



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

JACQUELINE SANTOS VALENÇA

**POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA 2017: PERCEPÇÕES DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
BACHARELADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ENFERMAGEM

JACQUELINE SANTOS VALENÇA

**POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA 2017: PERCEPÇÕES DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Mariana Boulitreau
Siqueira Campos Barros
Coorientadora: Keyla Cristina
Marques Vieira Ferreira

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2019

Catálogo na fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE - Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Fernanda Bernardo Ferreira, CRB4-2165

V152p Valença, Jacqueline Santos.
Política nacional de atenção básica 2017: percepções dos agentes comunitários de saúde./ Jacqueline Santos Valença. - Vitória de Santo Antão, 2019.

44 folhas.

Orientadora: Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros.

Coorientadora: Keyla Cristina Marques Vieira Ferreira.

TCC (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Enfermagem, 2019.

Inclui referências e anexos.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Política de Saúde. I. Barros, Mariana Boulitreau Siqueira Campos (Orientadora). II. Ferreira, Keyla Cristina Marques Vieira. III. Título.

614 CDD (23. ed.)

BIBCAV/UFPE-208/2019

JACQUELINE SANTOS VALENÇA

**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA 2017: percepções dos Agentes
Comunitários de Saúde**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 12/11/2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Ms. Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª. Dra. Ana Wlândia Silva de Lima (Examinadora Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^º. Ms. Itamar Lages (Examinador Externo)
Universidade de Pernambuco

RESUMO

O presente estudo busca compreender a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Vitória de Santo Antão - Pernambuco sobre as modificações nos processos de trabalho da categoria apresentadas na Política Nacional de Atenção Básica (2017). Trata-se de um estudo interpretativo, de abordagem qualitativa e caráter exploratório. Entrevistas foram realizadas a partir de um roteiro semiestruturado com dez Agentes Comunitários de Saúde selecionados a partir da técnica “snowballsampling”, entre os meses de abril a julho de 2019. A Teoria das Representações Sociais baseou a análise dos dados, sendo resgatada pelo Discurso do Sujeito Coletivo através do software Qualiquantisoft versão 2.0. Seis questionamentos foram feitos aos participantes da pesquisa, gerando oito Discursos do Sujeito Coletivo com as percepções dos profissionais sobre a nova Política Nacional de Atenção Básica. Os mesmos, consideram que a reformulação da Política é a continuação de uma perseguição que começou após a conquista de direitos pelo movimento sindical. Esses trabalhadores também defendem movimentos de resistência na defesa do seu papel preventivista em oposição ao curativista. Acredita-se que esse estudo pode contribuir com outras pesquisas sobre o esvaziamento do papel de mobilizador social através dos frequentes ataques institucionais que vêm sofrendo.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Política de Saúde.

ABSTRACT

This study aims to understand the perception of Community Health Agents of the city of Vitória de Santo Antão - Pernambuco about the changes in the work processes of the category presented in the National Policy of Primary Care (2017). This is an interpretative study with a qualitative approach and exploratory character. Interviews were conducted from a semi-structured script with ten Community Health Agents selected from the snowballsampling technique, from April to July 2019. The Theory of Social Representations based the data analysis, being rescued by the Discourse of the Collective Subject through Qualiquantisoft version 2.0 software. Six questions were asked to the research participants, generating eight Collective Subject Discourses with the professionals' perceptions about the new National Primary Care Policy. They consider that the reformulation of the Policy is the continuation of a persecution that began after the conquest of rights by the trade union movement. These workers also defend resistance movements in defense of their preventive role as opposed to the curative one. It is believed that this study may contribute to other research on the depletion of the role of social mobilizer through the frequent institutional attacks they have been suffering.

Keywords: Community Health Agents. Primary Health Care. Health policy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	9
2.1. A construção histórica dos Agentes Comunitários de Saúde.....	9
2.2. A nova PNAB - contexto político e de austeridade.....	10
3 METODOLOGIA.....	13
4 ARTIGO.....	14
5 CONCLUSÃO.....	33
REFERÊNCIAS.....	35
ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA.....	39

1 INTRODUÇÃO

A moderna concepção de Atenção Primária à Saúde tem como berço o Reino Unido com o Relatório Dawson (1920). Este documento recomendou a organização dos serviços de saúde em vários níveis (serviços domiciliares, os centros de saúde primários e secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino); descrevendo suas funções e as relações que estes deveriam estabelecer entre si (MENDES, 2015).

A institucionalização da APS no mundo recebeu uma importante contribuição com a criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (1948) e a adoção do médico generalista, embrião da medicina de família e comunidade. Em 1970 outras colaborações ofereceram o espaço cultural e político necessário, como “o movimento feminista e a pílula anticoncepcional, o surgimento dos movimentos pacifistas e ecológicos, a saúde materno-infantil” (SAKELLARIDES, 2001 *apud* MENDES, 2015, p. 29).

Um importante marco para a APS se estabeleceu em 1978 através da Declaração de Alma-Ata. O documento defendeu a saúde como bem-estar físico, mental e social; enfatizou o seu acesso como um direito humano (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1979).

Nos países que implementaram a APS, o modelo passou a funcionar como núcleo central dos sistemas de saúde, coordenação de cuidado e reorganização da assistência contribuindo para o aprimoramento dos serviços de saúde no mundo todo (ARANTES, SHIMIZU, MERCHÁN-HAMANN, 2016).

No Brasil, desde 1920 algumas tentativas de organização da saúde foram realizadas em torno da atenção primária em várias regiões do país. Com a conquista de cada vez mais espaço, a APS inseriu um novo trabalhador: o Agente Comunitário de Saúde (ARANTES, SHIMIZU, MERCHÁN-HAMANN, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza os Agentes Comunitários de Saúde como moradores de comunidades, que são selecionados para prestar serviços em saúde. Exercendo papel estratégico na APS, esses profissionais trabalham “na manutenção de comportamentos saudáveis onde há poucos profissionais ou o acesso ao serviço de saúde é difícil, em razão de pouca oferta ou distribuição díspar entre a população rica e a pobre” (SAMUDIO *et al.*, 2017, p.745).

Estrategicamente recrutado na comunidade, o ACS se estabeleceu como elo fundamental com a Estratégia de Saúde da Família e melhorou a resolutividade da assistência por ser o trabalhador que mais conhecia suas necessidades já que compartilhava da mesma natureza social, atuando junto aos vizinhos e amigos nos seus espaços de vida (BEZERRA; FEITOSA, 2018).

Hoje os ACSs atuam em equipes multiprofissionais na Estratégia de Saúde da Família e em setembro de 2019 constituíam a categoria profissional mais numerosa do SUS com 283.131 mil trabalhadores, presentes em 5.495 municípios (BRASIL, 2019).

Apesar da importância desses trabalhadores no modelo de Atenção Primária à Saúde no Brasil, os ACS se veem no meio de tensionamentos que moldam suas práticas cotidianas, sendo colocados entre as demandas das Unidades Básicas de Saúde, da população e as exigências do sistema. Entre eles destaca-se a revisão da Política Nacional de Atenção Básica em 2017 (GUANAES-LORENZI; PINHEIRO, 2016; BRASIL, 2017).

Realizada sem ampla participação da sociedade, contrariando movimentos sociais, instituições de ensino, pesquisa e de assistência à saúde, a revisão da PNAB também não dialogou com os Agentes Comunitários de Saúde, alterando o processo de trabalho da categoria (NOGUEIRA, 2017a). Assim, esse artigo se justifica em uma oportunidade de dar voz a esses personagens, pelos movimentos de resistência organizados contra as modificações da Política e pela importância desses profissionais no Sistema Único de Saúde.

Diante do exposto, o objetivo do estudo é compreender a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Vitória de Santo Antão - Pernambuco/Brasil - sobre as modificações em seus processos de trabalho apresentadas pela nova Política Nacional de Atenção Básica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. A construção histórica dos Agentes Comunitários de Saúde

Estudos asseguram que os Agentes Comunitários surgiram no Brasil em diferentes municípios entre as décadas de 1960 e 1970 através da prestação de serviços voluntários de assistência à saúde por religiosos e militantes políticos. No caso de Pernambuco a sua origem está relacionada à luta contra a pobreza e a resistência ao autoritarismo da Ditadura Militar (QUEIRÓS; LIMA, 2012).

No Recife, a história dos ACSs se confunde com a do Movimento Popular de Saúde (MOPS), que reivindicava melhorias dos equipamentos médicos, saneamento básico e almejava a criação do “poder popular” em substituição ao governo militar. Eles surgem em meados da década de 1960 diante de uma grande enchente na cidade e através das mobilizações organizadas para ajudar os moradores da comunidade dos Coelhos, reuniões começaram a ser realizadas na paróquia do bairro para discutir questões sobre adoecimento e se mantiveram após o processo de reconstrução das casas (QUEIRÓS; LIMA, 2012).

Em 1987 o Ceará produziu a experiência que serviria de modelo para um projeto nacional de ações de promoção e prevenção à saúde baseadas na figura do ACS. Inicialmente, mulheres recrutadas nas comunidades periféricas e rurais garantiam as ações de profissionais de saúde em regiões sem recursos econômicos e sociais intervindo sobre as altas taxas de mortalidade infantil e materna como preconizava a OMS (SAMUDIO *et al.*, 2017; SIMAS; PINTO, 2017).

Instituído em 1991 como Programa de Agentes Comunitários de Saúde pelo governo federal, a estratégia alcançou resultados positivos no Nordeste e também na região Norte com o combate emergencial à epidemia de Cólera, sendo incorporado posteriormente ao Programa de Saúde da Família (SAMUDIO *et al.*, 2017; SIMAS; PINTO, 2017).

