

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA –
EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

ZILEIDI SANTOS FARIA SOUZA

**AÇÕES INTERSETORIAIS REALIZADAS PELOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE
KENNEDY - ES**

VITÓRIA, ES

2021

ZILEIDI SANTOS FARIA SOUZA

**AÇÕES INTERSETORIAIS REALIZADAS PELOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNÍCIPIO DE PRESIDENTE
KENNEDY - ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maristela Dalbello-Araujo

Área de concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais

VITÓRIA, ES

2021

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

S729a Souza, Zileidi Santos Faria
Ações intersetoriais realizadas pelos agentes comunitários
de saúde do município de Presidente Kennedy-ES / Zileidi
Santos Faria Souza. - 2021.
101 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Maristela Dalbello-Araujo.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2021.

1. Atenção primária à saúde – Presidente Kennedy (ES). 2.
Saúde da família. 3. Agente comunitário de saúde. 4.
Intersetorialidade. I. Dalbello-Araujo, Maristela. II. Escola Superior
de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.
III. Título.

CDD 362.10981

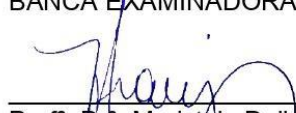
ZILEIDI SANTOS FARIA SOUZA

**AÇÕES INTERSETORIAIS REALIZADAS PELOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
PRESIDENTE KENNEDY-ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 06 de abril de 2021.

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Maristela Dalbello Araujo
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora



Prof.ª Dr.ª Janice Gusmão Ferreira de Andrade
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM



Prof. Dr. Wellington Serra Lazarini
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela minha vida, e por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste Mestrado.

Ao meu esposo Leilson, pelo apoio e ajuda ao longo da caminhada.

Aos meus filhos, Anna Júlia e Piетро, que em algumas vezes reconheceram minha ausência enquanto me dedicava a realização desta pesquisa.

Aos meus amigos e familiares que sempre estiveram ao meu lado e me deram apoio com palavras de incentivo nos momentos difíceis em que vivenciei.

A minha orientadora, Dr^a Maristela, pela ajuda, paciência, correções e ensinamentos que me permitiu apresentar um melhor desempenho no meu processo de aprendizado ao longo deste mestrado.

Ao corpo docente do programa de pós-graduação da EMESCAM pelos ensinamentos e conteúdos transmitidos, os quais propiciaram meu amadurecimento e crescimento profissional.

As professoras membros da banca de qualificação e dissertação, a Prof^a. Dr^a. Janice Gusmão Ferreira de Andrade e Prof. Dr. Welington Serra Lazarini, seus apontamentos e orientações contribuíram muito para o fortalecimento desta dissertação.

Aos Agentes Comunitário de Saúde do Município de Presidente Kennedy, que participaram no desenvolvimento desta pesquisa, trazendo conteúdos valiosos e assim, enriquecendo meu processo de aprendizado.

À Maria da Conceição Oliveira Souza, membro do Projeto Integrado que contribuiu de forma especial, compartilhando informações e sempre disposta nos momentos em que necessitei.

A minha colega Klindia, pela ajuda e apoio a mim concedido no desenvolvimento desta pesquisa.

Aos meus colegas do grupo de pesquisa, pelo companheirismo e pela troca de experiências que me permitiram crescer não só como profissional, mas também como pessoa.

A Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy, que permitiu a realização do sonho de cursar um Mestrado através da concessão do auxílio estudo.

RESUMO

A intersetorialidade em saúde é entendida como um processo de construção compartilhada, envolvendo diversos setores, implicando no estabelecimento de corresponsabilidade e cogestão, com vistas a melhoria da qualidade de vida da população. No campo da saúde se insere o Agente Comunitário de Saúde (ACS), como trabalhador exclusivo do Sistema Único de Saúde (SUS), que exerce sua prática atuando como o elo que liga os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a comunidade, que deve ter sua prática orientada por uma perspectiva intersetorial, conforme previsto na Lei nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. A presente pesquisa visou investigar quais ações intersetoriais são desenvolvidas pelos ACS's no município de Presidente Kennedy – ES, segundo as perspectivas dos mesmos. Foi realizado um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa. Participaram desta pesquisa 05 ACS's atuantes no município há pelo menos um (01) ano, sendo 4 (quatro) do sexo feminino e 1 (um) do sexo masculino. A coleta de dados foi feita através da realização de entrevistas individuais semiestruturadas. Os dados foram analisados seguindo o método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin. Os resultados demonstram que a atuação dos profissionais ACS no município pesquisado tem como foco a prevenção e a promoção à saúde, que se dá, principalmente, por meio de visitas domiciliares. Foram destacadas práticas como cadastramentos; monitoramento em saúde das famílias; realização de palestras com a equipe da ESF numa perspectiva de educação em saúde; pesagem para coleta de dados para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), e monitoramento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF), o qual inclui o controle do cartão de vacina. As principais limitações vivenciadas pelos ACS em sua prática são: rotatividade de profissionais; a falta de apoio para execução dos projetos por eles elaborados; a demora na contrarreferência, e a sobrecarga no trabalho, associada a falta de qualificação profissional para o exercício da função. De forma predominante, os ACS entrevistados entendem por ações intersetoriais práticas que integram outros órgãos e serviços, numa perspectiva de trabalho em rede, contudo, estas ações, muitas vezes, não se concretizam, em razão das burocracias dos setores. Dentre as ações intersetoriais desenvolvidas, recebeu destaque aquelas direcionadas aos indivíduos e famílias que apresentam algum tipo de vulnerabilidade social. Os ACS se mostraram como um ator de destaque para o campo da educação em saúde. A partir da realização da pesquisa foi possível conhecer as ações intersetoriais desenvolvidas pelos ACS, as principais limitações do trabalho destes no município estudado, das quais apontaram para a fragilidade das políticas públicas no município em questão, e sugeriu que estas precisam ser superadas para o bom êxito da atuação do ACS junto a equipe da ESF, visando alcançar resultados mais satisfatórios.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Agente Comunitário de Saúde; Intersetorialidade.

ABSTRACT

The intersectorality in health is understood as a process of shared construction, involving various sectors, implying the establishment of co-responsibility and co-management, with a view to improving the quality of life of the population. In the health field, the Community Health Agent (CHA) is inserted, as an exclusive worker of the Unified Health System (SUS), which exercises its practice acting as the link between the professionals of the Family Health Strategy (FHS) and the community, which must have its practice guided by an intersectoral perspective, as provided in Law No. 2.436, of September 21, 2017. The present research aimed to investigate which intersectoral actions are developed by the CHWs in the municipality of Presidente Kennedy - ES, according to their perspectives. A descriptive exploratory study of qualitative approach was carried out. Participants in this research were 05 CHWs who have been working in the city for at least one (01) year, 4 (four) being female and 1 (one) male. Data was collected through individual semi-structured interviews. The data was analyzed following the Content Analysis method proposed by Bardin. The results show that the performance of the CHA professionals in the researched municipality is focused on prevention and health promotion, which occurs mainly through home visits. It was highlighted practices such as registration; health monitoring of families; lectures with the ESF team in a perspective of health education; weighing to collect data for the Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN), and monitoring the conditionality's of the Bolsa Família Program (PBF), which includes the control of vaccination cards. The main limitations experienced by the CHWs in their practice are turnover of professionals; lack of support for the implementation of projects developed by them; the delay in counter-referral, and work overload associated with lack of professional qualification for the function. The interviewed CHAs predominantly understand intersectoral actions as practices that integrate other agencies and services, from a networking perspective; however, these actions often do not materialize due to the bureaucracies of the sectors. Among the intersectoral actions developed, those directed to individuals and families who present some kind of social vulnerability are highlighted. The CHAs have shown themselves to be an outstanding actor in the field of health education. From the research it was possible to know the intersectoral actions developed by CHAs, the main limitations of their work in the municipality studied, which pointed to the fragility of public policies in the municipality in question, and suggested that these need to be overcome for the successful performance of the CHAs with the ESF team, to achieve more satisfactory results.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. Community Health Agent. Intersectorality.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB: Atenção Básica

ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACS: Agente Comunitário de saúde

AF: Assistência Farmacêutica

CAF: Central de Abastecimento Farmacêutico

CEBES: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CIM POLO SUL: Consórcio Público da Região Polo Sul

CNS: Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS: Conselho Nacional de Secretarias de Saúde

CRAS: Centro de Referência de Assistência Social

CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DAB: Departamento de Atenção Básica

EMESCAM: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia

ENSP: Escola Nacional de Saúde Pública

ESF: Estratégia Saúde da Família

HIPERDIA: Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes mellitus

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia Estatística

IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

MS: Ministério da Saúde

PACS: Programa Agente Comunitário de Saúde

PAM: Pronto-Atendimento Municipal

PBF: Programa Bolsa Família

PIB: Produto Interno Bruto

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

PNPS: Política Nacional de Promoção à Saúde

PRODES/PK: Programa de Desenvolvimento do Ensino Superior e Técnico no Município de Presidente Kennedy

PSF: Programa Saúde da Família

RAS: Redes de Atenção à Saúde

SGTES: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS: Unidade Básica de Saúde

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 METODOLOGIA	16
4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS	19
4.1 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE	24
4.1.1 A Política de Atenção Básica	28
4.1.2 A Estratégia Saúde da Família	33
4.1.3 Agente Comunitário de Saúde	37
5 INTERSETORIALIDADE	44
5.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE E O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL	49
6 OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E A INTERSETORIALIDADE EM PRESIDENTE KENNEDY	56
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO	56
6.2 A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ACS NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY	60
6.2.1 Limitações vivenciadas pelos ACS's em sua atuação	64
6.2.2 A concepção que os ACS de Presidente Kennedy possuem sobre ações intersetoriais.....	68
6.2.3 Ações intersetoriais desenvolvidas pelos ACS do município de Presidente Kennedy	72
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS.....	83
APÊNDICES	92
APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA	92
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	93
ANEXOS	98
ANEXO A – Carta de aprovação do CEP	98

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação decorre de minha experiência como Agente Comunitário de saúde (ACS), na qual atuo há 18 anos no município de Presidente Kennedy, ES. Em toda minha trajetória reconheço a importância do trabalho realizado pelos ACS's junto a sociedade, na qual, dentre as suas atribuições previstas na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, encontra-se a identificação de parceiros e recursos na comunidade, capazes de potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros.

Os ACS's devem ainda almejar desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde (UBS), considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades, pois é através da intersetorialidade que se define conjuntamente quais os tipos de ações e intervenções que deverão ser realizadas em determinada comunidade ou famílias de acordo com o problema identificado, visando a melhoria da qualidade de vida e o bem-estar social (BRASIL, 2017).

Desta forma, a escolha do tema se deu em razão desta atuação como ACS, na qual, a partir de minha vivência profissional, reconheço a necessidade de ações intersetoriais no município estudado, uma vez que, por mais que estas sejam realizadas, verifica-se que há muitos entraves para o desenvolvimento destas.

O município pesquisado foi o de Presidente Kennedy, localizado no Sul do Estado do Espírito Santo. Essa escolha se deu em razão da concessão de bolsa de estudos, por meio do Programa de Desenvolvimento do Ensino Superior e Técnico no Município de Presidente Kennedy – PRODES/PK, aos munícipes que residem por no mínimo 08 anos no município, incluindo pós-graduação *stricto sensu*, e que impõe a obrigatoriedade de as pesquisas desenvolvidas pelos bolsistas possuírem foco na realidade do município, visando contribuir para o aprimoramento das políticas públicas desenvolvidas nesta municipalidade.

Diante deste cenário, esta pesquisa pretende abordar a importância da intersetorialidade como ação integrada as atribuições dos ACS com as políticas públicas, a fim de alcançar resultados mais eficazes e sustentáveis, dos quais, o setor de saúde, sozinho, dificilmente conseguiria atingir.

O ACS é considerado como um trabalhador indispensável na Atenção Básica (AB) já que representa um elo entre a comunidade e os serviços de saúde. A AB é entendida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011).

A intersetorialidade surge como estratégia para a atenção primária na declaração de Alma-Ata, quando se destaca a necessidade da articulação do setor de saúde com outros setores da sociedade para intervenções na atenção primária, dada a complexidade dos problemas a serem enfrentados neste campo. Outros documentos internacionais vêm reforçando a intersetorialidade como estratégia de gestão na atenção primária, especialmente em sistemas de saúde descentralizados, que favorecem a articulação com outros setores, considerando princípios como território, regionalização e integralidade da atenção (CANTHARINO, 2013, p.10).

A Lei Orgânica da Saúde (8080/90), que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e recuperação da saúde, refere-se aos princípios e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta, as ações e serviços que integram este sistema devem ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes prevista no art. 198 da Constituição Federal (1988), obedecendo a princípios ético-doutrinários universalidade, equidade e integralidade) e organizativos (descentralização, regionalização, hierarquização e participação social (PONTES *et al.*, 2009).

É no cenário acima que o ACS exerce um papel fundamental na sociedade, dispensando um trabalho de grande importância ao estar diretamente em contato com a população adscrita de sua microárea, possibilitando o conhecimento sobre os determinantes e condicionantes envolvidos no processo saúde-doença.

Nessa perspectiva, destaca-se a importância do trabalho do ACS nas Estratégias Saúde da Família (ESF) ao realizar ações intersetoriais, vista como uma tentativa de facilitar o reconhecimento das necessidades de saúde da população, situação de

vulnerabilidade social e promover a saúde e o bem-estar social.

Dentre as ações intersetoriais desenvolvidas pelo ACS no âmbito da ESF, ressalta-se aquelas ligadas ao Programa Bolsa Família (PBF), implementado desde 1994 (CANTHARINO, 2013).

Na ESF, reforça-se a necessidade de atuar com a promoção da saúde, principalmente, com as famílias que estão em situações de vulnerabilidade, estabelecendo vínculos com outros setores no processo de trabalho em equipe a fim de buscar soluções efetivas para os problemas de saúde vivenciados pela população adscrita (CANTHARINO, 2013).

A intersetorialidade em saúde é entendida como um processo de construção compartilhada, envolvendo diversos setores, implicando no estabelecimento de corresponsabilidade e cogestão, com vistas a melhoria da qualidade de vida da população. Refere-se como uma condição para a implantação da AB nos níveis mais avançados, englobando elementos biológicos, psicológicos e sociais, constituindo-se enquanto fator determinante para a promoção da saúde (CANTHARINO, 2013).

