Chen YY, David S, Rasmus D, Gerdt N, Ross A, Katz L, Herwaldt LA. Risk factors for groin wound infection after femoral artery catheterization: a case-control study. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. 2006 Jan [cited 2007 Jan 5];27(1):34-7. Available from: <http://www.journals.uchicago.edu/ICHE/journal/issues/v27n1/2004069/2004069.web.pdf>

4. Os artigos são de total e exclusiva responsabilidade dos autores.
5. A revista aceita trabalhos em português, espanhol e inglês.
6. Há necessidade que os autores explicitem eventuais conflitos de interesse que possam interferir nos resultados (em documento suplementar)
7. Em trabalhos que envolvam financiamentos, estes devem ser citados no final do artigo antes das referências.
8. Avaliação por pares: os artigos recebidos são protocolados pelo SEER (Sistema eletrônico de editoração de revistas) ficando na fila de submissões como não designados. A diretora executiva faz a triagem, se insere como editora e faz a solicitação de avaliação a dois avaliadores entre os editores associados e Conselho Editorial, em conformidade com as áreas de atuação e especialização dos membros e o assunto tratado no artigo, dessa forma o artigo entra no SEER em avaliação. Todos os artigos são submetidos à avaliação de dois consultores, de instituição diferente do(s) autor (es) em um processo duplo cego, que os analisam em relação aos seguintes aspectos: adequação do título ao conteúdo; estrutura da publicação; clareza e pertinência dos objetivos; metodologia; clareza das informações; citações e referências adequadas às normas técnicas adotadas pela revista e pertinência a linha editorial da revista. Os avaliadores emitem seus pareceres no sistema, aceitando, recusando ou recomendando correções e/ou adequações necessárias. Nesses casos, os artigos serão devolvidos ao(s) autor(es) para os ajustes e reenvio; e aos consultores para nova avaliação. Em caso de recomendação de reformulação do artigo, o autor deverá fazer as modificações e enviar, junto com o artigo reformulado, uma carta ao parecerista informando, ponto por ponto, as modificações feitas (essa deverá ser anexada em documento suplementar no SEER). O resultado da avaliação é comunicado ao(s) autor(es) e os artigos aprovados ficam disponíveis para publicação em ordem de protocolo. Não serão admitidos acréscimos ou modificações após a aprovação.

9. A **submissão dos trabalhos é online no endereço: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps>**. O (os) autor (es) deve (m) se cadastrar usando E - mail válido, respondendo de forma ágil às mensagens eletrônicas recebidas, podendo também acompanhar o processo de avaliação. Após o cadastramento deverá anexar o manuscrito seguindo as instruções contidas nesse mesmo endereço.

REVISTA DE APS - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - ISSN: 1516-7704 (impressa)

Qualis B3 na CAPES (Área de Saúde Coletiva)

Indexada:

⇒ LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - <http://portal.revistas.bvs.br/main.php?home=true&=pt>

⇒ EBSCO Publishing - www.ebscohost.com

⇒ Cinahl Information System <http://www.cinahl.com/library/library.htm>

⇒ RAEM - Rede de Apoio à Educação Médica da Associação Brasileira de Educação Médica, Base de Dados EDUC. <http://educ.bvs.br/>

⇒ BDEF - Banco de Dados de Enfermagem <http://enfermagem.bvs.br/html/pt/home.html>

⇒ CUIDEN - <http://www.index-f.com/bibliometria/listado-rehic.php?pagina=7&criterio=>

⇒ LATINDEX - <http://www.latindex.unam.mx/larga.php?opcion=1&folio=9414>

Cadastrada na ABEC - Associação Brasileira de Editores Científicos

REVISTA DE APS - ISSN: 1809-8363 (online). Disponível em:

⇒ BVS- MS: <http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/periodicos/outros.html#>

⇒ Site NATES/UFJF: www.nates.ufjf.br

Indexada:

⇒ LATINDEX http://www.latindex.org/pais.php?clave_pais=9&opcion=1

Endereço

postal:

NATES/UFJF / Revista de APS - Atenção Primária à Saúde

Campus da UFJF - Bairro Martelos - Cep: 36.036-900

Juiz de Fora - M.G.

Telefone: (32) 32293830

FAX: (32) 32293832

E-mail: revista.aps@ufjf.edu.br

Site: <http://www.aps.ufjf.br>

Itens de Verificação para Submissão:

Como parte do processo de submissão, autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão com todos os itens listados a seguir. Serão devolvidas aos autores as submissões que não estiverem de acordo com as normas.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, justificar em "Comentários ao Editor".
2. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapasse os 2MB)
3. Todos os endereços de páginas na Internet (URLs), incluídas no texto (Ex.: <http://www.ibict.br>) estão ativos e prontos para clicar.
4. O texto está em espaço 1,5; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico ao invés de sublinhar (exceto em endereços URL); com figuras e tabelas inseridas no texto, e não em seu final.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista.
6. A identificação de autoria deste trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em Assegurando a Avaliação por Pares Cega.

Política de Privacidade:

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou à terceiros.