Os Agentes Comunitários de Saúde passaram a integrar equipes multiprofissionais na Estratégia de Saúde da Família por meio da Portaria nº 1.886/1997 que aprovou as normas e diretrizes do PACS/PSF. Em 1999, através do

decreto 3.189 as diretrizes para o exercício da atividade de ACS foram consolidadas e o reconhecimento como profissão em 2002, pela promulgação da Lei nº. 10.507 (SIMAS; PINTO, 2017).

Em três décadas do Sistema Único de Saúde os ACSs contribuíram para a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde e cobertura da Estratégia de Saúde da Família para todo o país. Na sua construção histórica, esses profissionais se configuraram como um dos mais importantes na APS, pois ao mesmo tempo que integram as equipes de saúde também são moradores das comunidades, tornando o processo de trabalho complexo (PEDRAZA; SANTOS, 2017).

2.2. A nova PNAB – Contexto político e de austeridade

Nos últimos anos o Brasil mergulhou em uma crise política que culminou com a deposição da Presidente Dilma Rousseff e a condução interina ao cargo do vice-Presidente Michel Temer. Investigando os fatos que antecederam o golpe à democracia em 2016, o historiador Marcos Napolitano aponta que politicamente o Partido dos Trabalhadores não conseguiu gerenciar o “presidencialismo de coalizão” e o “pacto federativo” que sustentaram a democratização, e o plano econômico proposto pelo Governo Dilma se tornou ineficiente para barrar os efeitos da crise econômica de 2008. Soma-se a isso a Operação Lava Jato, uma investigação que revelou esquemas bilionários de corrupção entre políticos, Petrobrás e empreiteiras (NAPOLITANO, 2016).

Na direção do poder executivo, Michel Temer atendeu pautas neoliberais, avançando com as políticas de austeridade. Sob a justificativa de descontrole das contas públicas decorrentes de “políticas paternalistas”, várias contrarreformas começaram a ser propostas implementando retiradas de direitos da classe trabalhadora. Entre elas destaca-se Reforma trabalhista, Reforma da Previdência e a PEC 241/2016 (PEC da Morte) que restringe os gastos públicos com direitos sociais, saúde e educação pelos próximos 20 anos (NOGUEIRA, 2017b; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Políticas de austeridade já foram experienciadas em vários momentos históricos, por diversos países, frente a crises políticas e econômicas como as

vivenciadas recentemente pelo Brasil. Os cortes se apresentam como um cenário obscuro para as populações, e para o setor saúde têm efeitos devastadores:

Particularmente não só em indicadores de impacto, como a reemergência de certas doenças, tais como a desnutrição e algumas doenças infecciosas, mas igualmente em indicadores de estrutura e processo, como a razão médico/população e o tempo interconsultas (GUIMARÃES, 2018).

As consolidações das contrarreformas de Temer, representadas principalmente com a aprovação da PEC da Morte, incluem a revisão da Política Nacional de Atenção Básica. Nos 30 anos do SUS, as políticas tiveram papel fundamental no fortalecimento da APS favorecendo a implantação dos seus princípios e diretrizes, moldando o modelo de atenção e na gestão do trabalho em saúde nos municípios (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

A reformulação da PNAB 2011 foi anunciada em outubro de 2016 no VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica e suas proposições apresentadas em um texto-síntese. Nele, encontra-se propostas que promovem o fortalecimento de uma Política seletiva, com introdução de instrumentos de avaliação e gestão mercantis que em nada contribuem para o fortalecimento da APS. Como exemplo pode-se citar a criação de uma nova categoria profissional formada pela fusão dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes Comunitários de Endemias (NOGUEIRA, 2018).

A partir de então, as discussões em torno do novo texto avançaram em espaços restritos como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as reuniões de técnicos do Ministério da Saúde. Em 27 de julho de 2017, uma prévia do documento foi exposto na CIT e encaminhado para consulta pública por dez dias. Nesse curto período, a consulta recebeu mais de 6 mil contribuições sem que tenham sido divulgados os resultados ou mudanças significativas no texto original. A nova PNAB foi aprovada em 30 de agosto de 2017, pouco mais de um mês após tornar-se pública (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

A nova PNAB se caracteriza por uma pretensa flexibilidade, sob a argumentação de atender necessidades regionais. Suas deliberações ampliam a liberdade de decisão dos gestores, incorporando verbos como sugerir e recomendar,

retirando o caráter indutor e propositivo da política. Tal posicionamento se apresenta como uma desconstrução a expansão do sistema público e da saúde da família, e remete a: uma concepção de Estado afinada com a racionalidade neoliberal, que aponta para o sentido inverso a uma maior presença do Estado, requerida para a continuidade do SUS como projeto e da AB como estratégia principal para a garantia da saúde como direito universal (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Para as inúmeras alterações propostas na nova PNAB citam-se como impactos a formação de barreiras ao acesso à saúde como consequência da flexibilização da cobertura universal e indefinição dos números de Agentes Comunitários de Saúde por equipes; alinhamento da ESF com o modelo biomédico, curativo e de controle de riscos individuais através do afrouxamento dos vínculos empregatícios e cargas horárias de trabalho de médicos e enfermeiros, por exemplo; redução dos postos de trabalho dos ACSs com a criação de equipes AB (NOGUEIRA, 2018; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo interpretativo com abordagem qualitativa e caráter exploratório, que foi desenvolvido em um município da Zona da Mata do Estado de Pernambuco, entre os meses de março e novembro de 2019, com o objetivo de compreender a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre as modificações em seus processos de trabalho realizadas pela nova Política Nacional de Atenção Básica.

A rede de Atenção Primária à Saúde da cidade de Vitória de Santo Antão é composta por 34 Unidades Básicas de Saúde e 36 equipes de saúde da família, onde 199 Agentes Comunitários de Saúde se distribuem prestando assistência às comunidades. A população deste estudo foi composta por ACS desse município e sua escolha justifica-se especialmente pelo histórico sindicalista no cenário estadual. Assim, foram incluídos os trabalhadores que exerciam a função de Agente Comunitário de Saúde há mais de cinco anos, além de ter idade acima de 18 anos. Foram excluídos os profissionais que no período das coletas estavam cumprindo férias, licença médica ou prêmio.

Através da técnica de amostragem por saturação foi definida uma amostra de 10 ACS e a técnica “snowballsampling” ou “bola de neve” que permitiu chegar ao primeiro voluntário a partir da escolha inicial de um informante-chave denominado “semente”, que apontou um profissional ACS com perfil que atendessem aos critérios da pesquisa. Este por sua vez, no encerramento da entrevista, indicou um novo contato e assim sucessivamente, até o último voluntário.

A coleta dos dados realizou-se por meio da aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturado elaborado pelos autores e dividido em duas categorias: a primeira com informações sociodemográficas (faixa etária, etnia, local de residência, escolaridade, estado civil, religião, tempo de trabalho, participação de movimento sindical, formação para exercer a profissão) e a segunda com seis perguntas condutoras.

Obedecendo a preferência dos profissionais, a realização das entrevistas se deu em salas reservadas nas Unidades Básicas de Saúde onde os mesmos trabalhavam. Com auxílio do aplicativo “Gravador de Voz”, disponível na

Play Store para sistema Android, os depoimentos puderam ser colhidos e posteriormente transcritos na íntegra.

A análise dos dados realizou-se através do método Discurso do Sujeito do Sujeito Coletivo (DSC), com suporte do software Qualiquantisoft de Lefevre e Lefevre (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014).

A criação do DSC se estabeleceu pelo processamento dos depoimentos individuais dos voluntários no software Qualiquantisoft e seguiu as seguintes etapas: 1) seleção das expressões-chave e extração das ideias centrais de cada discurso; 2) criação de categorias nomeadas por códigos (A, B, C) para o agrupamento das ideias centrais semelhantes; 3) formação do DSC ordenada por cada categoria 12.

O estudo cumpriu todas as normas exigidas para pesquisas envolvendo seres humanos, recebendo autorização para ser realizado mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sob CAAE: 09092519.8.0000.5208. Ressalta-se que todos os participantes foram informados sobre os seus riscos e benefícios, bem como consentiram com suas propostas assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4 ARTIGO

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA REVISTA **ENFERMERÍA GLOBAL**, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM EM ANEXO.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA 2017: PERCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Política Nacional de Atención Primaria 2017: percepciones de los Agentes Comunitarios de Salud

National Basic Care Policy 2017: perceptions of Community Health Agentes

Jacqueline Santos Valença¹

Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros²

Keyla Cristina Marques Vieira Ferreira³

¹Graduanda em Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão.

² Professora Assistente da Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão.

³ Professora Adjunta da Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão.

Jacqueline Santos Valença, E-mail: jacqueline.s.valenca@gmail.com, Telefone: (81) 9.0606-2975, Endereço: Primeira Travessa Santana, Nº 429, Bairro: Jardim Atlântico, Olinda/PE, CEP: 53050-031

Resumo:

Objetivo:

Compreender a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Vitória de Santo Antão - Pernambuco sobre as modificações nos processos de trabalho da categoria apresentadas pela nova Política Nacional de Atenção Básica (2017).

Métodos:

Trata-se de um estudo interpretativo, de abordagem qualitativa, caráter exploratório, e tem como subsídio o Materialismo Histórico e Dialético. Foram realizadas entrevistas a partir de um roteiro semi-estruturado com dez Agentes Comunitários de Saúde, selecionados a partir da técnica “*snowballsampling*”, do município de Vitória de Santo Antão - Pernambuco, Brasil, entre os meses de abril a julho de 2019. Os dados foram analisados tendo como base a Teoria das

Representações Sociais pelo Discurso do Sujeito Coletivo, com o suporte do software Qualiquantisoft versão 2.0.

Resultados:

Os seis questionamentos feitos aos participantes da pesquisa geraram oito Discursos do Sujeito Coletivo com as percepções dos profissionais sobre a nova Política Nacional de Atenção Básica. Eles consideram que a reformulação da Política é a continuação de uma perseguição que começou após a categoria conquistar direitos através de movimento sindical. Conscientes de sua força defendem movimentos de resistência na defesa do seu papel preventivista e de promoção à saúde, em detrimento ao curativista definido no documento.