Sendo assim, nos questionamos: Quais as limitações e desafios que os ACS's encontram ao executar as ações intersetoriais?

A importância de pesquisar as ações intersetoriais realizadas pelos ACS se justifica por tratar de um tema que é de sua atribuição, porém, existem obstáculos que dificultam sua realização, dos quais precisam ser aprofundados. Desta forma, acredita-se que este trabalho contribuirá para a construção do conhecimento e para o enriquecimento dos processos reflexivos acerca do tema.

Os resultados desta pesquisa poderão contribuir também para o reconhecimento e necessidade de desenvolver ações intersetoriais, partindo dos pressupostos que a intersetorialidade refere-se a integração dos serviços de saúde e outros órgãos públicos, com finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, e a grande relevância do papel do ACS para o desenvolvimento destas ações, visto que esse profissional exerce grande influência na comunidade em que atua, por suas

particularidades socioculturais e poder de capacitar a população para lutar pelos seus direitos na busca de sua qualidade de vida.

Assim, nas páginas que seguem, encontram-se descritos os objetivos desta pesquisa e a metodologia adotada, visando alcançar tais objetivos. Mais adiante, o leitor irá se deparar com a contextualização sobre políticas públicas, que se desdobra de forma específica sobre a política pública de saúde, a política de AB, a ESF e ainda sobre o trabalho do ACS no SUS.

Também se encontra a delimitação sobre diversas concepções teóricas acerca do tema intersectorialidade, bem como sobre a promoção da saúde e o desafio da intersectorialidade na AB no Brasil.

O leitor também será contextualizado sobre o município de Presidente Kennedy, o cenário econômico e de desenvolvimento deste município e ainda como se encontra a estrutura da rede de saúde neste.

Dando continuidade, apresenta-se os resultados e discussão desta pesquisa, na qual apresenta as seguintes categorias de análise: a atuação dos profissionais ACS no município de Presidente Kennedy; as limitações vivenciadas por estes em sua prática profissional; a concepção que estes profissionais possuem sobre ações intersectoriais; as ações intersectoriais por eles desenvolvidas no município, e os setores que demonstram maior receptividade para o desenvolvimento destas. Por último, situa-se as principais considerações e limitações desta pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar quais ações intersetoriais são desenvolvidas pelos ACS's no município de Presidente Kennedy – ES, segundo as perspectivas dos mesmos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os aspectos principais das atividades dos ACS's.
- Identificar quais são as ações intersetoriais realizadas pelos ACS.
- Investigar as principais dificuldades que os ACS's se deparam ao realizarem ações intersetoriais.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa. O tipo de pesquisa garante ao pesquisador uma forma de planejamento e estratégia prévia para a realização futura de sua produção científica, portanto, este projeto científico terá caráter exploratório-descritivo. Uma pesquisa exploratória busca investigar um fato e esclarecê-lo, a fim de delimitá-lo, para que assim, possa ser futuramente melhor pesquisado (GIL, 2017). A abordagem qualitativa não se limita aos dados quantitativos, mas busca mensurar aspectos subjetivos do objeto de estudo (MINAYO, 2010).

Esta pesquisa faz parte de um projeto guarda-chuva¹, realizado por uma equipe de quatro pesquisadores inseridos no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM. A pesquisa foi realizada no Município de Presidente Kennedy, localizado no sul capixaba, sendo contemplados os ACS através da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS).

Buscou-se estudar a intersectorialidade entre as Políticas Públicas e a Política de saúde com o objetivo de identificar quais ações intersectoriais são desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde no município de Presidente Kennedy – ES, segundo a perspectiva dos mesmos.

Participaram desta pesquisa 05 ACS's atuantes no município há pelo menos um (01) ano, sendo 4 (quatro) do sexo feminino e 1 (um) do sexo masculino. Cada um destes respondeu às perguntas na entrevista, representando os demais integrantes de sua equipe de ACS que é composta exclusivamente por esta categoria profissional, ou seja, os mesmos atuaram como porta-voz dos demais ACS. Os mesmos receberam um roteiro com nove questões e se reuniram com os demais ACS's de sua Equipe para discutir as questões abordadas pelo pesquisador. Destaca-se que, em razão da pandemia instaurada em razão da Covid-19, não foi possível a realização de

¹ “Projetos Integrados/“Guarda-Chuva” são aqueles que se articulam e/ou se desdobram em outros (sub) projetos que são desenvolvidos em parceria com profissionais de outras instituições e/ou centros de pesquisa ou com estudantes em formação nos cursos *lato e stricto sensu*”. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/compesqedu/wp-content/uploads/2018/09/ROTEIRO-ABERTO-PARA-ELABORA%C3%87%C3%83O-DE-PROJETO-DE-PESQUISA-INTEGRADO-ou-GUARDA-CHUVA.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

entrevistas com um maior número de participantes.

A coleta de dados foi feita através da realização de entrevistas individuais semiestruturadas, na qual utilizou-se um roteiro previamente elaborado (APÊNDICE A), com perguntas norteadoras que permitiram obter o diálogo entre pesquisador e participante.

De acordo com Gil (2017), a entrevista é uma das técnicas de coleta de dados mais utilizadas nas pesquisas sociais, como recurso para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam e desejam, assim como, suas razões para cada resposta. Ela apresenta vantagens tais como, maior abrangência, eficiência na obtenção dos dados, classificação e quantificação. Além disso, não restringe aspectos culturais do entrevistado, possui maior número de respostas, oferece maior flexibilidade e possibilita que o entrevistador capte outros tipos de comunicação não verbal.

As entrevistas foram feitas no período de agosto e setembro/2020, sendo gravadas em áudios, após comunicação e obtenção da autorização pelos entrevistados.

Posteriormente, as entrevistas foram transcritas para melhor tratamento dos dados e análises do seu conteúdo. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011).

Para a autora, o termo análise de conteúdo designa:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 47).

A autora indica que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise, como já foi apresentada por Bardin (2011), consiste na fase de organização, o pesquisador precisa estar com procedimentos bem definidos, embora seja possível flexibilizações. Nesta etapa acontece a leitura flutuante, onde

há um primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise, assim como, a escolha deles, as formulações de hipóteses e objetivos a partir dos indicadores para orientar a interpretação e a preparação formal do material.

Na segunda fase, ou fase de exploração do material, são escolhidas as unidades de codificação, adotando-se os procedimentos de codificação, enumeração e a escolha de categorias. A terceira fase do processo de análise do conteúdo é denominada tratamento dos resultados, a inferência e interpretação. Calcado nos resultados brutos, o pesquisador procurará torná-los significativos e válidos (BARDIN, 2011).

Destaca-se que, para atender às exigências éticas, foi encaminhada a solicitação de autorização para a realização da pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde do Município pesquisado. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia (EMESCAM) e aprovado sob o parecer nº 3.730.399. Tal estudo, portanto, cumpriu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos descritos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Desta forma, foram garantidas as normas éticas, no sentido de esclarecer aos sujeitos sobre os benefícios futuros que poderão advir deste trabalho, bem como de assegurar que os riscos são mínimos. Em respeito a estas normas, os participantes desta pesquisa, ao serem convidados a participar da mesma, foram informados sobre os objetivos, benefícios futuro, sigilo e preservação da identidade dos entrevistados, e ao concordar em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B).

4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Considerando que esta pesquisa se insere no escopo das políticas públicas, oportuno se faz tecer uma breve contextualização acerca de algumas compreensões teóricas no que tange a esta temática, para assim compreendermos alguns dos atravessamentos que se fazem presente na política pública de saúde que será percorrida na sequência deste capítulo, dando ênfase sobre a importância da AB, materializada sobretudo por meio do serviço disponibilizado pelas ESF, tendo o ACS um papel de grande relevância nas equipes deste serviço de saúde, conforme será evidenciado mais adiante.

Ressalta-se que existem diferentes concepções teóricas acerca do termo 'Política'. Este termo, no pensamento grego, refere-se às questões das 'formas de governo, ou seja, a preocupação do pensamento político na Grécia Antiga é quem governa e como governa. Na Itália, considera-se as diferentes formas de governo: na Monarquia os nobres escolhiam um rei, ou seja, o poder era designado para um rei; na Aristocracia, o governo era dos melhores; na Oligarquia o governo era de uma minoria; na Tirania, o governo ocorria de forma autoritária, enquanto que, em Atenas, se tinha a Democracia, sendo, portanto, o governo de muitos. Aristóteles, um dos grandes estudiosos da área, diferencia o termo a partir de dois grupos: constituições retas (o governo segue os interesses comuns) e desviadas (o governo persegue os interesses próprios) (DURIGUETTO; MONTAÑO, 2011).

As Políticas Públicas são definidas como uma série de ações e programas desenvolvidos pelo governo nacional, estadual, municipal e distrital, visando garantir o bem-estar da sociedade civil organizada, voltada para solucionar os problemas existentes num *habitat* humano. Essas ações serão desenvolvidas de acordo com as prioridades, a fim de alcançar os objetivos oriundos do interesse público, sendo que as demandas da sociedade são apresentadas aos dirigentes públicos através de grupos organizados que inclui sindicatos, entidades de representação empresarial, associação de moradores, associações patronais e ONGs (MANUAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2008).

Na perspectiva de Costa (1998, p. 7), as Políticas Públicas são entendidas enquanto

“[...] espaço de tomada de decisão autorizada ou sancionada por intermédio de atores governamentais, compreendendo atos que viabilizem agendas de inovação em políticas ou que respondem a demandas de grupos de interesses.”

Para Rodrigues (2010, p. 53) Políticas Públicas são ações inerentes ao Governo e, por isso, são dotadas da autoridade soberana do poder público. Estas, por sua vez, “dispõem sobre “o que fazer” (ações), “aonde chegar” (metas ou objetivos relacionados ao estado de coisas que se pretende alterar) e “como fazer” (estratégias de ação). ”

Os bens, serviços e instalações públicas, desejadas por vários indivíduos, se transformam em motivo de disputa acirrada, aumentando a possibilidade de êxito na competição para um maior contingente de segmentos à medida que as Políticas Públicas são implementadas com eficácia no seio social, ou seja, aqueles com mesmo objetivo benéfico em comum tendem a se unir formando grupos, donde, invariavelmente, passa-se a ter conflitos, dado o inconformismo por parte de certos setores descontentes com a insuficiência ou até mesmo ausência de prestação assistencial em diversas áreas indispensáveis a sua saúde, a qual irá servir de estímulos políticos, jurídicos, filosóficos, sociológicos, morais e éticos para se chegar a mudanças e melhorias sociopolíticas nos ambientes públicos e coletivos e na prestação dos serviços respectivos, desde que não coloquem em risco a vida e a integridade das pessoas e das instituições e, igualmente, agindo dentro das leis (MANUAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2008).

Segundo Medeiros (2001), as Políticas, que nasceram no Brasil nos anos de 1920, já eram um esboço da formação de bem-estar social brasileiro, que visava ser um instrumento de controle nos movimentos de trabalhadores no país, tendo como estratégia, antecipar as demandas, favorecendo os grupos profissionais que apresentavam maior influência política e assim, a legitimidade das lideranças de trabalhadores que atuavam nas reivindicações sociais era restringida e, a capacidade de mobilização dos trabalhadores, em geral, era limitada.

Souza (2020) pontua que as primeiras Políticas Públicas nascidas estavam associadas de forma direta às práticas de cunho assistencialista, que apontavam para o sentido de caridade, voluntariado e assistencialismo, das quais não consideravam os indivíduos como sujeitos portadores de direitos sociais.

Uma vez que as primeiras conceituações sobre Políticas Públicas surgiram associadas ao sistema capitalista, cabe destacar o que diz Andrade (2019), este pontua que o sistema capitalista, nos moldes de produção neoliberais, propiciou para o trabalhador muitos agravantes em relação a sua insegurança social e que, as políticas neoliberais têm influência direta sobre o trabalho e as questões sociais.

A autora acima pontua que, segundo a teoria social de Marx, o trabalho é um elemento importante que necessita ser analisado, uma vez que é constitutivo das relações sociais, sendo por meio dele que a vida humana é determinada. Destaca que o trabalho, a partir do regime capitalista, impõe as condições materiais da vida humana no processo que não é apenas social-histórico, mas também econômico, de acordo com o processo de acumulação e produção específica deste sistema. Assim, as relações históricas, sociais e econômicas são normatizadas segundo as exigências do regime capitalista de produção.

No capitalismo, o trabalhador livre vende sua força de trabalho e assume a determinação social do trabalho assalariado. No capitalismo contemporâneo, o voluntariado ganha novo significado e importância, onde as ações voluntárias fazem parte da estratégia dos neoliberais para a retirada do Estado frente as respostas dos problemas sociais (ANDRADE, 2019).

O interesse público reflete as demandas e expectativas da sociedade: é o princípio geral de Direito da supremacia do interesse público, largamente empregado na esfera administrativa e na administração pública direta e indireta, incluindo autarquias, fundações e sociedades de economia mista. Portanto, as Políticas Públicas são utilizadas a fim de promover o bem-estar da sociedade, para isso, é necessário o desenvolvimento de ações que irão atuar em diferentes áreas como: educação, saúde, meio ambiente, esporte, lazer, cultura, ciência e tecnologia para atingir os resultados pretendidos pela sociedade. Para que aconteça a transformação numa sociedade, é necessário um conjunto de atores de Políticas Públicas, políticos sociais,

governamentais e não governamentais que apresentem capacidade para diagnosticar e analisar a realidade social, propondo mudanças e melhorias irrefutáveis do ponto de vista lógico e humano. O gestor deve também saber identificar demandas e necessidades sociais, planejar os meios, instrumentos e recursos adequados, no sentido de atender aos fins almejados. As políticas públicas são diretrizes, metas e princípios coletivos, as quais irão direcionar atividades do Estado com o objetivo de atender, precipuamente, o sobredito interesse público (LENZA, 2012).

De acordo com a previsão constitucional, cabe aos gestores do Poder Público, antes de qualquer outro, planejar ações de acordo com as demandas e necessidades da população, a fim de atender aos interesses pautados na razoabilidade, proporcionalidade e adequação, para o desenvolvimento e transformação de processos socioeconômicos, para a efetividade das Políticas Públicas de saúde com o objetivo de obtemperar as desigualdades sociais que impedem/limitam o acesso à saúde, buscar novas formas de organização em ações com a participação da sociedade, promover a harmonia entre políticas econômicas - inclusive no plano internacional, onde prevalece a cooperação entre os povos, na toada do Art. 4.º, IX, da CRFB/1988 - estabelecendo parcerias intersetoriais para a produção de iniciativas que produzam impactos sobre as condições de saúde da população, fortalecendo as competências de agentes sociais no plano da saúde para a implementação de serviços e ações de acordo com as prioridades mais prementes da população como um todo (LENZA, 2012).

Para Chrispino (2016), o significado do conceito de Política Pública é resultado de diversas variáveis, na qual seu significado é diferente na mesma proporção que dos valores, ideologias, contexto, ética, etc. de seu formulador. Dito de outra forma, a concepção de Políticas Públicas não emerge por si mesmo ou por questões endógenas exclusivas. Ao contrário disso, ele é demarcado pelas diversificadas possibilidades de interligação de ações que facilitam para fazer dela, a Política Pública, o núcleo de equilíbrio dessas forças sociais diferentes.

Para melhor compreensão sobre este tema, Chrispino (2016) explica de forma didática o seu entendimento acerca do termo 'política' e 'pública', entendendo o primeiro termo como a arte de governar ou de decidir os conflitos que definem os agrupamentos

sociais. Já o segundo termo, para este autor, é compreendido como sendo aquilo que pertence a um determinado povo, ou seja, algo pertencente às coletividades. A partir desta explicação, o autor deduz Política Pública a partir de um metaconceito simplificante que engloba variáveis, institui valores, nota arranjos de forças, detecta processos e metas e propõe avaliações, esta seria a ação de forma intencional por parte do governo com vistas ao atendimento das demandas da coletividade.

Chrispino (2016) também concebe o termo Políticas Públicas como sendo a intencionalidade do governo, que engloba um dado momento como ideia-diretriz que possui início (motivação) e um fim (objetivo). De início, esta surge como um desejo do governante e, posteriormente, se transforma em uma realidade. Trata-se de um instrumento político e de governo, pensado para atender às necessidades da sociedade.

O Estado Federal (União, Estados-Membros, Distrito Federal e Municípios) é o principal responsável por implementar Políticas Públicas que garantam a efetividade dos direitos e garantias fundamentais do cidadão, sendo que elas também podem ser elaboradas por instituições privadas, de modo que, o que define uma Política Pública é o interesse público nela envolvido, isto é, a comunhão de propósitos visando um ou mais objetivos em comum, onde o governo irá traçar ações e estratégias jurídico-políticas visando a melhoria da condição de saúde da população em geral, a fim de cumprir e fazer cumprir as regulamentações existentes para perpassar a todos os habitantes de uma nação às medidas necessárias a harmonia e ao equilíbrio entre os povos, individualmente considerados e/ou em conjunto, simultaneamente, e da melhor forma possível (LENZA, 2012).

Dessa forma, como o próprio nome dá a entender, por si só, Políticas Públicas são os instrumentos, mecanismos e articulações utilizadas no interesse coletivo a fim de promover segurança, igualdade, liberdade e, de um modo geral, bem-estar e justiça social. São os meios voltados à população de que se valem o Poder Público para produzir melhorias e adaptações a vida de certos e determinados setores da sociedade. Trata-se de autênticos utensílios aptos a serem empregados em qualquer área de necessidade humana, sobretudo as mais úteis a manutenção da vida de qualidade tais, como saúde, educação e segurança, por exemplo, cuja implantação

no meio social se dá dos mais diversos modos que tenham por finalidade contribuir para se tornar um local e as pessoas que nele se encontram melhor de se viver, para todos, verdadeiramente (LENZA, 2012).

Destaca-se que, a partir da luta de movimentos sociais dos anos 80, foi instituída a Constituição Federal de 1988, considerada como um marco para o surgimento das diversas Políticas Públicas atualmente existentes, na qual se destaca a política de saúde que se constitui enquanto cerne desta pesquisa.

4.1 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

A Política Pública de Saúde se faz por meio de programas e ações feitas pelo governo, visando garantir o direito à saúde para todos, conforme previsto na constituição federal. Desde os anos 1990, a política pública mais importante do Brasil na área da saúde foi a criação do SUS. Ele é o conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis 8080/90 e 8142/90 com a participação da população nos serviços.

A Lei Orgânica da Saúde (8080/90), que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e recuperação da saúde, refere-se aos princípios e às diretrizes do SUS. As ações e serviços que integram o SUS devem ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes prevista no art. 198 da Constituição Federal (1988), obedecendo a princípios ético-doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e organizativos (descentralização, regionalização hierarquização e participação social) (PONTES *et al.*, 2009).

O princípio da universalidade caracteriza a saúde como um direito de cidadania, ao ser definido pela Constituição Federal como um direito de todos e um dever do Estado. Nesse sentido todos tem acesso e atendimento nos serviços do SUS onde o Estado tem o dever de prestar esse atendimento à toda população brasileira, independente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Neste contexto, a integralidade é entendida como um princípio que concede o direito de atendimento de maneira plena em razão de suas necessidades, por meio de articulação de ações

curativas e preventivas que se desdobram nos três níveis de assistência. Já a equidade visa reduzir as diferenças sociais, propiciando um atendimento desigual para necessidades desiguais, investido onde há mais carência, sendo portando concebido como um princípio da justiça social (PONTES *et al.*, 2009).

Os princípios e as diretrizes estabelecidas com vistas a organização das ações e serviços, concorrem para mudanças políticas e institucionais significativas que vem sendo estruturadas desde então um único sistema público, como gestão descentralizada, para o atendimento gratuito a todo e qualquer cidadão, por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada no território nacional, com direção única em cada esfera de governo, sem exigência de contribuição financeira à previdência social, atuando em conformidade com o que dispõem a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e a Lei Orgânica de Saúde (Leis 8080/90 e 8142/90).

A Lei 8080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, detalhando os seguintes elementos: a composição institucional do SUS, seus objetivos e atribuições gerais, princípios e diretrizes, forma de organização, direção e gestão, atribuições comuns e competências específicas de cada esfera político-administrativa da federação brasileira (União, estados e municípios); o funcionamento e participação dos serviços privados de assistência médica; e, o financiamento do sistema, contemplando disposições relativas às receitas necessárias à realização de suas finalidades, à gestão financeira dos recursos, ao planejamento e orçamentação de suas atividades.

Já a Lei 8142/90, promulgada como fruto de um amplo processo de pressão e negociação política, complementa a Lei 8080/90, sobretudo no que diz respeito à participação da comunidade na gestão do sistema, e às transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, sendo estas matérias vetadas quando ocorreu a promulgação da Lei 8080 (LUCCHESI, 2004).

A história das políticas de saúde no Brasil pode ser contada a partir de pelo menos duas trajetórias institucionais distintas: a trajetória institucional do campo da saúde pública e a trajetória institucional do campo da assistência médica. Antes do SUS, o Ministério da Saúde (MS), com o apoio dos estados e municípios e de fundações financiadas com recursos internacionais,

desenvolvia quase que exclusivamente, e sem qualquer tipo de discriminação com relação à população beneficiária, ações de promoção e proteção da saúde por meio de atividades educativas e preventivas, típicas do campo da saúde pública, entre as quais destacam-se: campanhas sanitárias para o controle e profilaxia de doenças como tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis, serviços de combate a endemias; saneamento básico; imunizações, alimentação e nutrição, educação para a saúde. No que se refere às ações para recuperação da saúde, o Ministério da Saúde realizava algumas atividades de assistência médica em poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose. Essas ações eram dirigidas àquela parcela da população definida como indigente, não inserida no mercado de trabalho. Essa população contava também com as Santas Casas de Misericórdia e hospitais universitários (LUCCHESI, 2004, p.16).

Cabe destacar que a proposta de criação do SUS, foi sendo construída sobre influência de um movimento político de grande magnitude, visando reorganizar a ação do Estado no contexto nacional a fim de garantir o acesso de forma universal e igualitária para a população, propiciando um cuidado integral a estes, sem qualquer discriminação, independentemente se em seu local de moradia houvesse o serviço disponível, por intermédio de um rede nacional de ações e serviços que atua de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada, e que também possui gestão política descentralizada e participativa, com potencial para dar grande resolutividade, eficácia e qualidade à atenção à saúde de todos os usuários deste amplo sistema de saúde pública (LUCCHESI, 2004).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e a legislação infraconstitucional (Lei 8.080/1990) designa uma concepção ampliada de direito à saúde, ratificando-a como um direito humano fundamental. O artigo 2º da Lei 8.080, relaciona como fatores determinantes e condicionantes da saúde a moradia, alimentação, a renda, o meio ambiente, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, o transporte, a educação, o lazer, bem como o acesso aos bens e serviços essenciais, e conclui que os níveis de saúde evidenciam a organização social e econômica do país (LUCCHESI, 2004).

Os grandes objetivos e os campos de atuação do Sistema Único de Saúde estão apresentados nos artigos 5º e 6º da Lei 8.080/90. São objetivos do SUS: identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular a política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e de outros agravos, bem como estabelecer condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação; e, assistir às pessoas por intermédio das ações assistenciais e das atividades preventivas. Ao SUS também compete expedir princípios

éticos, normas e condições de funcionamento para os serviços privados de assistência médica no país e realizar convênios ou estabelecer contratos de direito público quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial em determinada área. Por fim, integram o campo de atuação do SUS, atividades de articulação de políticas e programas de interesse para a saúde no âmbito de Comissões Intersetoriais de âmbito nacional, criadas com esta finalidade e subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, bem como atividades voltadas à integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior (LUCCHESI, 2004, p. 20).

O SUS completou 30 anos em 2018 com a estatura de um gigante. Criado a partir da Constituição de 1988 visando modificar a realidade vivenciada por seus usuários, hoje tem como um de seus grandes avanços o direito a saúde a todos os usuários, cobrindo mais de 200 milhões de pessoas, 80% delas dependentes unicamente deste sistema para o atendimento as suas demandas de saúde. A cobertura universal, que legitima ao SUS para receber o título de uma das maiores redes de saúde pública do mundo, é o mesmo que representa um grande desafio para o novo governo, a saber: financiar e gerir esse colosso. O Orçamento da União no ano de 2018 destinou ao SUS R\$ 132,8 bilhões de reais, sendo autorizados R\$ 130 bilhões, dos quais apenas R\$ 108 bilhões acabaram efetivamente executados. Soma-se ao baixo investimento per capita, a participação pública no total de gastos em saúde mostra-se insuficiente, segundo especialistas da área. No País, os cofres governamentais custeiam 43% dos gastos totais no setor. Destaca-se que o restante é custeado pelas famílias por meio dos serviços de saúde privados, como planos de saúde e compra de medicamentos. Já no Reino Unido, a participação estatal no gasto total chega a 80% (SENADO NOTÍCIA, 2019).

Nenhum país do mundo que se propõe a fazer um sistema único de saúde tem um financiamento por parte do governo central de menos de 65%. Consequentemente, o primeiro problema é falta de financiamento adequado, seguido de perto pela questão da falta de gestão adequada e de políticas adequadas. Só que até para contratar gestores qualificados nós precisamos ter financiamento adequado, avalia o presidente da Associação Médica Brasileira, Lincoln Lopes Ferreira. Ao mesmo tempo em que sofre com subfinanciamento, o SUS vê crescer a demanda por seus serviços, motivada por mudanças nos perfis socioeconômico e epidemiológico dos brasileiros. Entre elas, o envelhecimento da população, o aumento dos acidentes de trânsito e da violência e o crescimento do desemprego, que fez com que quase 3 milhões de pessoas abandonassem os planos de saúde nos últimos anos, aumentando a procura pela rede pública (SENADO NOTÍCIA, 2019).

Apesar dos percalços o SUS apresenta bons, como por exemplo a diminuição da

mortalidade infantil. Nas décadas 80 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), registrava uma taxa semelhante à que hoje exibe a Somália. Tinham-se 82,8 mortes por cada mil nascimentos. Em 1994, a taxa brasileira já havia reduzido para 37,2, e em 2015 o número era de 13,3. Em 30 anos, o SUS conseguiu reduzir em 70% a mortalidade infantil. Outro avanço reconhecido mundialmente é o calendário de vacinas do Brasil, que só se tornou possível por meio do SUS. Outro ponto positivo é que, atualmente, os brasileiros estão envelhecendo com mais qualidade de vida, dos quais também morrem de forma mais tardia, uma vez que, nos anos de 1980 a expectativa de vida era de 69 anos, e em 2018 já era de 76 anos. Tais méritos são do SUS, que é reconhecido internacionalmente como modelo de sistema de saúde (SENADO NOTICIA, 2019b).

Atualmente, a ESF do SUS oferta cobertura a 130 milhões de brasileiros, por meio de aproximadamente 40 mil equipes de Saúde da Família, que se encontram estruturadas em todo o território brasileiro. Outro aspecto de grande relevância de avanço do SUS, ao longo desses 30 anos, diz respeito a universalização da alta complexidade, ou seja, refere-se aos procedimentos mais caros, especializados e que são realizados em locais de ponta para o atendimento, como por exemplo, o tratamento de câncer ou transplantes. O grande diferencial deste sistema está no fato de que este não atua visando lucros, de forma oposta a isso, atua objetivando reduzir a mortalidade, promover a cura das doenças, tendo como cerne de suas atividades a vida de seus usuários, e não o negócio. A ênfase deste sistema está em fazer com que as pessoas não sofram e vivam mais e com maior qualidade de vida (SENADO NOTÍCIA, 2019).

4.1.1 A Política de Atenção Básica

Starfield (2002) define a AB como um conjunto de serviços de sistema de saúde que oferece acesso na porta de entrada do sistema a todas as necessidades e problemas na atenção a pessoa no seu autocuidado, num determinado espaço de tempo, com a finalidade de promover a saúde. Neste nível de atenção são identificadas e coordenadas as respostas às necessidades de saúde nos diferentes aspectos de promoção, proteção, tratamento, reabilitação da saúde, prevenção de doenças e agravos, com agilidade necessária para o diagnóstico e tratamento precoce dos

problemas mais comuns e relevantes que ocorrem nos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2006).