Conclusão:

Sugere-se ampliação das discussões sobre os impactos da Política pautadas sob olhar do profissional ACS e das equipes de atenção básica. Assim, esse estudo pode contribuir com pesquisas sobre o esvaziamento do papel de mobilizador social desses trabalhadores, modificações no serviço e consequentemente na assistência prestada às comunidades.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Política de Saúde; Pesquisa qualitativa.

Resumen:

Objetivo:

Comprender la percepción de los Agentes Comunitarios de Salud de la ciudad de Vitória de Santo Antão - Pernambuco sobre los cambios en los procesos de trabajo de la categoría presentada por la nueva Política Nacional de Atención Primaria (2017).

Métodos:

Este es un estudio interpretativo, con un enfoque cualitativo, de carácter exploratorio. Las entrevistas se realizaron a partir de un guión semiestructurado con diez Agentes de Salud Comunitaria, seleccionados de la técnica de muestreo de bolas de nieve, de Vitória de Santo Antão - Pernambuco, Brasil, de abril a julio de 2019. Los datos fueron analizados en base a la Teoría de las representaciones sociales por el Discurso del sujeto colectivo, respaldado por el software Qualiquantisoft versión 2.0.

Resultados:

Las seis preguntas formuladas a los participantes en la investigación generaron ocho discursos de asignaturas colectivas con las percepciones de los profesionales sobre la nueva Política Nacional de Atención Primaria. Consideran que la reformulación de la Política es la continuación de una persecución que comenzó después de que la categoría ganó derechos a través del movimiento sindical. Conscientes de su fuerza, abogan por los movimientos de resistencia en defensa de

su papel preventivo y de promoción de la salud, en detrimento del curativista definido en el documento.

Conclusión:

Se sugiere ampliar las discusiones sobre los impactos de la Política con base en los ojos de los equipos profesionales y de atención primaria de la AEC. Por lo tanto, este estudio puede contribuir a la investigación sobre el vaciamiento del papel de movilización social de estos trabajadores, los cambios en el servicio y, en consecuencia, en la asistencia brindada a las comunidades.

Palabras clave: Agentes de salud comunitaria; Atención primaria de salud; Política de salud; Investigación cualitativa.

Abstract:**Goal:**

Understand the perception of the Community Health Agents of the city of Vitória de Santo Antão - Pernambuco about the changes in the work processes of the category presented by the new National Primary Care Policy (2017).

Methods:

This is an interpretative study, with a qualitative approach, exploratory character. Interviews were conducted from a semi-structured script with ten Community Health Agents, selected from the snowballsampling technique, from Vitória de Santo Antão - Pernambuco, Brazil, from April to July 2019. The data were analyzed based on the Theory of Social Representations by the Collective Subject Discourse, supported by Qualiquantisoft version 2.0 software.

Results:

The six questions made to the research participants generated eight Collective Subject Discourses with the perceptions of professionals about the new National Policy of Primary Care. They consider that the reformulation of the Policy is the continuation of a persecution that began after the category gained rights through union movement. Conscious of their strength, they advocate resistance movements in defense of their preventive and health-promoting role, to the detriment of the curativist defined in the document.

Conclusion:

It is suggested to broaden discussions about the impacts of the Policy based on the eyes of the Community Health Agents and primary care teams. Thus, this study may contribute to research on the emptying of the social mobilization role of these workers, changes in the service and consequently in the assistance provided to the communities.

Keywords: Community Health Agents; Primary Health Care; Health policy; Qualitative research.

Introdução

O Brasil viu nascer importantes processos políticos e sociais no final da década de 80. A redemocratização teve por objetivo restaurar o estado de direito através de efetiva participação da sociedade e intensificou a luta dos movimentos sociais por modificações nas formas como o Estado intervia sobre os problemas da saúde ⁽¹⁾.

Com o fim do Regime Militar, um novo modelo assistencial foi formulado por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com doutrinas e princípios adotados em todo o país. Tal sistema baseava-se na universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação social. Legitimados na Constituição de 1988, esses princípios doutrinários objetivavam reordenar os serviços e ações por meio da promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde ⁽¹⁾.

Com a criação do SUS a Atenção Primária à Saúde passou a funcionar como a principal porta de entrada, ampliando o acesso aos serviços e o direito a assistência, além de consolidar as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Como elemento chave desse contexto, a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) surge no estado do Ceará, como uma experiência exitosa na redução dos alarmantes indicadores de mortalidade materna e infantil, levando essa nova frente de trabalhadores a formulação de um modelo nacional institucionalizado pelo Ministério da Saúde: o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS/1991), posteriormente Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS/1992) ⁽²⁾.

Estrategicamente recrutado na comunidade, o ACS se estabeleceu no fundamental com a Estratégia de Saúde da Família e melhorou a resolutividade da assistência por ser o trabalhador que mais conhecia suas necessidades já que compartilhava da mesma natureza social, atuando junto aos vizinhos e amigos nos seus espaços de vida ⁽³⁾.

A mobilização social é o centro do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, mas entre as práticas exercidas em todo país destaca-se a visita aos domicílios, cadastramento das famílias, proporcionar acesso à unidade de saúde, encaminhamento para consultas, identificação de riscos, monitoramento de casos, promoção de ações de educação em saúde, realização de atividades com grupos prioritários ⁽⁴⁾.

Hoje os ACSs atuam em equipes multiprofissionais na Estratégia de Saúde da Família e em setembro de 2019 constituíam a categoria profissional mais numerosa do SUS com 283.131 mil trabalhadores, presentes em 5.495 municípios ⁽⁵⁾.

Como classe trabalhadora, os ACSs estão em constante avanço na luta por direitos trabalhistas materializando entre as suas vitórias o vínculo empregatício e o piso salarial nacional. Porém, eles ainda são uma categoria vulnerável por existir apenas no âmbito da política social e pública ⁽⁶⁾.

Em 2016, poucos dias antes do processo de impeachment da presidente Dilma Rousseff, um primeiro ataque neoliberal ameaçou a existência dos Agentes Comunitários de Saúde através de modificações no anexo da Política Nacional de Atenção Básica. As Portarias GM/MS nº 958 e 959 ^(7, 8) asseguravam a formação de equipes de saúde da família sem os ACSs e permitia substituições por técnicos de enfermagem sob o discurso de ampliar a resolutividade da Atenção Básica. Após uma série de mobilizações e atos de resistência a categoria conseguiu a revogação das duas portarias ^(6,9).

Em mais uma movimentação realizada no mesmo mês da revogação das Portarias, a Comissão Intergestores Tripartite anunciou a reformulação da PNAB. O novo texto, aprovado em agosto de 2017, traz modificações nas atribuições dos ACS, que sob assistência de um profissional de saúde de nível superior, e após treinamento específico, realizarão aferição de pressão arterial, medição de glicemia, aferição de temperatura axilar e técnicas limpas de curativos. A Política também legitima a composição de equipes de Atenção Básica (eAB) sem a participação dos Agentes Comunitários de Saúde com o objetivo de atender às características e necessidades individuais dos municípios ^(9, 10).

A revisão da Política Nacional de Atenção Básica foi realizada sem ampla participação da sociedade, contrariando movimentos sociais, instituições de ensino, pesquisa e de assistência à saúde. Esse artigo se justifica pela ausência de diálogo com os ACS durante o processo de redação da PNAB 2017, que apesar de serem uma das categorias profissionais mais atingidas e dos movimentos de resistências realizados durante o processo, não foram ouvidos ⁽⁹⁾.

Apesar da importância da categoria no modelo de Atenção Primária à Saúde no Brasil, os ACS são profissionais que se vêem no meio de tensionamentos que moldam suas práticas cotidianas, sendo colocados entre as demandas das Unidades Básicas de Saúde, da população e as exigências do sistema ⁽¹¹⁾.

Diante desta conjuntura, o objetivo do estudo é compreender a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Vitória de Santo Antão - Pernambuco/Brasil - sobre as modificações em seus processos de trabalho apresentadas pela nova Política Nacional de Atenção Básica.

Metodologia

Trata-se de um estudo interpretativo com abordagem qualitativa e caráter exploratório, desenvolvido em um município da Zona da Mata do Estado de Pernambuco, entre os meses de março e novembro de 2019 para compreender a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre as modificações em seu processo de trabalho realizadas pela nova Política Nacional de Atenção Básica.

A rede de Atenção Primária à Saúde da cidade de Vitória de Santo Antão é composta por 34 Unidades Básicas de Saúde e 36 equipes de saúde da família, onde 199 Agentes Comunitários de Saúde se distribuem prestando assistência às comunidades. A população deste estudo foi composta por ACS desse município e sua escolha justifica-se especialmente pelo histórico sindicalista no cenário estadual. Assim, foram incluídos os trabalhadores que exerciam a função de Agente Comunitário de Saúde há mais de cinco anos, tempo necessário para perceber as modificações no processo de trabalho da categoria ofertadas a partir da nova PNAB,

além ter idade acima de 18 anos. Foram excluídos os profissionais que no período das coletas estavam cumprindo férias, licença médica ou prêmio.

Através da técnica de amostragem por saturação foi definida uma amostra de 10 ACS e a técnica “*snowballsampling*” ou “bola de neve” que permitiu chegar ao primeiro voluntário a partir da escolha inicial de um informante-chave denominado “semente”, que apontou um profissional ACS com perfil que atendesse aos critérios da pesquisa. Este por sua vez, no encerramento da entrevista, indicou um novo contato e assim sucessivamente, até o último voluntário.

A coleta dos dados realizou-se por meio da aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturado elaborado pelos autores e dividido em duas categorias: a primeira com informações sociodemográficas (faixa etária, etnia, local de residência, escolaridade, estado civil, religião, tempo de trabalho, participação de movimento sindical, formação para exercer a profissão) e a segunda com seis perguntas condutoras.