A AB é uma abordagem que forma a base e determina as ações em todos outros níveis de Atenção. Neste nível, os problemas e situações são identificados e coordenados conforme as necessidades de saúde da pessoa ou da coletividade, representando uma proposta muito além dos programas de cuidados básicos em saúde. Esta preconiza um conjunto de ações integradas direcionadas ao indivíduo, família e comunidade, com o propósito de promover a saúde, prevenir doenças e agravos, ofertar diagnóstico, tratamento e reabilitação de acordo com as necessidades individuais e coletivas, com base no desenvolvimento de práticas sanitárias, democráticas e participativas e, do trabalho de equipe entre profissionais, gestores e comunidade adscrita num determinado território (TURA; SOARES; CASARTELLI, 2014).

Este nível de atenção caracteriza-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados (no caso dos ACS's, nas microrregiões), pelas quais assumem a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utilizam-se tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Para Souza (2014, p. 41), a:

Atenção Primária à Saúde surge como estratégia para reorientar a organização do sistema de saúde, tendo como pressuposto responder as necessidades da população, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais para promover a saúde como direito social.

A Política de AB considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A AB tem como fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito; efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e, coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação e, estimular a participação popular e o controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O termo AB tal como tem sido comumente utilizado nos documentos elaborados pelo Ministério da Saúde (MS), por mais que a Portaria do MS de nº 2.488/2011, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tenha concebido o termo como um tipo de diferenciação ideológica no que se refere ao reducionismo que se faz presente na ideia de AB. Uma distinção não imprevisível, mas consequência de um processo político que possui suas origens na própria trajetória histórica do Movimento Sanitário Brasileiro, da elaboração do pensamento da Saúde Coletiva e reforçado pelo posicionamento firme, determinado e suprapartidário de entidades fundamentais, como o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS), bem como do próprio Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo como cerne a utopia da construção de um sistema de saúde público e universal (CECÍLIO; REIS, 2018).

Visando à reorientação do modelo de atenção, foi criado, em 2002, o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), voltado para os municípios com mais de 100 mil habitantes, explicitando a compreensão da saúde da família como uma estratégia viável não apenas nas pequenas cidades e no meio rural, onde se implantou originalmente. A agenda política

de fortalecimento da AB por meio da ESF consolidou-se gradativamente e, em 2006, tornou-se uma das dimensões prioritárias do Pacto pela Vida. Naquele mesmo ano, foi publicada a PNAB, revisada em 2011, buscando preservar a centralidade da ESF para consolidar uma AB forte, ou seja, capaz de estender a cobertura, prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p.13).

Cecílio e Reis (2018) argumenta que o conceito de AB, da forma como foi construído no Brasil, não se tratou de uma pura e simples cópia de experiências e formulações que se desdobraram internacionalmente desde pelo menos a Conferência Alma-Ata. Defendem que não se referiu a uma simples proposta técnica, mas de um projeto tecnopolítico que casou mobilizações, e ainda causa, que trouxe encanto e ainda encanta, militante, trabalhadores, conselheiros, gestores de saúde e tantos atores sociais no Brasil.

A defesa do fortalecimento e expansão da atenção básica à saúde é hoje, mais do nunca, uma bandeira política que precisa ser levantada, neste momento em que o SUS se vê sob o mais forte ataque desde a sua criação, em 1988. A característica marcante na construção do projeto da atenção básica à saúde nos últimos anos foi a sua complexidade crescente, das generosas e audaciosas diretrizes contidas na PNAB e na Política Nacional de Humanização do SUS (PNH – HumanizaSUS), cuja ambição máxima, em nossa visão, é a proposta da atenção básica à saúde funcionar como centro de comunicação e regulação das redes de atenção. Algo como se, na busca de distanciamento de tudo que lembrasse a simplificação da atenção primária à saúde e sua focalização em grupos mais pobres e vulneráveis, fossem agregadas mais e mais atribuições e atributos, detalhando cada vez mais certo ideal de funcionamento da atenção básica à saúde (CECÍLIO; REIS, 2018, p. 5).

Destaca-se que é notório que houve muitos avanços em relação a formulação de uma maior centralidade da AB na configuração do SUS, haja vista a perspectiva da continuidade e integralidade do cuidado. AB tem sido concebida como ordenadora do cuidado e o cerne da comunicação com o sistema de saúde, é a expressão mais nítida desse avanço. Ressalta-se ainda que, a proposta de construção de redes de atenção à saúde, da forma como tem sido incentivada pelo MS nas últimas décadas, sempre teve como foco os cuidados na AB. De igual maneira, o debate de propostas acerca da política de atenção especializada, especialmente a proposta das “Mais Especialidades” abandonada, comumente tratam a AB como ponto zero de suas elaborações (CECÍLIO; REIS, 2018).

Construir uma rede de atenção básica à saúde segue sendo o elemento central do projeto da Reforma Sanitária brasileira, uma espécie de balizador das mudanças necessárias à construção de um sistema de saúde público universal capaz de produzir uma alternativa ao modelo médico hegemônico e suas poderosas articulações intra e extrassetor saúde, o que resultaria em novos modos de se produzir o cuidado e promover a vida. Projeto ambicioso esse que, a um só tempo, deverá produzir um novo tipo de trabalhador para operá-lo e, ao mesmo, reformar os modos de funcionamento da rede de serviços de atenção básica à saúde, almejando uma verdadeira revolução no paradigma centralizador e normalizador que o Ministério da Saúde opera há décadas (CECÍLIO; REIS, 2018, p.10).

Em setembro de 2017 foi publicada uma nova PNAB, que gerou diversas críticas por parte de organizações que, de forma histórica, são ligadas à defesa do SUS, tais como: o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Tais entidades elaboraram, em conjunto, uma nota na qual denunciaram a revogação da prioridade concedida a ESF na organização do SUS, com a previsível perda de recursos para outras configurações da AB, em um ambiente de retração do financiamento da saúde. Evidenciaram grande preocupação diante dos retrocessos no que tange à construção de uma AB integral, que vinha norteando o modelo da AB calcado na ESF (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Além dos retrocessos acima, nota-se que na nova PNAB o compromisso político com a universalidade da atenção à saúde no SUS é desestabilizado. Também se verifica que há nesta um descomprometimento com a integralidade, percebida, especialmente, em razão da definição de padrões diferenciados de ações e cuidados para a AB, mais uma vez baseada no argumento das condições ou especificidades locais (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Estes padrões distinguem-se entre 'essenciais' e 'ampliados'. Os padrões essenciais são 'as ações e os procedimentos básicos', que deveriam ser garantidos pelas equipes em todo o País. Embora sejam apresentados como condições básicas de acesso à atenção à saúde, e de qualidade do cuidado oferecido, a própria segmentação os remete à ideia de mínimos. Assim, o termo 'básico' se esvazia do sentido que é tão caro a alguns autores da literatura sobre AB no Brasil, isto é, como distintivo do compromisso da AB, de ser o primeiro nível de acesso a um sistema universal, que abrange uma rede integral e complementar de atenção à saúde, capaz de resolver 80% dos problemas de saúde da população (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p.18).

Contudo, as modificações inseridas na nova PNAB indicam uma nova direção, na qual alguns mecanismos destas podem ser percebidos, dos quais sugerem diversas mudanças, tais como: a relativização da cobertura universal; a recomposição das equipes; a definição de padrões distintos de serviços, bem como a reorganização do processo de trabalho na AB. O processo de revisão desta política atingiu sobretudo as conquistas alcançadas pela ESF e o processo em andamento, que concedem caminhos que se possa se ter uma AB forte, que se constitui elemento indispensável das redes de atenção de um sistema universal de atenção integral à saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Conforme destaca Facchini, Tomasi e Dilélio (2018), a consolidação da AB, nos últimos anos, se apresenta como um dos avanços mais significativos do SUS enquanto Política Pública e sistema de saúde universal no País. Esse avanço encontra sustentação na abrangência da ESF, que se constitui enquanto o principal modelo assistencial deste nível de atenção.

4.1.2 A Estratégia Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em março de 1994, coordenado pela Fundação Nacional de Saúde, veio com o objetivo de promover mudanças no modelo da AB. A ESF apresenta bons resultados de transformação da realidade com base no planejamento territorial, na ampliação de participação social, no desenvolvimento das ações e serviços, inclusão e integração das populações vulneráveis, de acordo com os princípios do SUS apoiada nos atributos da AB. De acordo com a Constituição Federal de 1988, nos direitos sociais, assegura-se a estratégia de Promoção de Políticas Públicas integradas nos âmbitos das ações intersetoriais de saúde e promoção de saúde para a família que reside em um território definido (TURA; SOARES; CASARTELLI, 2014).

A ESF é a porta de entrada dos usuários ao SUS, onde desenvolve ações no papel técnico e político, empenhado a compreender sua atuação/ação a fim de contribuir para uma melhor qualidade de vida das pessoas de determinado território. Ações essas, articuladas com outros setores para o desenvolvimento de Políticas Públicas, voltadas à população na área adscrita. A equipe da ESF é formada por um médico,

um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e com quatro a seis ACS. Também há equipe de saúde bucal, composta por cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal. A equipe, juntamente com o ACS, exerce um papel fundamental, pois tem a capacidade de resolver 80% dos problemas de saúde e prevenir doenças (TURA; SOARES; CASARTELLI, 2014).

Starfield (2002) enfatiza que o sistema organizado desde o primeiro nível de atenção possibilita melhores condições de saúde à população, para que isso aconteça é necessário investimentos públicos e a adoção de modelos de processo de trabalho e gestão.

A ESF mantém os princípios constituídos no Sistema Único de Saúde (SUS) apoiada nos atributos da Atenção Primária à Saúde (AB). Apresenta uma proposta consecutiva de transformação da realidade, com base no planejamento territorial, na ampliação dos mecanismos de participação social, na gestão com o desenvolvimento da oferta das ações e serviços, inclusão e integração das populações vulneráveis, em situação de injustiças sociais (SOUZA, 2014, p. 49).

O PSF representa uma estratégia para modificar a forma atual como a assistência à saúde vem sendo prestada, bem como uma proposta para que a AB seja reorganizada, para que um novo modelo assistencial possa ser estruturado, visando responder a uma nova compreensão de saúde que não se encontra mais centrada exclusivamente na assistência à doença, mas, principalmente, na promoção da qualidade de vida, intervindo sobre os fatores que a colocam em risco, isso por meio da adoção de ações programáticas que precisam ocorrer de forma abrangente, numa perspectiva intersetorial. Encontra-se caracterizado pela sintonia com os princípios da universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações e, é estruturado na lógica básica de atenção à saúde, propiciando novas práticas e ratificando a indissociabilidade que envolve os trabalhos clínicos e a promoção da saúde (REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 2000).

O modelo de atenção preconizado pela Saúde da Família já foi testado em vários países, com contextos culturais de diferentes dimensões e níveis diferenciados de desenvolvimento socioeconômico, como por exemplo, Canadá, Reino Unido e Cuba, resolvendo mais de 85% dos casos – o percentual restante destina-se a unidades mais complexas. Além do mais, o programa permite uma forte integração entre o Ministério, as secretarias estaduais, os municípios, a comunidade local e outros parceiros, em benefício de todos ((REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 2000, p. 317).

Em razão de seus princípios, o PSF tem sido concebido, nas últimas décadas, como a mudança estrutural mais importante já realizada na saúde pública no Brasil. Em conjunto com o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) PACS, viabiliza a inversão da lógica anterior, na qual, comumente, privilegiava-se o tratamento da doença nos hospitais. Desta forma, de modo oposto, este programa propõe a promoção da saúde da população por meio de ações básicas, visando a prevenção de doenças, não se restringindo apenas à AB, mas estabelecendo interlocução com todos os níveis de complexidade (REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 2000).

A Equipe de Saúde da Família está ligada à UBS local. Esse nível de atenção resolve 80% dos problemas de saúde da população. Entretanto, se a pessoa precisar de um cuidado mais avançado, a ESF faz este encaminhamento. Desta forma, a Saúde da Família se fortalece como a porta de entrada do SUS, reorganizando a AB no País, de acordo com os preceitos do SUS. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, que passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde. Neste contexto, o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

As atribuições básicas de uma equipe de Saúde da Família são: conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta; executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida; garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária; promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas; discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam; incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde (REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 2000, p. 318-319).

As equipes de Saúde da Família devem estar devidamente cadastradas no sistema de cadastro nacional vigente, de acordo com a conformação e modalidade de inserção do profissional médico. O processo de trabalho, a combinação das jornadas de

trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das UBS devem ser organizados de modo que garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Em razão de suas potencialidades, o PSF passou a ser reconhecido, notadamente, como ESF, haja vista sua capacidade para buscar respostas para todas as necessidades de saúde da população, em orientar a organização do sistema de saúde e contribuir para mudança do modelo assistencial vigente. Para tanto, a ESF está ancorada em princípios que apontam para a adoção de práticas de saúde, tais como: o vínculo com o usuário; a centralidade na pessoa/família; a integralidade; a participação social; a coordenação da atenção; a articulação à rede assistencial e, a atuação intersetorial (ARANTES *et al.*, 2016).

A crítica de economia Política clássica, realizada por Marx, possibilitou o conhecimento teórico da estrutura e da dinâmica econômica da sociedade burguesa. Os objetivos da Economia Política são as relações sociais próprias às atividades econômicas, considerada processo que envolve a produção e a distribuição dos bens que satisfazem as necessidades individuais ou coletivas dos membros de uma sociedade (NETTO; BRAZ, 2012).

Com base na atividade econômica está o trabalho, é o que torna possível a produção de qualquer bem, criando valores e constituindo riqueza social. O trabalho, na Economia Política, é considerado uma categoria que, além de indispensável para a compreensão da atividade econômica, faz referência ao próprio modo de ser dos homens e da sociedade (NETTO; BRAZ, 2012).

É através do trabalho que ocorre as transformações de matérias naturais em produtos que atendem as necessidades de homens e mulheres que constituem a sociedade (BRAZ; NETO, 2012). E, assim também, podemos analisar o trabalho do Agente comunitário de saúde.

4.1.3 Agente Comunitário de Saúde

O Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) surgiu em 1991, através do Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias estaduais e municipais, e do Departamento de Operações de Fundação Nacional de Saúde. O PACS iniciou na região do Nordeste por motivo da existência de maiores indicadores de doenças, carências, pobreza, miséria e pela grande concentração de exclusão social existente nessa região. No estado do Ceará esse programa já vinha sendo desenvolvido desde março de 1987, sendo este, o primeiro estado brasileiro a ter implantado o PACS. No ano de 1992, o Programa foi estendido para as regiões do Norte e periferias das principais capitais do país: São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte (SOUZA, 2003).

O objetivo desse programa era, por meio do ACS, trazer melhorias para a capacidade da população em cuidar de sua saúde, repassando-lhes informações, conhecimentos e facilitando a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde, fortalecendo o vínculo entre serviços de saúde e comunidade, de forma a ampliar o acesso à informação sobre à saúde.

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), por sua vez, apoiou as iniciativas para a formação dos ACS, por ser uma posição institucional de longa data, decidida na reunião de AB realizada em 1979, em Alma-Ata- URSS, onde identificou o papel fundamental do ACS na melhoria das condições de vida e saúde da população, onde ele representa o elo entre as necessidades, anseios, e demandas de uma comunidade, na qual sua participação é essencial para o exercício de mudanças (SOUZA, 2003).

De forma oposta ao ocorrido com as demais categorias profissionais que integram a ESF, na qual a regulamentação da profissão se deu antes mesmo da instituição do SUS, o trabalho do ACS se institucionalizou ao ser inserido no campo do sistema público de saúde. Em razão desta particularidade, sua prática se estrutura, de um lado, por intermédio de instrumentos normativos elaborados pelo MS, sobretudo pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), mas também, a partir de 2003, pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES). Por outro

ângulo, a regulamentação desta profissão está ligada ao Poder Legislativo que aprova, no decorrer dos anos, um arsenal de leis visando dar respostas para às demandas do movimento organizado de tais trabalhadores, bem como, da ação política do próprio MS (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Conforme salienta Maciazeki-Gomes *et al.* (2016), a inserção do ACS nas ESFs pode ser compreendida como uma tentativa de contribuir para o reconhecimento das demandas em saúde da população, das situações de vulnerabilidade social e da promoção à saúde. Neste contexto, o ACS exerce a função de mediador entre os saberes técnicos e populares, entre equipe de saúde e comunidade.

Ao mesmo tempo que faz parte da equipe de saúde, também faz parte da comunidade; ao mesmo tempo que seu exercício é para comunidade, é também da comunidade; ao mesmo tempo que se alimenta de saberes técnico-científicos, também está embebido da cultura local de saúde. Uma das potencialidades inerentes ao trabalho do ACS está na possibilidade de superação da dicotomia existente entre os saberes técnicos e os saberes da população, em direção a construção de discursos que promovam compreensões e vivências ampliadas do conceito de saúde. Dessa forma, ele se destaca como agenciador de ações e práticas emancipadoras em saúde (MACIAZEKI-GOMES *et al.*, 2016, p.1638).

Os ACSs exercem ainda, o papel de educadores em saúde, ao disporem de orientações e incentivo aos cuidados com a saúde, tais como: cuidados com a higiene pessoal e dos ambientes, relevância da vacinação em crianças, bem como o incentivo para o acompanhamento pré-natal e prática da amamentação. Destaca-se que, de forma predominante, essas ações acontecem nos contextos extramuros das ESF, local onde tais profissionais são reconhecidos e notados pela comunidade (BRITO; FERREIRA; SANTOS, 2014).

Estes profissionais, por sua vez, possuem como principais atividades, as visitas domiciliares, as quais são entendidas como o instrumento de sustentação da ESF, uma vez que, é por meio delas que os ACS levantam informações sobre a comunidade e transmitem-nas para à equipe de saúde. Com isso, é possível que estes profissionais possam intervir sobre uma dada problemática identificada durante a visita domiciliar, sendo este o motivo pelo qual o relacionamento destes com os sujeitos adstritos em seu território possibilitam compreendê-los como mediadores

sociais entre o conhecimento popular e científico (BRITO; FERREIRA; SANTOS, 2014).

As visitas domiciliares dizem respeito ao acompanhamento realizado por estes profissionais relativo às condições de saúde das famílias de sua microárea, e da busca ativa de situações específicas. Nas visitas domiciliares, os ACS realizam o cadastramento dos membros da família, que é a condição para acesso às ESF, dispõem de orientações diversas, repassam informações sobre a dinâmica de funcionamento dos serviços, dentre outras ações. Por isso, as visitas domiciliares são a mais importante expressão da presença do ACS na comunidade (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Os ACS são trabalhadores exclusivos do SUS, dos quais exercem sua prática de forma a atuar como o elo que liga os profissionais da ESF e a comunidade. Suas práticas possuem foco na prevenção de doenças e na promoção da saúde, isso por intermédio de ações educativas que são realizadas no plano individual e coletivo, nos domicílios e na comunidade. Por isso, a formação profissional destes é essencial para que possam receber conhecimentos atualizados, consistentes e contextualizados, objetivando a excelência na sua atuação (RODRIGUES *et al.*, 2019).

Domingues, Wandekoken e Dalbello-Araujo (2018) também reconhecem a importância dos ACS na comunicação entre a equipe da ESF e os usuários, na qual permeia o acesso da população adstrita aos serviços de saúde. Estas, por sua vez, destacam que, com a inserção destes profissionais na AB, foi possível ampliar a cobertura assistencial, por meio do aumento do acesso destes usuários com os serviços, que torna possível realizar encaminhamentos e buscar alternativas capazes de resolver os problemas que se fazem presentes na comunidade onde atua.

Em seu fazer diário, o ACS se apresenta como um trabalhador singular que vivencia o dilema de trabalhar na mesma área onde mora, estabelecendo interações com os conflitos e angústias com os quais se defronta a qualquer hora e dia da semana. Em alguns casos, realizam atividades que não são inerentes às suas atribuições e, em razão disso, acabam experienciando um conflito de identidade. Contudo, considera-se que, de fato, é difícil se estabelecer um limite entre o profissional e o pessoal, entre a solidariedade comunitária e a imagem de profissional designado pela saúde da

comunidade, uma vez que, é imposto como requisito para assumir o cargo, residir na comunidade, supondo que este possa compreender os conflitos que permeiam sua microárea. Tais conflitos, por vezes, transcendem o campo da saúde, na medida em que, para serem resolvidos, exigem atenção à diversos elementos das condições de vida da população, implicando assim, na adoção de uma ação intersetorial (DOMINGUES; WANDEKOKEN; DALBELLO-ARAUJO, 2018).

Deste modo, o ACS possui amplo conhecimento sobre seu território de abrangência e, por isso, contribuem para o diagnóstico de grupos socialmente vulneráveis, dispondo de orientações quanto as práticas das equipes no processo de planejamento das ações desenvolvidas na ESF. Ademais, a forte relação destes com as famílias e o vasto conhecimento da realidade de cada seio familiar, aprimoram o vínculo das famílias com os serviços de saúde, uma vez que, a prática deste é concebida como primordial para se alcançar a proposta de universalidade da atenção (DOMINGUES; WANDEKOKEN; DALBELLO-ARAUJO, 2018).

Cabe citar que estes são os primeiros profissionais a terem contato com a comunidade, já que realizam o acompanhamento dos cidadãos nas demandas referentes à sua saúde, que vão desde as ações de promoção da saúde, que passa pelos aspectos preventivos e curativos, até os encaminhamentos. Por isso, os efeitos do trabalho destes na ESF, exige reflexões em relação a importância da qualificação desse profissional, uma vez que este assume uma participação fundamental e indispensável para que a AB venha a cumprir o papel que se propõe no contexto da saúde. Desta forma, a prática do ACS tem sido concebida como a estratégia apropriada para dar resolutividade aos problemas de saúde que acometem a população, diminuindo os danos ou sofrimentos e propiciando uma melhor qualidade de vida da população adstrita (RODRIGUES *et al.*, 2019).

Em se tratando das atribuições comuns do ACS e do Agente de Combate a Endemias, a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, assim prevê:

- I - Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;
- II - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância

em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário; III - Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares; IV - Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos; V - Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva; VI - Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território; VII - Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores; VIII - Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; IX - Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; X - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e XI - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal (BRASIL, 2017).

Já sobre as atribuições que são inerentes apenas ao ACS, a referida portaria prevê as seguintes:

I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético; IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades; V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados; VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados; VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico

e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - Aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos; II - Realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica; III - Aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar; IV - Realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa; VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e VII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação (BRASIL, 2017).

A ação do ACS visa tornar mais fácil o processo de cuidado em saúde, haja vista que este profissional reside na comunidade onde trabalha, possibilitando a instituição de um vínculo e conhecimento da realidade local. Em razão de se referir a uma prática que mescla o pertencimento com a equipe da saúde e com o território, o dia a dia do ACS é envolvido por desafios das mais diversificadas ordem, tais como: a hierarquia nas relações de trabalho; a urgência por qualificação profissional; o desenvolvimento de habilidades de comunicação efetiva e, ainda, a formação de vínculo, diante de um panorama de distintas vulnerabilidades. Esta atuação está centrada nas tecnologias relacionais e, desta forma, suas experiências de prazer ou alegria são oriundas da construção de vínculos e amizades estabelecidas com os usuários dos serviços, sobretudo, no despertar dos processos de autocuidado e ressignificações no viver, notadas nas expressões de gratidão e empatia (BROCH; SOUTO; RIQUINHO; PAI, 2018).

Domingues, Wandekoken e Dalbello-Araujo (2018, p.152) mencionam que a ação do ACS é dotada de potencialidades, tais como:

Ser trabalhador estratégico para o alcance de ações que caracterizam o modelo de atenção voltado para a saúde; produção de um cuidado-cuidador; ser elo entre equipe e comunidade; ter papel social; desempenhar ações de prevenção e promoção; além de ações intersetorial e de liderança.

No ano de 2019 o Brasil fechou com o investimento de mais de R\$ 700 milhões destinado para o credenciamento de mais de 19 mil equipes e serviços na AB, visando agir na promoção da saúde e prevenção de doenças, concebidas como prioridade do Governo Federal, principalmente, no cuidado de pessoas com doenças

crônicas, como diabetes e hipertensão, uma vez que, assegura maior qualidade de vida ao cidadão e dificultam que estas doenças evoluam para estágios mais graves. Com os novos credenciamentos, o país passou a contar com 47.725 Equipes de Saúde da Família, 31.018 Equipes de Saúde Bucal e 286.115 ACS credenciados (EVANGELISTA, 2020).

Considerando o exposto acima, nota-se que a instituição do SUS, enquanto política pública pode ser vista como resultado de lutas sociais, e que no âmbito da AB se insere o ACS, considerado como trabalhador responsável por fazer a interlocução do usuário com a ESF local.

Deste modo, uma vez apresentada sobre as temáticas acima, necessário se faz apresentar ao leitor algumas compreensões teóricas no que tange ao termo 'intersectorialidade', a fim de evidenciar a relevância desta estratégia para a política pública de saúde.

5 INTERSETORIALIDADE

Inicialmente, é preciso destacar que o termo ‘intersectorialidade’ sofre com a falta de precisão teórica nas distintas áreas do conhecimento que o utilizam. Trata-se de um conceito polissêmico, que é influenciado pelo campo disciplinar ao qual se associa, podendo ser concebido ora como estratégia, ora como processo, como abordagem ou paradigma (MONNERAT; SOUZA, 2011).

Junqueira (2004) discorre que os problemas que se desdobram no contexto social não podem ser compreendidos de forma isolada. Por isso, necessitam ser entendidos de forma sistemática, uma vez que são interligados e interdependentes. Tal visão implica na necessidade de reconhecer que o contexto social é envolvido por mudanças, cuja percepção exige um novo modo de pensar e agir, que englobe a natureza interdependente das problemáticas que afetam a sociedade atual, bem como as gerações futuras, na qual a intersectorialidade se mostra como um valioso recurso para este fim.

No campo das Políticas Públicas, a intersectorialidade passou a ser reconhecida como uma dimensão importante a partir do momento em que não se notava a eficiência, a efetividade e a eficácia desejada na implementação das políticas setoriais, especialmente, no que tange ao atendimento das demandas da população e aos recursos disponibilizados para a execução destas. Assim, a intersectorialidade começou a ser instituída como um dos requisitos para a implementação das políticas setoriais, objetivando sua efetividade por intermédio da articulação de saberes técnicos, uma vez que, os especialistas, em uma dada área, começaram a integrar agendas coletivas e a compartilhar objetivos afins (NASCIMENTO, 2010).

Assim, a intersectorialidade está situada como uma estratégia importante para romper com a fragmentação e a fragilidade das políticas sociais, a fim de enfrentar as desigualdades sociais. Esta, por sua vez, possibilita visualizar as necessidades sociais, de forma a entender e considerar o cidadão de maneira totalizante. Assim, a intersectorialidade, é tratada como um valioso instrumento para se obter uma maior integração entre as políticas sociais, atuando, no campo social, como um recurso importante para superar a setorialização das demandas sociais (CAVALCANTI *et al.*,

2013).

Destaca-se que, a intersectorialidade, é dotada de potencial para gerar ganhos para a população, para a organização logística das ações definidas, assim como, para a organização das Políticas Públicas focadas em determinados territórios. Por outro lado, também concede espaço para que novos problemas e desafios possam surgir, dos quais podem estar ligados à superação da fragmentação e à articulação das Políticas Públicas, principalmente se levarmos em conta a cultura clientelista e localista que ainda é predominante nos serviços públicos (NASCIMENTO, 2010).

Nascimento (2010, p. 98), ao abordar sobre esse tema, traz uma reflexão necessária dizendo que

[...] há uma hierarquia de poder no âmbito das políticas públicas em que se destacam as políticas macroeconômicas. Entretanto, dentro da formulação das políticas setoriais também há divergências e interferências econômicas que trazem à tona os interesses e a forma de conduzir tal e qual política conforme os parâmetros daqueles que detêm a decisão final. Observa-se que há um grau de importância atribuída às políticas setoriais, pois atendem à conjuntura e à necessidade dos interesses em jogo, expressas no financiamento de cada uma delas.

A primeira área das Políticas Públicas a incorporar a diretriz da intersectorialidade foi a área da saúde, por meio da lei orgânica de 1990, apresentando-se como uma das dimensões que, em sua concepção, faz previsão sobre a integração intrasetorial da rede assistencial com a intersectorial, ou seja, ação articulada com outros campos da política social, a fim de gerar melhores resultados de saúde (MONNERAT; SOUZA, 2011).

Pontua-se que a ação intersectorial prevê a formulação de objetos de intervenção comum entre distintos setores, visando a elaboração de um planejamento integrado para o enfrentamento das problemáticas prioritárias detectadas. Entretanto, o que se percebe é que, na prática, tal visão gera elevados níveis de conflitos e disputa política envolvendo as diferentes áreas e sujeitos envolvidos no processo. Além da competição em torno das estruturas de poder, também se nota as disputas corporativas que giram em torno do aparelho de Estado (MONNERAT; SOUZA, 2011).