Obedecendo a preferência dos profissionais, a realização das entrevistas se deu em salas reservadas nas Unidades Básicas de Saúde onde os mesmos trabalhavam. Com auxílio do aplicativo “Gravador de Voz”, disponível na Play Store para sistema Android, os depoimentos puderam ser colhidos e posteriormente transcritos na íntegra.

A análise dos dados teve como embasamento a Teoria das Representações Sociais, resgatada através do método Discurso do Sujeito do Sujeito Coletivo (DSC) e o suporte do software Qualiquantisoft de Lefevre e Lefevre ⁽¹²⁾.

A criação do DSC se estabeleceu pelo processamento dos depoimentos individuais dos voluntários no software Qualiquantisoft e seguiu as seguintes etapas: 1) seleção das expressões-chave e extração das ideias centrais de cada discurso; 2) criação de categorias nomeadas por códigos (A, B, C) para o agrupamento das ideias centrais semelhantes; 3) formação do DSC ordenada por cada categoria ¹².

O estudo cumpriu todas as normas exigidas para pesquisas envolvendo seres humanos, recebendo autorização para ser realizado mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sob CAAE: 09092519.8.0000.5208. Ressalta-se que todos os participantes foram informados sobre os seus riscos e benefícios, bem como consentiram com suas propostas assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Os dados sociodemográficos permitiram caracterizar os dez Agentes Comunitários de Saúde como sendo 80% (8) do sexo feminino e 20% (2) masculino; média de idade de 45,8 anos, variando de 36 a 67 anos; estado civil casado 70% (7) e divorciado 30% (3); de religião católica 60 % (6), evangélica 30% (3) e espírita 10% (1); de etnia autorreferida parda 60% (6), branca 20% (2) e negra 20% (2). Os profissionais apresentam nível de escolaridade com pós-graduação 60% (6), superior incompleto 20% (2), superior completo 10% (1) e médio completo 10% (1). Todos os entrevistados participam de movimento sindical, frequentam suas

reuniões, receberam formação técnica incompleta para ACS, e apresentam uma média de tempo de trabalho de 21,1 anos variando de 17 a 28 anos.

Durante as coletas, seis questionamentos foram feitos aos voluntários. Suas análises permitiram construir oito discursos a partir das extrações de expressões-chaves, identificações de ideias centrais e organização em categorias temáticas. São as perguntas: 1) *Você conhece a Política Nacional de Atenção Básica e sabe quais as modificações realizadas em seu processo de trabalho?* 2) *Qual sua percepção sobre as alterações que a nova Política Nacional de Atenção Básica trouxe ao seu processo de trabalho?* 3) *Por que você acha que houveram essas mudanças?* 4) *A PNAB também prevê a formação de equipes de sem o Agente Comunitário de Saúde. O que você visualiza para o futuro a partir dessa nova conformação?* 5) *Um das justificativas usadas para alterar o texto da PNAB é a transição epidemiológica. Acredita-se que o papel do ACS precisa acompanhar estas modificações, o que você acha sobre isso?* 6) *Depois de tantos anos trabalhando no SUS qual o sentimento em relação à nova PNAB?* (Quadro 1).

Quadro 1. Discurso do Sujeito Coletivo com base nas seis perguntas realizadas aos Agentes Comunitários de Saúde com as suas percepções sobre as alterações em seus processos de trabalho presentes na revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Pergunta 1: Você conhece a Política Nacional de Atenção Básica e sabe quais as modificações realizadas em seu processo de trabalho?
--

Ideia Central 1: O conhecimento da nova PNAB em um contexto incipiente.

DSC 1: <i>Conheço sim, ou melhor, um pouco dela, não li a política porque ela é muito extensa, mas algumas coisas vi no sindicato... sei que havia uma proposta de fazer o curso técnico de enfermagem, e falava sobre a diminuição do número de ACS.</i>

Ideia Central 2: “A Atenção Básica não funciona sem o ACS”: A nova PNAB e as modificações no processo de trabalho dos ACS.
--

DSC 2: <i>Logo no início quando saiu essa alteração, a gente achou ela muito perigosa para o ACS, mais pelo que ela não diz, do que pelo o que ela diz! Principalmente porque dá a oportunidade de muita manipulação política! Em reuniões do Sindicato foi colocada que a nova PNAB permite o funcionamento de uma UBS sem a obrigatoriedade de ter o ACS além da modificação no processo de trabalho, como aferição de pressão arterial, medição de glicemia, realização de curativo... atribuições que não nos competem! Deixa que o gestor decida que o ACS seja também de Endemias, seja técnico de enfermagem, recepcionista.... Querem nos sobrecarregar, precarizar ainda mais o trabalho, descaracterizar nossa profissão, e até mesmo extinguir nosso papel como aconteceu com os guardas da SUCAM [Superintendência de Campanhas de Saúde Pública]. O problema na formação dessas Políticas é que não existe participação social, elas sempre vêm de cima para baixo, só que na verdade têm que surgir de baixo para cima.</i>

Pergunta 2: Qual sua percepção sobre as alterações que a nova Política Nacional de Atenção Básica trouxeram ao seu processo de trabalho?

Ideia Central 1: O resgate das atribuições do ACS como benefício na assistência à comunidade.

DSC 3: Eu fiquei muito triste quando impossibilitaram o ACS de vacinar, aferir pressão, acompanhar uma remoção, como fazíamos antigamente. Eram atribuições que eu gostava e foram retiradas. Por isso acho que as alterações foram positivas, vai beneficiar a comunidade, como muitas coisas que eram necessárias e vieram, a exemplo do NASF [Núcleo Ampliado de Saúde da Família].

Ideia Central 2: Percepção das alterações como retrocesso e precarização.

DSC 4: Achemos um absurdo as alterações que foram realizadas, quase todos ou a maioria dos ACS não concordam, pois são inadequadas para a realidade dentro da Atenção Básica do nosso país. Elas impedem que o Agente de Saúde seja Agente de Saúde, nos tornando profissionais curadores quando o nosso trabalho é bem mais complexo e tem como base a prevenção, orientação e a mobilização social. Somos a ponte entre a comunidade e o serviço de saúde, por isso desenvolvemos uma visão maior de coletividade. Mas, com tudo isso, a comunidade já enfrenta a diminuição da assistência dos ACSs pelas exigências provocadas pelo cumprimento das produtividades e agora a revisão da PNAB traz esse profissional fazendo dois papéis. O desrespeito com a categoria tem provocado o adoecimento de muitos de nós, porém a resistência se dará quando não deixarmos de seguir uma Lei [Ruth Brillhante ¹³] para obedecer uma Política.

Pergunta 3: Por que você acha que houveram essas mudanças?

Ideia Central 1: Fatores políticos e econômicos como força motriz para as alterações na PNAB.

DSC 5: *Dizem que a intenção é melhorar para comunidade, mas quando se vê uma reformulação na Política Nacional que induz de forma muito sutil a acabar com o profissional ACS, não acredito que tenha vindo de base popular. Acredito que essas mudanças aconteceram porque a realidade de saúde da população mudou. Sabemos que precisava ter algumas mudanças, mas estas se deram porque os ACSs estavam conseguindo espaço. Foi interesse meramente político e econômico, uma redução de custos para os gestores que vinham há um bom tempo discutindo o benefício do ACS como um cabo eleitoral, um líder comunitário efetivo que não tem medo de falar, que enfrenta as irregularidades, mobiliza e empodera a comunidade através de uma educação efetiva em saúde, sendo o único profissional na Atenção Básica que diz que 'não está tudo perfeito'. Outros profissionais precisam também aderir à luta, e não fizeram. Se o Ministério da Saúde quiser acabar com o PSF, os problemas antes controlados ou extintos voltarão. Acho uma total falta de reconhecimento do trabalho de quem mudou o quadro da história da saúde no Brasil.*

Pergunta 4: A PNAB também prevê a formação de equipes sem o Agente Comunitário de Saúde. O que você visualiza para o futuro a partir dessa nova conformação?

Ideia Central 1: A integralidade, territorialização, população adscrita, resolutividade e participação da comunidade ameaçadas pela nova PNAB.

DSC 6: *O Agente Comunitário é muito mais que um profissional de saúde na Atenção Básica, ele é um cidadão de saúde, mas dentro desse contexto da humanização começaram a tirar um personagem tão humanizado, transformando-o em um agente burocrático, insensível e coletor de dados. As UBSs sem os ACSs vão continuar sem cobertura das áreas e assim perceberão a dificuldade que é estruturar uma equipe na comunidade e conseqüentemente terão que colocar outro Agente de Saúde. Ele vai ter que dar conta de coisa que nem sabe, porque é novo na área e vai ser formado durante o processo. Os profissionais que forem deixando os cargos não serão repostos e daqui a pouco não teremos mais, representando o fim da categoria. Sem as informações ofertadas por esses trabalhadores o PSF voltará a ser apenas um posto de saúde.*

Pergunta 5: Um das justificativas usadas para alterar o texto da PNAB é a transição epidemiológica. Acredita-se que o papel do ACS precisa acompanhar estas modificações, o que você acha sobre isso?

Ideia Central 1: Visão contra hegemônica do modelo assistencial à saúde.

DSC 7: *Como todo profissional de saúde o ACS vai ter que se adequar aos novos tempos, porém quem escreveu a PNAB focou em dados que tecnicamente na prática, não é a mesma coisa. As estatísticas de doenças crônicas realmente são altas, mas eles não pararam para ver as doenças negligenciadas. E nesse contexto a principal palavra que define os ACSs é a luta. Lutando para mostrar que a moda do momento não é só*

hipertensão e diabetes, o problema é bem maior, como a falta de medicação, a mudança no estilo de vida dentro das possibilidades e realidade de nossa comunidade. O ACS não é um profissional curador, não é olhando uma pressão ou dosando uma glicemia que vai reverter isso, trabalho com prevenção, educação, fazendo com que as pessoas entendam a própria saúde. Mas infelizmente a comunidade não sabe o quê está acontecendo, não tem noção do que é isso: um retrocesso sem tamanho.