Retomando sobre a conceituação do termo intersectorialidade,

Numa perspectiva mais nuclear, "intersectorialidade" deriva da junção da expressão/prefixo *inter* agregada a um conjunto de setores que, ao se aproximarem e interagirem entre si, podem produzir ações e saberes mais integrais e totalizantes. O prefixo *inter* é oriundo do latim *inter* que significa "no interior de dois"; "entre"; "no espaço de"; "posição intermediária", assim, a palavra intersectorialidade desvela: 1) Relações entre dois ou mais setores; 2) Que é comum a dois ou mais setores. Nessa perspectiva, a palavra setor aqui empregada, pela própria composição do termo intersectorialidade, remete-se às políticas sociais que, na conceituação geral, remonta aos processos de gestão das políticas de corte social. Assim, a intersectorialidade, para além da sua conceituação, desvela orientações para soluções e alternativas concretas para articulação das políticas sociais, objetivando impactos positivos para as condições de vida das populações urbanas e rurais (CAVALCANTI *et al.*, 2013, p.196).

Para Junqueira (2004), a Intersectorialidade é concebida como uma nova forma ou uma forma ainda não prontamente estabelecida na prática, mas já desenhada no campo teórico - de planejar, executar e controlar as prestações de serviços, de forma a garantir o acesso igual aos serviços; e uma boa qualidade de vida para a população, onde os usuários serão inseridos nas ações de acordo com suas necessidades. Tal conceito está acoplado a ideia de integração, de território, de equidade, enfim, dos direitos sociais. Trata-se de uma nova forma de tratar dos problemas sociais, que busca superar a fragmentação das políticas, concebendo o cidadão em sua totalidade.

A intersectorialidade vai além de um exclusivo setor social, pois envolve a articulação de saberes e vivências, não apenas no planejamento das ações, mas também na realização e avaliação destas, a fim de atingir um efeito sinérgico em problemas complexos, objetivando o desenvolvimento social e a superação da exclusão social (JUNQUEIRA, 2004).

A intersectorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, para garantir um acesso igual dos desiguais. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses (JUNQUEIRA, 2004, p. 27).

Inojosa (2001), considerado um dos primeiros atores a iniciar a discussão sobre o tema no Brasil, define o termo intersectorialidade como a articulação de saberes e experiências para o planejamento, a realização de várias políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados cooperativos em situações complexas. Assim, trata-se de um recurso para atingir resultados integrados a fim de que se tenha

um efeito sinérgico, que vai além do ato de juntar setores. Implica na criação de uma nova dinâmica para o aparato governamental, com base territorial e populacional.

Para Bronzo e Veiga (2007), a intersectorialidade é interpretada como uma maneira de trabalhar, governar e construir Políticas Públicas voltadas para a melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde. Para isso, se faz necessária a formação de redes intersectoriais, capazes de estimular a construção de novos conceitos e reflexões, que podem potencializar um diálogo mais amplo e mudanças nas práticas sociais e institucionais, bem como, a construção de uma nova linguagem integrada e polissêmica.

A intersectorialidade pode ser combinada a modelos ascendentes ou mais descendentes de gestão. O primeiro modelo refere-se ao princípio da intersectorialidade, que tem aplicabilidade na base da gestão institucional com a setorialidade no modelo de gestão dos órgãos de cúpula, dito de outra forma, a intersectorialidade ocorrerá à medida que distintas representações da gestão municipal se articularem e se integrarem objetivando alcançar uma meta afim. Já o segundo modelo, pressupõe uma dinâmica contrária, considerando os distintos sujeitos e técnicos de órgãos públicos e sociedade civil no que se refere a elaboração de propostas para atendimento comum (SPOSATI, 2006).

A intersectorialidade é dotada de dimensões, as quais necessitam ser combinadas, ou seja, a setorial e a intersectorial, como dever do Estado e direito da cidadania. Assim, julga ser indispensável que a intersectorialidade sempre seja corretiva de irracionalidades entre funções, pessoal ou gastos, já que se refere a um mecanismo racionalizador da ação e uma estratégia de gestão institucional, que visa propiciar mais qualidades ao viabilizar a superação de limites que aconteceria na abordagem exclusivamente setorial (SPOSATI, 2006).

A intersectorialidade favorece a criação e reconhecimento de saberes que são resultados da integração entre os campos setoriais. Esta não pode ser concebida como um campo de aprendizagem dos agentes institucionais, mas, sobretudo, como uma via possível para que se tenha a estruturação de respostas e demandas novas, direcionadas para cada uma das Políticas Públicas (SPOSATI, 2006).

Monnerat e Souza (2011) concebem o termo intersectorialidade como a construção de interfaces entre setores e instituições que não são apenas governamentais, objetivando atuar no enfrentamento de problemas sociais complexos, que transcendem a competência de um setor de governo apenas, ou uma exclusiva área da Política Pública. Portanto, tal conceito remete ao imperativo da integração das diversas Políticas Públicas, com vistas a sua consecução, que se confronta com as diversas demandas sociais da atualidade.

Dias *et al.* (2014) descrevem que a intersectorialidade implica numa troca de ideia, significados, conhecimentos, valores, afetos, compromissos, responsabilidades e ações por parte dos atores envolvidos. Estes autores trazem uma reflexão necessária ao dizerem que existem práticas multisetoriais desenvolvidas no contexto das Políticas Públicas, muitas vezes são denominadas equivocadamente como sendo práticas intersectoriais. Diante disso, estes esclarecem que as práticas multisetoriais são aquelas desenvolvidas como apenas a presença de vários setores que se empenham para dar resolutividade a um determinado problema, mas que, contudo, nesta não é visível a questão da reciprocidade. Predomina-se a lógica e o ritmo da serialidade, dito de outra maneira, nota-se a soma de esforços que se sucedem, entretanto, não se percebe sinergia. Assim, destacam que a intersectorialidade exige a coparticipação efetiva, ou seja, ser uma parte integrante da gestão, da produção e do usufruto compartilhado de algo ou de um processo.

Para Souza (2020, p. 51-52)

A intersectorialidade não se restringe à justaposição de projetos que são formulados e realizados setorialmente, e sim, compreende um processo de planejamento participativo, que inclui as fases de análise de situação, escolhas estratégicas e operacionalização, destacando a importância da integração com a comunidade para o levantamento crítico das necessidades e interpretação dialética da realidade.

Em se tratando especificamente das ações intersectoriais desenvolvidas pelos ACS, destacam-se as seguintes: estabelecer parcerias com creches, asilos, escolas, comerciantes, grupos sociais, ação de inclusão social, dispondo de orientações para a família e o portador de necessidades especiais em relação à medida que contribui

para sua inclusão social; ação de participação social; participação em reuniões de conselho local de saúde ou de outros conselhos existentes no município (FRACOLLI *et al.*, 2015).

5.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE E O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

A Promoção da Saúde é compreendida como estratégia de articulação entre a saúde do indivíduo e as Políticas Públicas. Essa área surgiu como um espaço analítico e metodológico em que foi possível admitir o caráter complexo, interdisciplinar e intersetorial das práticas de saúde. Ao englobar as diversas influências e matizes teóricas associadas ao pensamento político e socioantropológico, a promoção da saúde defende a ideia de que a solução dos problemas de saúde não se restringe ao uso de tecnologia de cunho médico ou na mudança de comportamentos individuais. Aqui, a prática de saúde é compreendida como prática social, dito de outro modo, como uma ação situada e influenciada não apenas pelos significados atribuídos pelos sujeitos que dela participam, mas também pelas oportunidades e constrangimentos estruturais que são específicos de cada ambiente (TAVARES; ROCHA; MAGALHÃES, 2018).

Destaca-se que, conforme cita Tavares, Rocha e Magalhães (2018), a vida cotidiana é permeada por processos que não são apenas biológicos, mas também sociais, e que, por ser assim, se constitui enquanto espaço de destaque para a implementação de Políticas Públicas e programas, que implica na adoção de ações que transcendem as estratégias de planejamento, gestão e organização dos serviços de saúde, tornando-se indispensável a colaboração intersetorial, uma vez que, apenas um determinado setor, dificilmente, conseguirá dar conta de atender as demandas e expectativas de mudanças sociais que são manifestadas em cada contexto. Destaca-se isso, uma vez que, condições de lazer, trabalho, saneamento, alimentação, transporte público de qualidade e mecanismos de proteção social são compreendidos como serviços e dimensões da saúde, que exigem articulações intersetoriais, visando assegurar o desenvolvimento de ações estratégicas e a organização de forma efetiva do cuidado.

As ações de promoção da saúde, no Brasil, surgiram em função do esforço de qualificação do SUS e da discussão em torno dos temas desigualdades, desenvolvimento, democracia, desenvolvimento humano e saúde no âmbito da saúde coletiva. De forma resumida, a promoção da saúde engloba dois níveis de poder: 1) a extensão pela qual os indivíduos e grupos são capazes de possuir maior controle sobre suas vidas e suas saúdes, não apenas no plano individual, mas também comunitários e, 2) a extensão pela qual a saúde se encontra inserida como parte vital da agenda política (TAVARES; ROCHA; MAGALHÃES, 2018).

O tema 'promoção da saúde' vem sendo debatido há mais de 25 anos, com o objetivo de confrontar o processo de medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde. Desta forma, o MS designa, para os profissionais que atuam na AB, a competência da "promoção da saúde" como uma atividade impensável no processo de trabalho destes, conforme previsto na PNAB. Destaca-se que, para que as ações de promoção da saúde possam ser operacionalizadas, é preciso que o processo saúde-doença seja compreendido como resultante dos determinantes econômicos, sociais, psicológicos, comportamentais, étnico/raciais, os quais podem favorecer para o surgimento das doenças, constituindo-se enquanto fatores de risco para a população (FRACOLLI *et al.*, 2015).

Assim, para promover a saúde dos usuários assistidos pela referida política é preciso que haja a articulação entre os diversos setores sociais, que vão além do da saúde. Nesse contexto, a ESF, devido estar mais próxima da população e ter conhecimento sobre suas necessidade e vulnerabilidades, pode atuar de uma forma melhor no estabelecimento de parcerias com outros setores. Entretanto, é preciso dizer que a execução de ações, numa perspectiva intersetorial, por vezes, não é favorecida pelas políticas que norteiam os vários setores sociais, em razão do engessamento e da falta de pontos de concordância que contribuam para o desenvolvimento destas ações (FRACOLLI *et al.*, 2015).

Fracolli *et al.* (2015) dizem ainda que, para o desenvolvimento de uma cultura de trabalho intersetorial, é preciso que os profissionais atuantes na ESF conheçam os condicionantes da qualidade de vida da população, provendo ações integradas e articuladas com distintas organizações, objetivando enfrentar o conjunto de problemas

detectados. Para tanto, é preciso que estes recebam a capacitação e a educação permanentes, para que sua atuação venha ocorrer para além das práticas curativas e, não apenas isso, é preciso também, que haja uma forma de interação inovadora, contextualizada e em harmonia com os valores das famílias nos cenários social e político.

Neste contexto, é preciso ainda destacar a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), que sofreu um processo de revisão em 2013/14 por meio da Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, na qual, em seu Artigo 2º e 4º, assim destaca:

Art. 2º A PNPS traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (BRASIL, 2014).

Destaca-se que, na referida política, a intersectorialidade está posta como um dos princípios desta, sendo compreendida como um

[...] processos de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns (BRASIL, 2014).

Deste modo, a PNPS expõe a necessidade de uma ligação com as demais Políticas Públicas para se fortalecer, contando também com a participação social pública e com os movimentos populares, uma vez que o setor sanitário, de forma isolada, não consegue dar respostas ao enfrentamento dos determinantes sociais que exercem influência nas questões de saúde. Assim, esta política reconhece a prioridade de que as ações de promoção à saúde precisam ser realizadas de maneira articulada com as demais Políticas Públicas, esferas de governo e a sociedade civil organizada (TAVARES; ROCHA; MAGALHÃES, 2018).

Destaca-se ainda a PNAB editada em 2012, que tem como princípios gerais a busca de integrações com instituições e organizações sociais, para o desenvolvimento de parcerias.

Em relação ao trabalho da ESF, ressalta como orientações: promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal; valorização dos saberes e práticas de abordagem integral e resolutive, a fim de criar vínculos de confiança, com ética, compromisso e respeito; promoção e estímulo a participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução, na avaliação, acompanhamento e na realização das ações implementadas. Sobre as atribuições da ESF, destaca-se a identificação na comunidade de parceiros e recursos que possam potencializar ações participativas, sob a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (BRASIL, 2012).

Já no ano de 2017, a referida política, sobre uma nova alteração, por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, em seu Artigo 2º diz que, as ações de promoção de saúde, envolvem o conceito de integralidade das diretrizes do SUS como sendo um

[...] conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Conforme cita Dias *et al.* (2014), a intersetorialidade diz respeito a um princípio da PNAB, por apontar como atribuições comuns a todos os profissionais que atuam nas equipes da ESF, a adoção de ações intersetoriais por intermédio de parcerias e de recursos disponíveis na comunidade, capazes de atender as demandas identificadas no território dos usuários. Estas ações podem contribuir para a integração de projetos sociais e setores incomuns, orientados para promoção da saúde.

Giovanella *et al.* (2009) destacam que a intersetorialidade é condição para uma AB abrangente, uma vez que, a AB engloba a concepção da saúde como indissociável do desenvolvimento social e econômico, propondo a necessidade de enfrentamento dos determinantes sociais no que se refere ao processo saúde-doença, que requer a articulação com os demais setores das Políticas Públicas. Deste modo, a articulação intersetorial é indispensável para intervir nestes determinantes e, assim, promover a saúde dos usuários, na qual poderá se ter resultados mais efetivos do que o setor da saúde atingiria se atuasse de forma isolada.

É preciso dizer que, embora se tenha as normativas que preveem a necessidade de ações intersetoriais no campo das políticas públicas, para que estas possam ser efetivas é preciso que haja a análise sobre os mecanismos de governança na qual se encontram estruturados a gestão das práticas sociais e de saúde. Pontua-se que o termo governança, aqui, é entendido como uma nova forma de organizar a ação dos governos em articulação com a sociedade (TAVARES; ROCHA; MAGALHÃES, 2018).

A intersetorialidade é entendida neste contexto como uma maneira de governar, trabalhar e formular políticas públicas destinadas a melhoria da qualidade de vida e da promoção da saúde. Para isso, é preciso que redes intersetoriais sejam criadas e estimuladas para que novos conceitos e reflexões surjam, e contribuam para o fortalecimento de um diálogo mais amplo, capaz de possibilitar a transformação de práticas sociais e institucionais e, a estruturação de uma linguagem integrada e polissêmica (TAVARES; ROCHA; MAGALHÃES, 2018).

Cumpre destacar que, desde a elaboração do SUS, o serviço de saúde no Brasil vem sendo modificado para promover o bem-estar social dos usuários deste sistema de saúde, propiciando melhoria nas condições de saúde destes numa perspectiva de promoção da saúde. A reorientação do SUS reflete na adoção de uma nova lógica no desenvolvimento de trabalho, que implica na mudança ou na reorientação das ações de educação em saúde. A referida nova lógica traz, como um dos pontos de mudança, a perspectiva de trabalho intersetorial. Assim, a intersetorialidade possibilita uma compreensão multidimensional e abrangente da problemática vivida pelo usuário e, desta forma, exigindo a intervenção de diversos setores que precisam articular suas diferentes práticas e saberes, visando desenvolver ações produtivas e eficazes (TAVARES; ROCHA; MAGALHÃES, 2018).

O PBF instituído pelo Governo Federal em outubro de 2003 e destinado a famílias pobres e extremamente pobres, segundo o critério de renda monetária, é um grande exemplo de ação intersetorial, que integra o serviço de saúde, educação e assistência social, possuindo potencial para ampliar o uso de acesso aos serviços de saúde, reduzindo as barreiras de acesso por parte das populações socialmente vulneráveis, conforme destaca Tavares, Rocha e Magalhães (2018).

A transferência de renda para as famílias socialmente vulneráveis foi associada ao cumprimento de um conjunto de condicionalidades na área da saúde e educação reconhecidas como investimento de longo prazo na promoção de capital humano. Essa transferência de recursos é repassada diretamente as famílias beneficiárias por meio de cartão bancário magnético, mediante ao processo de cadastramento e o acompanhamento das condicionalidades que é de responsabilidades dos municípios. O PBF tem como principal objetivo combater a fome e a pobreza, promover segurança alimentar nutricional e ampliar o acesso aos serviços públicos, sobretudo na saúde, educação e assistência social. Para a inclusão no PBF, o beneficiário deve ser cadastrado no Cadastro Único do Governo Federal (Cad. Único). O órgão responsável pela gestão do PBF é o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS), o qual deve atuar juntamente com outros ministérios setoriais no processo de cadastramento e seleção das famílias, pagamento dos beneficiários, acompanhamento das condicionalidades, oferta de ações complementares, monitoramento e avaliação do programa (TAVARES; ROCHA; MAGALHÃES, 2018, p.187-188).

No que se refere às condicionalidades ou contrapartidas da saúde do PBF, as famílias com crianças menores de 7 anos devem realizar o monitoramento do crescimento e desenvolvimento, bem como estar com a carteira de vacinação em dia. Já as gestantes e nutrizes devem participar das consultas de pré e pós-natal mantendo o calendário vacinal atualizado. Mulheres entre 14 e 44 anos devem fazer o acompanhamento de saúde. Crianças e jovens entre 7 e 15 anos precisam manter a frequência escolar mínima de 85% da carga horária e, acima desta idade, de 75%. Outras condicionalidades a serem cumpridas dizem respeito a participação nas atividades socioeducativas e a manutenção do cadastro atualizado (TAVARES; ROCHA; MAGALHÃES, 2018).

Cabe assinalar que o desenvolvimento de ações intersetoriais e a garantia de maior articulação e integração entre as estratégias de expansão da AB, bem como da diminuição da pobreza e das desigualdades sociais requerem a comunicação permanente entre distintas secretarias municipais tais como: saúde, educação e assistência social. Nesta interlocução entre as secretarias sempre surgem novas demandas e possibilidades em torno da gestão local (TAVARES; ROCHA; MAGALHÃES, 2018).

Um dos desafios para a intersetorialidade é a formação de profissionais capazes de visualizar a complexidade dos problemas apresentados pela comunidade e, por conseguinte, reconhecer a necessidades de ações intersetoriais para intervir em tais problemas.

Dessa forma, a promoção da saúde insere como processo transformador, que é capaz de melhorar as condições de vida e saúde e que só se viabiliza com a participação de profissionais críticos habilitados para adaptar-se aos contextos diversos, o que requer a compreensão da importância e da essencialidade dos determinantes sociais, na qual demanda capacidade de mediação e de desenvolvimento de ação intersetorial por parte dos trabalhadores e das instituições envolvidas, em torno de planos territoriais (SALAZAR, 2011 apud TAVARES; ROCHA; MAGALHÃES, 2018, p.192).

Cabe dizer que a ESF é um espaço de destaque para a implementação de ações intersetoriais, visando a promoção da saúde, contudo, estas práticas ainda são escassas, em razão de que perdura a visão restrita de territórios “físicos” para a adoção das ações de saúde, em detrimento da concepção de “espaços sociais”, como campos onde são estruturadas relações de poder e de governança (TAVARES; ROCHA; MAGALHÃES, 2018).

Para promover ações de promoção da saúde, é preciso ter em mente que o processo saúde-doença é resultante dos determinantes sociais, econômicos, culturais, étnicos, raciais, psicológicos e comportamentais que podem contribuir para o aparecimento de doenças e fatores de risco para a população. Assim, para que sejam desenvolvidas ações intersetoriais no contexto da saúde, é preciso que haja a articulação entre diversos setores, visando identificar os recursos disponíveis em cada setor para ofertar à população o atendimento apropriado com vistas a atender suas necessidades, garantindo assim, uma melhor qualidade de vida (FRACOLLI *et al.*, 2015).

Conforme ressalta Monnerat e Souza (2011), a atuação intersetorial, direcionada a promoção da saúde, revela-se como promissora, mas também desafiadora e complexa, não apenas do ponto de vista político, mas também técnico. Tal fato decorre em razão da própria marca histórica arraigada na política de saúde brasileira e sua persistente ineficácia diante de um conjunto significativo de agravos. Ademais, muitas das ações que são indispensáveis para a promoção da saúde, englobam instâncias que não fazem parte do setor da saúde. Assim, a promoção da saúde exige, necessariamente, o estabelecimento de agendas públicas envolvendo diversos atores, para que assim, seja possível promover mais saúde e uma melhor qualidade de vida para os usuários.

6 OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E A INTERSETORIALIDADE EM PRESIDENTE KENNEDY

A pesquisa foi realizada no município de Presidente Kennedy localizado no litoral Sul do Estado do Espírito Santo. De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), o município possui cerca de 11.658 habitantes, em um território de 594, 897 km² e com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,657 (IBGE, 2020).

Atualmente, o município está localizado ao sul do Estado do Espírito Santo e seus limites confrontam-se com os municípios de Marataízes, Itapemirim, Atílio Vivácqua e Mimoso do Sul (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

Sobre a economia, essa se expande através da exploração da agricultura, pesca, pecuária, serviços, indústria de pequeno e grande porte vinculada ao turismo, exploração do petróleo e gás (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

O acesso ao município ocorre por meio das rodovias ES-060, que une a parte litoral do Espírito Santo, bem como com o Rio de Janeiro, ES-162 que conecta a BR 101, segmentando o Brasil de nordeste a sul, o que evidencia sua localização geográfica no itinerário do curso das biodiversidades que trafegam entre o nordeste e o sul (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

Trata-se do município com o maior Produto Interno Bruto (PIB) per capita do país, devido ao repasse dos recursos dos *royalties* de petróleo. Todavia, o maior objetivo, para aceleração do investimento público em instalação de novos negócios, acontece em volta do Porto Central. O objetivo acerca dos investimentos que estão sendo realizados é promover renda as famílias do município, acompanhado de qualidade de vida, infraestrutura básica e educação, o que proporcionará o Desenvolvimento Humano Municipal (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

No que concerne a AB no município de Presidente Kennedy, sua organização se dá

por meio da ESF, a qual é importante ferramenta para o gerenciamento do molde assistencial, aparelhado por meio da inserção de equipes multiprofissionais na UBS. Tais equipes são responsáveis pela supervisão de um número específico de famílias residentes em um território geográfico delimitado (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

A AB, além de servir como porta de entrada para o sistema de saúde, deve também resolver as necessidades que englobam as demandas sanitárias de diversas naturezas. Realiza desde ações curativas individuais, até ações em saúde pública, como saneamento, profilaxia de doenças, desenvolvimento nutricional, vacinação, ações de atenção a problemas sanitários de cunho social, como violência, transtornos mentais, uso de drogas, entre outros (PRESIDENTE KENNEDY, 2017)

No que tange as UBS, estas estão divididas em 05 regiões, as quais possuem 11 UBS e 06 Unidades de Apoio, sendo 1 localizada na zona urbana e 10 na zona rural. Através de 06 equipes de ESF, a UBS proporciona o acompanhamento de cerca de 139 famílias assentadas, 02 famílias cigana, 300 famílias quilombolas e 31 famílias de pescadores, além da população em geral (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

Destaca-se que, segundo informações dispostas no Portal da Transparência do Município de Presidente Kennedy, atualmente, a rede de saúde deste município conta também com 31 ACS, os quais integram as equipes das UBS (PRESIDENTE KENNEDY, 2021)².

Sobre a Saúde Bucal, atuante nas 06 ESF's, são compostas por cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal, assim como há a disponibilidade para atendimento odontológica básico e integral a todos os munícipes. O município dispõe ainda, através de Unidade Móvel Odontológica, atendimento em localidades mais distantes, dando prioridade ao público estudante, assim como usuários com dificuldade de locomoção. É ofertado ainda serviços especializados como, prótese dentária e cirurgia buco-maxilo-facial (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

2 https://www.presidentekennedy.es.gov.br/transparencia/rh/servidores/0?ug=&comp_ano=2021&cnpj=10427499000171&cargo=AG+COMUNITARIO&lotacao=®ime=&vinculo=&situacao=Ativo&matricula=&nome=

Sobre as ações de promoção e prevenção da saúde, é ofertado atendimentos locais de acordo com a necessidade de determinados sujeitos, visitas domiciliares e grupos de educação em saúde. As equipes da ESF fornecem atendimento às consultas agendadas, assim como a demanda espontânea de seu território de abrangência. Incluem-se ainda o acompanhamento ao paciente hipertenso e diabético, ações de planejamento familiar, atendimento à saúde da mulher, puericultura, entre outros (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

Atualmente, o município possui ainda um sistema informatizado em saúde, especialmente, de prontuários eletrônicos, que unifica as informações sobre o paciente. Este, por sua vez, facilita o atendimento da população na Rede Municipal de Saúde, os quais estão interligados, possibilitando mais facilidade e qualidade do atendimento (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

Ainda tem-se, o Transporte Sanitário Eletivo, que objetiva disponibilizar aos munícipes o deslocamento no próprio município ou em outro nas regiões de saúde de referência, tencionando a realização de procedimentos que não são denominados como urgentes e emergenciais (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

No que concerne o acesso aos serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade, ambulatorial e hospitalar, estes se dão a partir das Unidades Básicas de Saúde, Pronto-Atendimento Municipal (PAM) e Central de Regulação, utilizando como ferramentas a Regulação Formativa e o Consórcio Público da Região Polo Sul (CIM POLO SUL) (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

O acesso hospitalar acontece por meio do encaminhamento dos pacientes, especialmente, aos hospitais referência da região que, em sua grande maioria, estão localizados no município de Cachoeiro de Itapemirim, como: Hospital Evangélico, Santa Casa de Misericórdia e Hospital Infantil Francisco de Assis. Sobre a estrutura dos serviços ambulatoriais especializados existentes no município, este dispõe atendimento em diversas áreas, tais como: ortopedia, dermatologia, neurologia, oftalmologia, ginecologia, cardiologia, pediatria, geriatria, psiquiatria, urologia, otorrinolaringologia, angiologia, gastroenterologia, reumatologista e endocrinologista (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

A respeito dos exames solicitados através da rede básica, estes são realizados através do Laboratório do Pronto Atendimento Municipal de Presidente Kennedy para os casos de urgência e emergência, assim como, por meio de Credenciamento Municipal com outros laboratórios (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

O município dispõe ainda da Assistência Farmacêutica- AF, a qual é vislumbrada pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica, direcionada para promoção, proteção e recuperação da saúde. Está estruturada a partir da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e envolve a manutenção das atividades da assistência farmacêutica, aquisição e distribuição de medicamentos de programas da rede básica, aquisição de medicamentos de uso hospitalar e ambulatorial e, obtenção e distribuição de medicamentos específicos em detrimento de benefício eventual (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

Acerca do PAM, este apresenta-se como uma unidade direcionada ao atendimento de usuários sem agendamento prévio, incluindo emergências, urgências médicas e casos de baixíssima complexidade, todavia, que necessitam de atendimento hábil, sem a necessidade de marcar consulta. É um serviço que constitui atendimento de 24 horas, ressaltando que os casos urgentes são encaminhados para hospitais credenciados (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

O município oferece ainda a Atenção Fisioterápica na AB e na Média Complexidade, que acontece por meio da Atenção Ambulatorial e Domiciliar para Pacientes Acamados ou com Dificuldade de Locomoção e, do Centro de Fisioterapia, buscando assegurar aos munícipes o tratamento reabilitador, ações educativas e de prevenção, elaboradas por uma equipe multiprofissional (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

Acerca das Vigilâncias em saúde, o município conta com a Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

Sobre a Gestão da Saúde do município, este vivencia atualmente um período de mudanças e transformações para o seu aperfeiçoamento. Diante disso, impõe-se a importância de repensar as técnicas de gestão e de produção do cuidado em saúde

que hoje estão vigentes. Imprescindível ainda, o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), as quais postulam investimento em distintas áreas e, acerca disso, a Secretaria Municipal de Saúde tem dirigido esforços para a estruturação das ações e processos de trabalho na perspectiva do trabalho em redes (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

Impende aclarar que, a partir da Lei nº 724, de 21 de maio de 2007, o Conselho Municipal de Saúde de Presidente Kennedy determina a composição de forma paritária e quadripartite, definidos por voto direto dos delegados de cada segmento na Conferência Municipal de Saúde. Tal Conselho reúne-se mensalmente a fim de debater as demandas de saúde no município, avaliar os gastos em saúde e a qualidade da assistência prestada, bem como, são realizadas audiências públicas quadrimestrais, na Câmara Municipal, em cumprimento da Lei Complementar 141, conforme prazos estabelecidos pela lei (PRESIDENTE KENNEDY, 2017).