Pergunta 6: Depois de tantos anos trabalhando no SUS qual o sentimento em relação a nova PNAB?

Ideia Central 1: Sentimentos frustrantes em relação à nova PNAB.

DSC 8: Não ter voz e todo esse jogo político decepçiona, desmotiva e entristece. Estão nos perseguindo para poder criar uma outra categoria profissional e isso provoca uma angústia muito grande porque temos consciência da importância do nosso trabalho. A presença do ACS nas equipes de saúde possibilita a entrada dos outros profissionais da UBS nos domicílios, sem nós a aceitação não será a mesma, e corre-se o risco dessas portas serem fechadas. Também sabemos que incomodamos muito porque mesmo sem formação superior, somos a categoria com maior conhecimento sobre saúde coletiva e deveriam nos ouvir. Mas apesar de tudo, o reconhecimento e o vínculo com a comunidade é tão bacana que nos acalenta, tornando o serviço gratificante.

Discussão

Observa-se que o perfil sociodemográfico encontrado segue o padrão de outras pesquisas que buscaram caracterizar os Agentes Comunitários de Saúde: predominância do sexo feminino, casada, católica e de cor parda ^(14,15). A feminização da profissão está relacionada à resistência das comunidades ao ACS do sexo masculino e ao relato de constrangimento despertado por ele no acesso às residências, como também na exposição de singularidades femininas ⁽¹⁶⁾. Destaca-se igualmente que a intensa presença de mulheres na ocupação de cargos de saúde faz referência à construção cultural que as naturaliza no papel de cuidadoras da sociedade ⁽¹⁷⁾.

A média de idade de 45,8 anos evidencia uma proximidade com os achados de inquéritos realizados nacionalmente e na região Nordeste. Estes números apontam medianas de idade entre 39 e 40,8 anos, respectivamente ^(18, 19).

Com relação ao nível de escolaridade, o perfil dos ACSs do município em estudo parece revelar uma superação da mínima exigência histórica de ser alfabetizado para o exercício da profissão, assim como a Lei nº 11.350/2006 ⁽²⁰⁾ que estabelece apenas a conclusão do ensino fundamental. No caso de Vitória de Santo Antão, o achado de 60% dos profissionais com pós-graduação como nível de escolarização, expressa a atuação da categoria como força política na luta por

reconhecimento e valorização através da conquista do plano municipal de cargo e carreira - Lei Municipal N° 3.702/2012.

Essa realidade é contrária à identificada por uma pesquisa realizada em 2014 na região Nordeste sobre o perfil e aspectos relacionados ao trabalho dos Agentes de Saúde. Entrevistas com 535 trabalhadores de 107 unidades de saúde revelaram o ensino médio (67, 7%) como o principal nível de formação ⁽¹⁹⁾, resultado também encontrado em outros estudos ^(21, 22).

Todos os ACS pesquisados receberam formação técnica inicial para desenvolver a função, que consistiu no cumprimento de uma carga horária total de 600 horas/aulas. Em outros estudos, esse mesmo dado equivale a 90% e 100% dos voluntários participantes ^(14, 22).

A média de tempo de trabalho exercendo a função de ACS de 21,1 anos variando de 17 a 28 anos resultados de algumas investigações revelam que 81,2% dos profissionais examinados tinham entre 5 a 10 anos e 64,1% há, no mínimo, 10 anos ^(23, 24).

Sobre a participação política dos ACS, todos afirmaram serem ativos no movimento sindical e frequentes em suas reuniões. Esse fato supera os dados do próprio Nordeste, onde 40, 2% desses profissionais referem atuar em sindicatos ⁽¹⁹⁾. Diante do exposto, supõe-se que essa intensa atuação esteja relacionada aos constantes êxitos do SINDRAS (Sindicato Intermunicipal dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias de Vitória de Santo Antão, Chã Grande e Pombos, todos municípios do estado de Pernambuco), ativo desde 2011 em Vitória de Santo Antão, na concessão do plano municipal de cargos e carreiras, insalubridade e redução da jornada diária de trabalho para seis horas.

Segundo relatos dos entrevistados, o SINDRAS surgiu como associação por incentivo da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) e chegou a ser composto por profissionais de dez cidades da Zona da Mata pernambucana, tendo como objetivo fortalecer a luta da categoria em nível local. Para melhorar o seu poder de representação, a associação precisou ser transformada em sindicato, o que possibilitou a reorganização dos ACSs na fundação de mais sindicatos na região. Apesar do fornecimento de poucas informações sobre a nova PNAB pelos entrevistados no DSC 1, percebe-se no trecho *“mas algumas coisas vi no sindicato”* que os ACSs encontram nessa instituição um importante espaço de socialização.

Foram organizados em torno dos sindicatos municipais, estaduais e na CONACS que esses trabalhadores enfrentaram uma conjuntura caracterizada pelo avanço do neoliberalismo e conquistaram os seguintes direitos: “ piso salarial nacional; adicional por insalubridade; planos de carreiras municipais; legislação que assegura contratação mediante vínculo empregatício direto com órgão, ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional, entre outros” ⁽²⁵⁾.

Esse histórico de vitórias pode estar atrelado à manutenção do militantismo de base dos sindicatos, resgatada pelo discurso, onde a necessidade de auto-organização na reivindicação por direitos encontra seu berço na luta contra as precárias condições de vida existentes no território onde residem antes mesmo de se tornarem ACSs ⁽⁴⁾.

Os depoimentos prestados pelos voluntários geraram oito Discursos dos Sujeitos Coletivos. Para o questionamento “*Você conhece a Política Nacional de Atenção Básica e as modificações realizadas em seu processo de trabalho?*”, dois discursos foram construídos a partir de suas Ideias Centrais. No primeiro, percebe-se a existência de um conhecimento inicial dos ACSs justificado pela extensão do documento.

O segundo Discurso do Sujeito Coletivo transmite o empoderamento da classe sobre a PNAB com descrição das alterações efetuadas por ela ao seu processo de trabalho, além de defender que essa movimentação precariza, descaracteriza, abre caminho para a extinção dos ACSs e consequentemente paralisa a Atenção Básica.

Sob argumentação de atender necessidades regionais, a nova PNAB se caracteriza por uma pretensa flexibilidade, percebida no início do DSC 2: “*a gente achou ela muito perigosa para o ACS, mais pelo que ela não diz, do que pelo o que ela diz!*” As deliberações da Política ampliam a liberdade de decisão dos gestores, incorporando verbos como sugerir e recomendar, retirando o caráter indutor e propositivo da Política. Tal posicionamento se apresenta como uma desconstrução a expansão do sistema público e da saúde da família, e remete a:

uma concepção de Estado afinada com a racionalidade neoliberal, que aponta para o sentido inverso a uma maior presença do Estado, requerida para a continuidade do SUS como projeto e da AB como estratégia principal para a garantia da saúde como direito universal ⁽²⁶⁾.

Sabe-se também que a revisão da PNAB contou com o protagonismo central do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) junto ao Ministério da Saúde (MS), que já almejava mais autonomia, como também teve sua carga de responsabilidade aumentada no financiamento do SUS e diminuição da participação estadual, no caso da Atenção Básica ⁽²⁶⁾.

Em outro trecho, fica evidente a preocupação dos ACSs relacionada a uma tentativa de substituí-los por auxiliares ou técnicos de enfermagem, a exemplo da publicação da Portaria GM/MS nº 958/16, de maio de 2016 ⁽⁷⁾ e de fundi-los com os Agentes de Combate a Endemias, proposta presente nas primeiras discussões de reformulação da PNAB: “*deixa que o gestor decida que o ACS seja também de Endemias, seja técnico de enfermagem*”.

A segunda pergunta “*Qual sua percepção sobre as alterações que a nova Política Nacional de Atenção Básica trouxe ao seu processo de trabalho?*” gerou mais dois discursos. No DSC 3, os voluntários relatam o sentimento de tristeza e lamentam as transformações sofridas no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde ao longo da sua história: “*impossibilitaram o ACS de vacinar, aferir pressão, acompanhar uma remoção, como fazíamos antigamente. Eram atribuições que eu gostava e foram retiradas*”.

Durante as entrevistas, os trabalhadores mais antigos resgatam em suas narrativas as condições nas quais foram contratados para atuar no início do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (1991) em Vitória de Santo Antão. Nas falas, é notável o orgulho dos ACSs em ter combatido uma epidemia de

Cólera na região, assim como a execução de várias funções, como: vacinação, aferição de pressão, encaminhamento de pacientes com sintomas da doença ao hospital municipal. Através delas pode-se compreender a percepção positiva e a confiança que a PNAB *“vai beneficiar a comunidade”*.

Em pesquisa realizada entre os anos de 2013 e 2017 com 105 dirigentes sindicais e de associações de ACS de todas as regiões do Brasil, 74,2% identificaram muitas transformações em seu processo de trabalho. Desses, também 74% avaliaram que antes trabalhavam mais no *“território junto com a população, fazendo mobilização social e educação popular, mas hoje a cobrança é maior em relação ao preenchimento de fichas, alimentação dos sistemas e marcação de consultas”*. Nela também há alguns apontamentos pelos voluntários sobre os motivos das mudanças: a inserção do ACS na equipe multiprofissional do PSF, o avanço da tecnologia e a incorporação de novos equipamentos na atenção básica ⁽⁴⁾.

O DSC 4 traz uma percepção negativa sobre as modificações realizadas pela Política: *“achamos um absurdo as alterações que foram realizadas, quase todos ou a maioria dos ACS não concordam, pois são inadequadas para a realidade dentro da Atenção Básica do nosso país”*. Para os profissionais, elas têm substituído a complexidade do trabalho do Agente Comunitário de Saúde por uma lógica curativista. E destaca a massiva burocratização que tem trazido perdas para a comunidade que *“já enfrenta a diminuição da assistência dos ACSs pelas exigências provocadas pelo cumprimento das produtividades e agora a revisão da PNAB traz esse profissional fazendo dois papéis”*.

A burocratização cria um distanciamento sobre como os profissionais reconhecem o seu trabalho. Para os ACSs alguns fatores se atrelam a esse estranhamento: aumento das atividades administrativas em relação as visitas domiciliares, controle por parte das gestões através da adoção de pontos eletrônicos e GPS, coleta de dados para os sistemas de informação, avaliação baseada em metas e valorizando a quantidade de procedimentos a qualidade ^(4, 25).

A sequência *“o desrespeito com a categoria tem provocado o adoecimento de muitos de nós”* expõe o que parece ser invisível aos que estão do outro lado da linha do cuidado: a fragilização da saúde do trabalhador ACS. Entre as ocupações que mais solicitam desligamento por aposentaria por invalidez permanente por doença ocupacional no Brasil, os Agentes Comunitários de Saúde ocupam a 11ª colocação, ao lado dos pedreiros, faxineiros e professores do ensino fundamental. Duplamente afetados por baixas condições de vida, já que moram e atuam no mesmo território, esses profissionais apontam outros motivos: 75% falta de equipamentos de proteção individual, baixo salário 64%, realizar trabalho que não é do ACS 55%, sobrecarga de trabalho burocrático/administrativo 53% ⁽⁴⁾.

No trecho *“a resistência se dará quando não deixarmos de seguir uma Lei [Ruth Brilhante] para obedecer uma Política”* fica evidente o porquê os Agentes Comunitários de Saúde somam tantas conquistas ao longo da trajetória de luta por seus direitos. Entre elas merece destaque a Lei 13.595/18, que em várias entrevistas foi mencionada. Homenageando a ACS Ruth Brilhante de Souza, presidente e depois vice-presidente da CONACS, falecida em 2017, a Lei reformulou a carreira dos ACSs e agentes de combate às endemias estabelecendo suas atribuições, jornada de trabalho e grau de formação profissional. É assegurada em

seu texto, que a categoria questiona a alteração das suas atividades e o caráter flexível da revisão da PNAB onde deixa a cargo do gestor questões como, por exemplo, o território de atuação ^(13, 25).

O terceiro questionamento *“Por que você acha que houve essas mudanças?”* resultou na construção do DSC 5, onde há um reconhecimento de mudanças no perfil de saúde da população, mas elas não seriam o motivo real que justificou as modificações na Política: *“estas se deram porque os ACSs estavam conseguindo espaço. Foi interesse meramente político e econômico, uma redução de custos para os gestores que vinham há um bom tempo discutindo o benefício do ACS como um cabo eleitoral, um líder comunitário efetivo que não tem medo de falar, que enfrenta as irregularidades”*.

Os Agentes Comunitários de Saúde contribuíram positivamente no estado de saúde da população na redução da mortalidade infantil e de menores de 5 anos, além dos internamentos por causas sensíveis à atenção primária ⁽²⁰⁾. Apoiados nesse cenário e reconhecendo que não existe saúde pública sem o trabalho dos profissionais, os voluntários alertam que *“se o Ministério da Saúde quiser acabar com o PSF, os problemas antes controlados ou extintos voltarão”*. Também lamentam a *“falta de reconhecimento do trabalho de quem mudou o quadro da história da saúde no Brasil”*.

A quarta pergunta *“A PNAB também prevê a formação de equipes sem o Agente Comunitário de Saúde. O que você visualiza para o futuro a partir dessa nova conformação?”* teve como resultado o DSC 6 e apresenta as percepções dos ACSs em relação as transformações que a profissão com a inserção de atribuições cada vez mais tecnicista: *“dentro desse contexto da humanização começaram a tirar um personagem tão humanizado, transformando-o em um agente burocrático, insensível e coletador de dados”*.

Na continuação, o discurso traz previsões para a atenção primária: *“as UBSs sem os ACSs vão continuar sem cobertura das áreas e assim perceberão a dificuldade que é estruturar uma equipe na comunidade e conseqüentemente terão que colocar outro Agente de Saúde. Ele vai ter que dar conta de coisa que nem sabe, porque é novo na área e vai ser formado durante o processo”*.

Pensando nisso, para as inúmeras alterações propostas na nova PNAB citam-se como impactos a formação de barreiras ao acesso à saúde como consequência da flexibilização da cobertura universal e indefinição dos números de Agentes Comunitários de Saúde por equipes; alinhamento da ESF com o modelo biomédico, curativo e de controle de riscos individuais através do afrouxamento dos vínculos empregatícios e cargas horárias de trabalho de médicos e enfermeiros, por exemplo; redução dos postos de trabalho dos ACSs com a criação de equipes AB ^(8, 26, 27).

O questionamento *“Uma das justificativas usadas para alterar o texto da PNAB é a transição epidemiológica. Acredita-se que o papel do ACS precisa acompanhar estas modificações, o que você acha sobre isso?”* os entrevistados reconhecem a necessidade de adequações, como já aconteceu anteriormente, porém o que tem fundamentado as alterações nos processos de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde é uma lógica meramente econômica: redução de custos com pessoal ⁽²⁸⁾.

Pensando nisso, o Programa de Formação em Enfermagem dos Agentes de Saúde (PROFAGS) objetiva a formação de 250 mil ACS e ACE em técnicos de enfermagem, parecendo atender às necessidades para o exercício das novas atribuições previstas na PNAB 2017. Esse projeto desconsidera o Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde publicado em 2004, pelo Ministério da Saúde, em parceria com o MEC, que mesmo não sendo implantado como uma política nacional, ofertando uma formação específica para os profissionais, foi realizado em parcialmente em algumas regiões do país ⁽²⁸⁾.

Como bem destacado no discurso *“o ACS não é um profissional curador, não é olhando uma pressão ou dosando uma glicemia que vai reverter isso”*. Assim, em prol de uma certa resolutividade, as novas atribuições presentes na PNAB elevam o risco de sobrecarga, diante das muitas atividades acumuladas pelos Agentes Comunitários de Saúde, uma provável redução de postos de trabalho e favorecem a extinção deste profissional no SUS ⁽²⁸⁾.

O sexto e último questionamento feito aos voluntários é: *“Depois de tantos anos trabalhando no SUS, qual o sentimento relação à nova PNAB?”* Com ele o DSC 8 foi construído e em sua dimensão apresenta sentimentos como decepção, desmotivação e tristeza.

Apesar do reconhecimento da importância do trabalho do ACS dentro do SUS e do papel na articulação das redes, a desvalorização permeia o seu universo profissional gerando tensionamentos cotidianamente. No caso desse estudo, ela tem se manifestado através da reformulação da PNAB 2017, que visualiza aumentar a resolutividade da atenção primária dando atribuições do campo clínico aos Agentes Comunitários de Saúde ^(13, 28).

No discurso também fica evidente o que os trabalhadores percebem como perseguição, demonstrando empoderamento sobre os processos que antecederam a publicação da PNAB, mencionando a criação de outra categoria profissional na qual se misturam práticas do ACS, ACE e técnico em enfermagem ⁽²⁸⁾. Há mais uma previsão: *“A presença do ACS nas equipes de saúde possibilita a entrada dos outros profissionais da UBS nos domicílios, sem nós a aceitação não será a mesma, e corre-se o risco dessas portas serem fechadas”*.

Apesar de todo estranhamento causado pela precarização, os entrevistados valorizam positivamente o trabalho desenvolvido pela categoria, atestando o conhecimento que possuem sobre saúde coletiva e que *“apesar de tudo, o reconhecimento e o vínculo com a comunidade é tão bacana que nos acalenta, tornando o serviço gratificante”*.

Conclusões

Os Agentes Comunitários de Saúde do município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco percebem as modificações nos seus processos de trabalho trazidas pela nova Política Nacional de Atenção Básica como a continuação de uma perseguição a categoria em razão das últimas conquistas políticas na busca de direitos. Para os ACSs, essa movimentação fica evidente desde as várias tentativas de extingui-los através da fusão com os Agentes de Combate a Endemias, substituição por técnico de enfermagem, e agora na conformação das equipes de Atenção Básica.

Cientes da sua força, os ACSs não visualizam uma APS efetiva com composições de equipes sem esses profissionais, reduzindo as UBS aos antigos postos de saúde, com prejuízos para a comunidade. Apoiados na qualidade do trabalho prestado à sociedade ao longo de quase três décadas, esses trabalhadores defendem movimentos de resistência na defesa do seu papel preventivista e de promoção à saúde, em detrimento ao curativista definido na PNAB.

No estudo, a maior dificuldade enfrentada foi em relação à pesquisa da literatura, já que a reformulação da PNAB se deu apenas há três anos e os dados encontrados sobre o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde ainda são em níveis locais ou possuem mais de cinco anos de publicação. Ainda precisamos conhecer mais os ACSs. Outro problema identificado é em relação aos locais de coleta. Pela escolha da técnica “snowballsampling” para seleção dos voluntários, os espaços escolhidos por eles eram as UBSs e pela dinâmica do trabalho dos profissionais, as conversas precisavam ser interrompidas para o atendimento dos comunitários, gerando cortes nas falas e por isso longas entrevistas.

Sugere-se ampliação das discussões sobre os impactos da nova PNAB pautadas sob olhar do profissional ACS e das equipes de atenção básica. Assim, esse estudo pode contribuir nas discussões sobre o esvaziamento do papel de mobilizador social, historicamente exercido por esses trabalhadores, através dos frequentes ataques institucionais que vêm sofrendo. Destaca-se que essa compreensão também pode auxiliar na identificação de modificações no serviço e consequentemente na assistência prestada às comunidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Cunha JRA. O direito à saúde no Brasil: da redemocratização constitucional ao neoliberalismo de exceção dos tempos atuais. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.* 2017 Jul [cited 2019 Aug 1]; 6 (3): 65-89. Available from: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v6i3.395>
- 2-- Nogueira ML. O processo histórico da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde: trabalho, educação, e consciência política coletiva. Tese [doutorado]. [Rio de Janeiro] Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Educação; 2017. 542 s.
- 3- Bezerra YRN; Feitosa MZS. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. *Ciê. Saúde Coletiva.* 2018 Mar [cited 2019 Aug 1]; 23 (3): 813-822. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.00292016>
- 4- Samudio JLP; Brant LC; Martins ACFDC; Vieira MA; Sampaio CA. Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Primária no Brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. *Trab. Educ. Saúde.* 2017 Dec [cited 2019 Oct 2]; 15 (3): 745-769. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00075>
- 5- Brasil. Ministério da Saúde. Histórico do quantitativo de equipes e serviços custeados na Atenção Primária à Saúde [cited 2019 Aug 2] Available from: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/reIHistoricoPagamentoEsf.xhtml>

6- Nogueira ML. Impactos do neoliberalismo na política de saúde: a precarização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e a Política Básica à Saúde no Brasil. In: Convención Internacional de Salud, 2018. [cited 2019 Aug 2] Available from: <<http://convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/viewPaper/2131>>

7- Brasil. Portaria nº 958, de 10 de maio de 2016. Altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para ampliar as possibilidades de composição das Equipes de Atenção Básica. [cited 2019 Aug 2] Available from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0958_10_05_2016.html>

8- Brasil. Portaria nº 959, de 10 de maio de 2016. Define o valor do incentivo de custeio referente ao acréscimo de profissionais na equipe multiprofissional - Saúde da Família. [cited 2019 Aug 15] Available from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0959_10_05_2016.html>

9-Nogueira ML. Os Agentes Comunitários de Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica na mira das contrarreformas neoliberais: ataques e resistências recentes. In: Seminário Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, 7, 2017; Maceió. Anais Seminário FNCPS: Saúde em Tempos de Retrocessos e Retirada de Direitos. Maceió, AL: 2017. [cited 2019 Aug 15] Available from: <<http://www.seer.ufal.br/index.php/anaisseminariofncps/article/view/3976/2809>>

10- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [cited 2019 Sep 5] Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

11- Guanaes-Lorenzi C; Pinheiro RL. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. Ciên. Saúde Coletiva. 2016 Aug [cited 2019 Sep 5]; 21 (8): 2537-2546. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.19572015>

12- Lefevre, F; Lefevre AMC. Discurso do Sujeito Coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. Texto Contexto - Enferm. 2014 Jun [cited 2019 Sep 24]; 23 (2): 502-507. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>

13- Brasil. Lei nº13.595/2018, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. [cited 2019 Sep 24] Available from: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2018/lei-13595-5-janeiro-2018-786068-publicacaooriginal-154714-pl.html>

14- Musse JO; Marques RS; Lopes FRL; Monteiro KS; Santos SC. Avaliação de competências de Agentes Comunitários de Saúde para coleta de dados epidemiológicos. Ciênc. saúde coletiva 2015 Feb [cited 2019 Oct 12]; 20 (2): 525-536. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.01212014>

- 15- Barreto ICH; Pessoa VM; Sousa MFA; Nuto SAS; Freitas RWJF; Ribeiro KGR et al. Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo. *Saúde em Debate* . 2018 Set [cited 2019 Oct 12]; 42 (spe1): 114-129. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S108>
- 16- Andrade CCB, Paschoalin HC, Sousa AI, Greco RM, Almeida GBS. Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, condições laborais e hábitos de vida. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2018 Jun [cited 2019 Oct 12]; 12 (6):1648-56. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a231047p1648-1656-2018>
- 17- Pires MRGM; Fonseca RMgS; Padilla B. A politicidade do cuidado na crítica aos estereótipos de gênero. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet] Nov 2016 [cited 2019 Oct 13]; 69 (6): 1223-1230. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0441>
- 18- Nunes CA; Aquino R; Medina MG; Vilasbôas ALQ; Pinto Júnior EP; Luz LA. Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2018 Oct [cited 2019 Oct 13]; 42 (spe2): 127-144. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s209>
- 19- Simas PRP; Pinto ICM. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. *Ciênc. saúde colet.* [Internet]. 2017 Jun [cited 2019 Oct 24]; 22 (6): 865-187. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.01532017>
- 20- Brasil. Lei nº 11.350/2006, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. [cited 2019 Oct 24]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm
- 22- Souza TP , Oliveira PAB. Quem somos nós? A identidade não tão secreta dos agentes comunitários de saúde. *Rev. Espaço para a Saúde* [Internet]. 2019 Jul [cited 2019 Oct 25] ; 20 (1): 19-28. Available from: <https://doi.org/10.22421/15177130-2019v20n1p19>
- 23- Santos CW; Farias Filho MC. Agentes Comunitários de Saúde: uma perspectiva do capital social. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 May [cited 2019 Oct 29]; 21 (5): 1659-1668. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.23332015>
- 24- Santos FAIAS; Sousa LP; Serra MAAO; Rocha FAC; Fatores que influenciam na qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde. *Acta paul. enferm.* 2016 Mar [cited 2019 Oct 29]; 29 (2): 191-197. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600027>
- 25- Nogueira ML. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. *Saude soc.* [Internet]. 2019 Sep [cited 2019 Oct 31] ; 28 (3): 309-323. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902019180783>

26- Morosini MVGC; Fonseca AF. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017 Feb [cited 2019 Oct 31]; 33 (1): e00206316. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00206316>

27- Morosini MVGC; Fonseca AF; Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde debate [Internet]. 2018 Jan [cited 2019 Nov 04] ; 42 (116): 11-24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811601>.

28- Morosini MVGC. Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990-2016: a precarização para além dos vínculos. Tese [doutorado]. [Rio de Janeiro] Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Centro de Educação e Humanidades; 2018. 357 s.

5 CONCLUSÃO

Os Agentes Comunitários de Saúde do município de Vitória de Santo Antão percebem as modificações apresentadas na Política Nacional de Atenção Básica 2017 como a continuação de uma perseguição em razão das últimas conquistas políticas da categoria na busca por direitos. Para eles, essa movimentação fica evidente através das tentativas anteriores de extingui-los: fusão com os Agentes de Combate a Endemias e substituição por técnicos de enfermagem.

Conscientes do importante papel que exercem dentro do contexto da Atenção Primária à Saúde, os ACSs não visualizam composições de equipes sem seus serviços, considerando que as UBSs vão ser reduzidas aos antigos postos de saúde, com prejuízos para a comunidade.

Apoiados na qualidade do trabalho prestado à sociedade ao longo de quase três décadas, esses profissionais defendem movimentos de resistência na defesa do seu papel preventivista e de promoção à saúde, em detrimento ao curativista estabelecido na PNAB.

No estudo, a maior dificuldade enfrentada foi em relação à pesquisa da literatura, já que a reformulação da PNAB se deu apenas há três anos e os dados encontrados sobre o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde ainda são em níveis locais ou possuem mais de cinco anos de publicação. Ainda precisamos conhecer mais os ACSs.

Os locais de realização das coletas foram outro problema identificado. Todos os voluntários preferiram ser entrevistados nos seus espaços de trabalho e pela dinâmica das Unidades Básicas de Saúde, as conversas precisavam ser interrompidas para o atendimento dos comunitários, gerando cortes nas falas e por isso longas entrevistas.

Finaliza-se com a sugestão da ampliação das discussões sobre os impactos da PNAB 2017 sob a ótica dos trabalhadores ACSs e das equipes de atenção básica. Também se acredita que esse estudo pode contribuir em outras pesquisas sobre o esvaziamento do papel de mobilizador social através dos frequentes ataques institucionais que vêm sofrendo. Essa compreensão pode auxiliar na

identificação de modificações no serviço e conseqüentemente na assistência prestada às comunidades.

REFERÊNCIAS

- ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 1499-1510, May 2016 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000501499&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 Dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Histórico do quantitativo de equipes e serviços custeados na Atenção Primária à Saúde, setembro de 2019**. Nacional: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoPagamentoEsf.xhtml>. Acesso em: 02 Dec. 2019.
- BRASIL. **Portaria nº Nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 03 dez. 2019.
- BEZERRA, Yandra Raquel do Nascimento; FEITOSA, Maria Zelfa de Souza. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 3, p.813-822, mar. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.00292016>. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300813&lng=pt&tlng=pt . Acesso em: 02 dez. 2019.
- DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Cuidados primários de saúde**: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978 Set 6-12; Alma Ata, Cazaquistão: [S.n], 1978. Disponível em: <https://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>. Acesso em: 03 dez. 2019.
- GUANAES-LORENZI, Carla; PINHEIRO, Ricardo Lana. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 8, p. 2537-2546, Aug. 2016 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802537&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.19572015>.
- GUIMARÃES, Raphael Mendonça. Os impactos das políticas de austeridade nas condições de saúde dos países com algum tipo de crise. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 383-388, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n1/1678-1007-tes-16-01-0383.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2019.
- LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. Discourse of the collective subject: social representations and communication interventions. **Texto contexto -**

enferm., Florianópolis , v. 23, n. 2, p. 502-507, June 2014 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200502&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** cidade: CONASS, 2015. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/a-construcao-social-da-aps-mendes-2015-1.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2019.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n.116, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lang=pt. Acesso em: 03 dez. 2019.

NAPOLITANO, Marcos. A crise brasileira, em perspectiva histórica. IN: MATTOS, Hebe; BESSONE, Tânia; MAMIGONIAN, Beatriz G. (org.). **Historiadores pela Democracia: o golpes de 2016 e a força do passado.** - 1. ed. São Paulo : Alameda, 2016, p. 46-52.

NOGUEIRA, Mariana Lima. **O processo histórico da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde:** trabalho, educação, e consciência política coletiva. 542 f. Tese (doutorado em Políticas Públicas e Relações Humanas) - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação, Rio de Janeiro, 2017a.

NOGUEIRA, Mariana Lima. Os Agentes Comunitários de Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica na mira das contrarreformas neoliberais: ataques e resistências recentes. In: SEMINÁRIO FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 7., 2017, Maceió. **Anais [...].** Maceió: 2017b. p. 1-9. Disponível: <http://www.seer.ufal.br/index.php/anaisseminariofncps/article/view/3976/2809>. Acesso em: 03 dez. 2019.

NOGUEIRA, Mariana Lima. Impactos do neoliberalismo na política de saúde: a precarização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e a Política Básica à Saúde no Brasil. In: CONVENCION INTERNACIONAL DE SALUD, 2018, Cuba. **Anais Convención Internacional de Salud.** Cuba, 2018. p. 1-7. Disponível: <http://convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/viewPaper/2131>. Acesso em: 03 dez. 2019.

PEDRAZA, Dixis Figueroa; SANTOS, Iná. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba. **Interações** (campo Grande), [s.l.], v. 18, n. 3, p.97-105, 31 jul. 2017. Universidade Católica Dom Bosco. <http://dx.doi.org/10.20435/inter.v18i3.1507>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/inter/v18n3/1518-7012-inter-18-03-0097.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2019.

QUEIRÓS, Agleildes Arichele Leal de; LIMA, Luci Praciano. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 10, n. 2, p.257-281, out. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1981-77462012000200005>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000200005. Acesso em: 03 dez. 2019.

SAMUDIO, Jania Lurdes Pires et al. Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Primária no Brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 15, n. 3, p.745-769, dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00075>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000300745&lang=pt. Acesso em: 03 dez. 2019.

SIMAS, Paloma Ribeiro Pires; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1865-1876 2017.

Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000601865&lang=pt. Acesso em: 03 dez. 2019.

ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA

Revista Enfermagem Global

Apresentação dos trabalhos:

Estrutura / Formato

- Os trabalhos *originais* serão ordenados de acordo com as seções usuais: Introdução, Material e Método, Resultados, Discussão, Conclusões, Bibliografia.
- Eles serão apresentados no formato Word, paginados, com espaçamento simples e com tamanho de fonte Arial 12.
- Na primeira página, o título deve estar em espanhol e inglês, e também em português, se for o idioma nativo do autor. Nome dos autores, identificação da instituição ou centro de trabalho a que pertencem e endereço, número de telefone e e-mail de contato do primeiro autor.
- O **título no idioma original** do artigo deve estar em negrito, tamanho 14, centralizado.
- A **tradução do título** deve vir na linha a seguir, em negrito e centralizada. Se houver mais traduções, escreva cada uma em uma linha diferente.
- Os **nomes dos autores** devem estar alinhados à esquerda, cada um com um parágrafo e tamanho diferentes 11. Cada autor deve ter um formato sobrescrito indicando a qual afiliação pertence.
- A **afiliação (s)** deve estar abaixo do grupo de autores. Cada afiliação deve ter um parágrafo e tamanho 10. No início de cada afiliação, haverá o número sobrescrito que a relaciona a um ou mais autores.
- O **autor da correspondência** deve estar alinhado à esquerda, tamanho 11.
- Apresentação do resumo (máximo de 250 palavras escritas em um espaço) e das palavras-chave (de três a seis) em espanhol, inglês e idioma nativo do autor, se houver outro.
- O **resumo** deve vir após a afiliação dos autores, alinhado à esquerda, tamanho 10. A palavra "Resumo:" deve estar em negrito e com dois pontos. O texto do resumo deve começar no parágrafo seguinte, tamanho 10 e justificado. Para resumos estruturados (contém seções como Introdução, Método, Conclusões etc.), o título de cada seção deve estar em negrito, seguido de dois pontos. O texto de cada seção do resumo deve aparecer em

parágrafos

diferentes.

- As **palavras - chave** devem ser posteriores ao resumo, tamanho 10. O texto “Palavras-chave:” deve vir em negrito seguido de dois pontos. Cada uma das palavras-chave deve ser separada por vírgula ou ponto e vírgula, terminando com um ponto.
- O * **Resumo** * deve estar alinhado à esquerda, tamanho 12. A palavra **Resumo:** deve estar em negrito e com dois pontos. O texto do resumo deve começar em um novo parágrafo, tamanho 10 e justificado. Para resumos estruturados, o título de cada seção deve estar em negrito, seguido de dois pontos. O texto de cada seção do resumo deve estar em parágrafos diferentes.
- As * **palavras-chave** * devem estar após o resumo, tamanho 10. O texto “Palavras-chave:” deve estar em negrito seguido de dois pontos. Cada uma das palavras-chave deve ser separada por vírgula ou ponto e vírgula, terminando com um ponto.
- **Seções / Legendas do parágrafo** : Tamanho da fonte 16, centralizado em negrito, com letras maiúsculas.
- **Subseções / legendas do parágrafo secundário** : Tamanho da fonte 12, centralizado em negrito, com a primeira letra em maiúscula. Quando houver subseções de subseção, formate em tamanho negrito e centralizado 12.
- **Corpo do texto** : Tamanho da fonte 12, justificado. *NÃO deve haver quebras de linha entre parágrafos.*
- Notas de rodapé não são suportadas.
- **Citação textual com mais de três linhas** : Tamanho da fonte 12, margem esquerda de 4 cm.
- **Título da imagem** : Tamanho da fonte 12, centralizado e em negrito, separado por dois pontos de sua descrição. Descrição das imagens: tamanho 12.
- **Notas de rodapé das imagens** : Tamanho da fonte 11 e centralizadas em relação à imagem, a primeira letra deve estar em maiúsculas.
- **Imagens** : elas devem estar no corpo do texto, inseridas no formato png ou jpg e centralizadas. As imagens devem estar alinhadas com o texto. As imagens são consideradas: gráficos, tabelas, fotografias, diagramas e, em alguns casos, tabelas e equações.
- **Tabelas do tipo texto** : O título das colunas das tabelas deve estar em negrito e os dados do corpo da tabela com fonte normal. Os nomes científicos devem estar em itálico.

- **Notas de rodapé da tabela** : tamanho da fonte 11 e centralizado em relação à tabela, a primeira letra deve estar em maiúscula.
- As **referências bibliográficas** no texto devem conter, no início, o número seqüencial correspondente, tipo Vancouver, com algarismos arábicos consecutivos, em sobrescrito e entre parênteses, em ordem de aparência.
- A **bibliografia** também deve ser apresentada no estilo "Vancouver", citando numerais arábicos consecutivos, entre parênteses, em ordem de aparência.
- Para citações e referências da bibliografia eletrônica, consulte o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas .
- A extensão dos trabalhos será limitada a 16 páginas, sem incluir anexos.

Apresentação de conteúdo

- Título; Deve ser claramente indicativo do conteúdo do estudo, claro em sua redação e não excedendo 15 palavras.
- Resumo ou Resumo: Você deve apresentar uma breve descrição do objetivo do trabalho, do método utilizado, dos resultados obtidos e das principais conclusões. Não deve exceder 250 palavras.
- As abreviações e citações bibliográficas não são apresentadas no Resumo.
- Pelo menos três palavras-chave devem ser enviadas.
- Introdução: Deve conter a descrição e justificativa do problema e / ou investigação, contribuição de referências e / ou citações bibliográficas que documentem seu conteúdo e o objetivo do trabalho.
- Na Introdução, se for uma “Revisão Bibliográfica”, o conteúdo da Introdução deve identificar o que é conhecido publicado sobre o problema de pesquisa e os antecedentes do problema.
- Objetivos: devem ser concretos, descritivos e mensuráveis. Escreva em infinitivo e indique inequivocamente o que o pesquisador pretende alcançar.
- Metodologia: deve contemplar o material e o método utilizados para a pesquisa / trabalho / estudo, amostra e características, temporalidade e localização do estudo, bem como instrumentos / ferramentas de medição, variáveis e tipologia (se houver), tratamento de dados qualitativos ou quantitativos .
- Em relação à amostra (se houver), especifique a população-alvo, a população acessível ao estudo e a selecionada.

- Em relação ao tipo de estudo, explique, especifique como foi feita a seleção da amostra (critérios de inclusão e exclusão).
- Com relação às ferramentas de medição, descreva a validade e a confiabilidade de cada instrumento utilizado: documente-as se elas forem validadas ou explique em detalhes como elas foram validadas se forem o trabalho do autor.
- Resultados: devem estar relacionados aos objetivos / hipóteses e conteúdos metodológicos da pesquisa.
- Exponha-os de maneira ordenada e seqüencial, de acordo com o processo metodológico.
- Discussão: Serão expostos, à luz dos resultados obtidos, e referidos à relação de similaridades ou discrepâncias entre outros autores, sendo citados bibliograficamente, e os resultados obtidos pelo autor do artigo de estudo / pesquisa.
- As interpretações da Discussão devem basear-se nos dados obtidos, dependendo dos objetivos do estudo e sem repetir os resultados do trabalho.
- Discuta adequadamente as limitações do estudo e como elas podem afetar as conclusões.
- Recomendações podem ser sugeridas, se aplicável.
- Conclusões: Devem estar relacionados aos objetivos, metodologia e resultados do trabalho apresentado.
- As **referências** deve ter para iniciar o número de sequência correspondente.
- A bibliografia deve ser apresentada no estilo “Vancouver”, citando numerais arábicos consecutivos, sobrescrito e entre parênteses, em ordem de aparência.
- O número de referências bibliográficas não deve exceder 30 e, no mínimo, 50%, deve ser atualizado (últimos cinco anos).
- Para citações e referências da bibliografia eletrônica, consulte o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas .
- A administração da revista não se responsabiliza pelas opiniões dos autores.