6.2 A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ACS NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY

A partir das entrevistas realizadas, tornou-se possível perceber que a atuação dos profissionais ACS no município pesquisado tem como foco a prevenção e promoção à saúde que se dá, principalmente, por meio de visitas domiciliares, estando em consonância com o previsto na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

“Trabalhamos com prevenção e promoção à saúde através das visitas domiciliares” (EQUIPE 2).

“Acompanho as famílias da minha microárea, trabalhando com a promoção e prevenção à saúde, faço mapeamento da microárea e demais afazeres dos ACSs” (EQUIPE 3).

Abordando de forma específica o fazer destes profissionais no município em questão, foram destacadas práticas como cadastramentos, monitoramento das famílias, realização de palestras com a equipe da ESF numa perspectiva de educação em saúde, pesagem para coleta de dados para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e monitoramento das condicionalidades do PBF, na qual inclui o controle do cartão de vacina.

“Faço acompanhamento domiciliar através das visitas a todos os usuários, cadastramentos e monitoramento aos cuidados em família. Ações de prevenção, orientação e promoção de saúde, através de informações e palestras com a equipe sobre educação em saúde” (EQUIPE 4).

“Em meu trabalho realizo pesagem do SISVAN, Bolsa família, controle do cartão de vacina, dá prioridades às pessoas acamadas, gestantes, hipertensos, diabéticos e crianças” (EQUIPE 5).

Achados similares aos resultados acima, foram identificados na pesquisa conduzida por Pedraza e Santos (2017), que constaram que a visita domiciliar, o acompanhamento do controle vacinal, ações de educação em saúde, o cadastramento dos usuários e acompanhamento de indivíduos que pertenciam ao grupo de risco se constituíam enquanto as principais atividades desenvolvidas pelos ACS's pesquisados.

Conforme exposto acima, a pesagem do SISVAN também é uma das atividades desenvolvidas pelos ACS's. O SISVAN é um programa inserido na AB que tem por objetivo combater as carências nutricionais no Brasil, sendo o ACS um agente importante nas ações de acompanhamento do estado nutricional dos usuários, por intermédio da aferição do peso, da medição da altura e da transmissão de orientações nutricionais para estes usuários (ALVES *et al.*, 2018).

Assim, o MS atribui aos profissionais de enfermagem, principalmente aos ACS, o acompanhamento do estado nutricional dos usuários por meio da medição de peso e altura e orientações nutricionais gerais para toda a população. Nesse contexto, é imprescindível perceber o papel desses profissionais na operacionalização da Vigilância Alimentar e Nutricional (ALVES *et al.*, 2018).

Sobre a atuação do ACS na política de saúde, Morosini e Fonseca (2018) abordam que, de forma predominante, o fazer deste profissional, no campo da saúde, se dá por meio do entendimento dos determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença e da necessidade de consolidar ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde. Tal prática se dá, principalmente, por meio da Visita Domiciliar, que visa o acompanhamento das condições de saúde das famílias que residem na microárea deste profissional, a fim de transmitir orientações, informar sobre a forma de

funcionamento dos serviços, dentre outras ações. Ressalta-se que, para além da Visita Domiciliar, estes profissionais atuam nas Unidades Básicas de Saúde apoiando atividades coletivas ligadas aos tradicionais programas de saúde, como por exemplo, o grupo de hipertensos, bem como demais atividades ligadas à promoção da saúde.

Para Pedraza e Santos (2017), a visita domiciliar potencializa a criação de vínculo, responsabilização, expande o acesso às informações e contribui para o desenvolvimento da credibilidade do profissional por parte dos usuários, propiciando melhores condições para que as demandas de saúde sejam resolvidas.

Em se tratando, especificamente, ao cadastramento realizado pelos ACS's, Morosini e Fonseca (2018, p. 267) refletem que o cadastramento de todas as pessoas da microárea deste profissional, bem como a manutenção de atualização destes dados, pode ser compreendida como a transição de uma atividade com escopo amplo e complexo (produção do diagnóstico) para uma tarefa de cunho predominantemente operacional (cadastramento).

Já sobre as ações de educação em saúde realizadas pelos ACS's do município pesquisado, Pedraza e Santos (2017) analisam que estas práticas são de fundamental importância e que estes profissionais podem ser considerados como fomentadores da educação popular em saúde, uma vez que situam suas práticas entre o conhecimento técnico e o popular.

Morosini e Fonseca (2018), por sua vez, pontuam que estas ações estão inseridas no principal eixo do trabalho deste profissional, para que se tenha uma AB fortalecida e que, por isso, se faz necessária a adoção de Políticas Públicas voltadas para a qualificação destes profissionais, para que possam atender às distintas relações sociais e configurações da vida, nos mais diversificados contextos e territórios na qual se constrói e se apresenta o processo saúde-doença. É essencial que o ACS possa contribuir com práticas de orientação sobre a saúde da criança, pois seu trabalho é valorizado como precursor da educação popular em saúde, ao situar-se entre saberes técnico e popular (PEDRAZA; SANTOS, 2017).

Cabe destacar ainda que, estes profissionais possuem um papel de grande

importância no contexto do PBF, na qual fornecem orientações aos usuários beneficiários acerca das condicionalidades em saúde (vacinação, acompanhamento do estado nutricional e pré-natal) que precisam ser cumpridas e realiza o acompanhamento do cumprimento destas. Destaca-se ainda, que este acompanhamento pode ser visto como um meio de potencializar a aproximação dos usuários com os serviços de saúde e aponta para a necessidade de articulação de ações intra e intersetorial, bem como fomentar ações que objetivem o empoderamento e autonomia dos usuários beneficiários em relação ao autocuidado e o desenvolvimento da cidadania (CARVALHO; ALMEIDA; JAIME, 2014).

Neste sentido, cabe destacar que, para alguns entrevistados, o acompanhamento realizado é direcionado a todas as famílias, enquanto que para outros, este é voltado apenas para gestantes, crianças, usuários portadores de doenças crônicas e indivíduos portadores de deficiências.

“Realizamos acompanhamentos a todas as famílias mensalmente, levando informações e orientações, divulgamos programas e eventos que irão acontecer na nossa unidade e quando identificamos alguns problemas de saúde encaminhamos a unidade de saúde” (EQUIPE 3).

“Acompanhamento de gestantes, de crianças, averiguando o cartão de vacina, acompanhamento de pessoas com doenças crônicas e reunião de promoção e prevenção à saúde” (EQUIPE 3).

“Desenvolvo ações de promoção, prevenção e acompanhamento as pessoas com necessidades especiais e faço orientação, principalmente, em alguns casos que identifico no meu trabalho do dia a dia” (EQUIPE 5).

Acerca disso, a pesquisa de Costa *et al.* (2013) também identificou que, de forma predominante, os ACS entrevistados não realizavam o acompanhamento de todas as famílias cadastradas em sua microárea e, salientam que, por vezes, há a priorização das famílias das quais possuem membros inseridos no grupo de risco e destacam que tal fato pode se dar em razão do elevado número de famílias cadastradas.

Assim sendo, é preciso dizer o que está previsto na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017), que diz que, a realização das visitas domiciliares, se dará mediante “as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares”. Desta

forma, a referida portaria abre brechas para que o acompanhamento realizado pelo ACS não seja direcionado a todas as famílias do seu território de abrangência, embora seja de grande importância para identificação de possíveis agravos à saúde dos usuários.

A Portaria supracitada aponta ainda, como ações a serem desenvolvidas por este profissional, o estímulo a participação da comunidade no campo das políticas públicas; fornecimento de orientações para as famílias em relação ao uso apropriado dos serviços de saúde disponíveis; por meio das visitas domiciliares periódicas, realizar a identificação de situações de riscos e o monitoramento das famílias; efetivar a medição de glicemia capilar e da temperatura axilar, bem como a aferição da pressão arterial, encaminhando os casos que apresentem situações de risco para a Equipe de saúde responsável e, contribuir para o planejamento e a implementação de ações de saúde ao dispor de informações que se constituem enquanto indicadores de saúde (BRASIL, 2017). Assim nota-se que, a partir dos dados desta pesquisa, que o fazer do ACS no município de Presidente Kennedy-ES está em consonância com o previsto na referida portaria.

6.2.1 Limitações vivenciadas pelos ACS's em sua atuação

Durante a pesquisa realizada, os participantes ao serem interrogados sobre as principais limitações vivenciadas em sua prática profissional, ressaltaram a rotatividade de profissionais; a falta de apoio para execução dos projetos por eles elaborados; a demora na contrarreferência e, a sobrecarga no trabalho, associada a falta de qualificação profissional para o exercício da função.

“Considero as limitações quando estamos desenvolvendo um trabalho com a comunidade onde a equipe está empenhada e fazem troca de profissionais dessa equipe, onde todo nosso projeto acaba perdendo a força, não dão continuidade, ou seja, não é executado” (EQUIPE 1).

“Muitas vezes temos projetos bons que visa ajudar a comunidade, mas não temos apoio para executá-las e também há muita demora de contrarreferência de órgãos e soluções cabíveis a eles sobre determinado caso” (EQUIPE 2).

“São as burocracias às vezes e a falta de ética de muitos profissionais, onde levamos a demanda a esse profissional e o mesmo acaba passando para o usuário que foi nós ACS que levamos a demanda até ele, dificultando um pouco esse nosso trabalho” (EQUIPE 3).

“Os limites e as dificuldades maiores é que estamos sobrecarregados e ficamos impotentes frente da nossa função, não recebemos treinamento nem qualificação adequada para desempenharmos corretamente o nosso trabalho sem danos para os serviços de saúde e principalmente para a população” (EQUIPE 4).

Ao nos remetermos sobre o discurso expresso pelo participante da equipe 1, nota-se que houve o destaque da rotatividade de profissionais como sendo algo que limita as ações desenvolvidas pelos ACS's no município pesquisado, uma vez que gera a descontinuidade das ações, sendo este achado também identificado na pesquisa de Souza (2020).

Em relação a esse fato, Pierantoniet *et al.* (2015) refletem que a rotatividade no campo da saúde pública pode prejudicar o vínculo das equipes de saúde com a população, comprometendo os resultados desejados para os serviços de saúde, principalmente na ESF, uma vez que o modelo preconizado por este serviço possui ênfase na atenção a família e a comunidade, na qual o vínculo estreito entre elas e os profissionais de saúde é valorizado.

Na pesquisa de Speroni *et al.* (2016), os ACS's entrevistados também citaram a rotatividade dos profissionais como sendo um dificultador para o desenvolvimento das ações em saúde, já que atrapalha a continuidade destas e a organização do processo de trabalho, gerando pouca resolutividade nas ações.

O estudo de Almeida *et al.* (2016) ressalta que a falta de resolutividade nas demandas identificadas pelos ACS's também foi notória em sua pesquisa, ressaltando que, às vezes, não há por parte dos gestores esforços para que a qualidade da assistência seja aprimorada, gerando assim, a descontinuidade do serviço e acarretando uma sobrecarga para este profissional.

Já sobre a demora na contrarreferência, relatada pelo participante que representou a equipe 2, esta deficiência também foi observada nos estudos de Dias *et al.* (2014) e de Souza (2020).

Riquinho *et al.* (2017) também identificou a limitação descrita pela equipe 2 e destaca que a comunicação entre os serviços foi analisada pelos ACS's entrevistados como sendo deficitária, uma vez que estes acionam os serviços, mas por vezes não obtém respostas para o acompanhamento das situações que se apresentam para eles em

seu dia a dia, gerando angústias nos profissionais envolvidos e sentimento de impotência diante da situação detectada na família e na comunidade.

Ainda analisando a fala do entrevistado da Equipe 2, que aborda que “*Muitas vezes temos projetos bons que visa ajudar a comunidade*”, vale refletir sobre o que diz Santos, Hoppe e Krug (2019), os quais esclarecem que existem casos em que o trabalho desenvolvido pelo ACS se restringe a determinadas ações que não se mostram capazes de dar conta das demandas da população atendida, reforçando a visão assistencialista que marca a trajetória da profissão, compreendendo a população como agente passivo, gerando para este profissional cobranças adicionais, desgaste físico e emocional e, ainda, o sobrecarregando de responsabilidades secundárias.

Analisando ainda a fala acima, é preciso pontuar o que diz Domingues, Wandekoken e Dalbello-Araujo (2018), que apontam que o ACS pode ser considerado como um profissional *sui generis*, que porta uma identidade comunitária e que realizam atividades que extrapolam o setor de saúde, possuindo um potencial inovador. Contudo, estes não podem ser considerados como “super-heróis”, sendo posta em “suas mãos” uma responsabilidade desta proporção: é notório que as ações por ele desenvolvidas são dotadas de potencial de mudanças, mas não se pode negar que existem desafios macro e micropolíticos engendrados no processo de trabalho, os quais precisam ser reconhecidos como fatores limitantes das ações desenvolvidas por estes profissionais.

Falando sobre a falta de ética como limitação para o trabalho desenvolvido por esta categoria profissional, destacada pelo entrevistado que representou a equipe 3, esta também foi pontuada pelos ACS's entrevistados na pesquisa de Riquinho *et al.* (2017), na qual estes mencionaram que seus processos de trabalhos eram prejudicados pela falta de sigilo de alguns profissionais.

No que diz respeito a fala do participante da equipe 4, que diz sobre a sobrecarga vivenciada por eles, dado também encontrado na pesquisa de Almeida *et al.* (2016), que relatam que essa sobrecarga é encontrada entre estes profissionais em razão da elevada carga física e emocional em que estão expostos, uma vez que lidam

diretamente com as demandas sociais e de saúde da população que são postas sob sua incumbência, tais como: demandas de situações de violências, fome, drogas, transtornos mentais etc. Além disso, destaca-se o fato da ausência de delimitação bem clara das competências inerentes a estes, ocasionando excessiva carga de trabalho.

Riquinho *et al.* (2017), em sua pesquisa também constataram essa sobrecarga vivida pelos ACS's, a associando também a ausência de definições bem estabelecidas sobre as competências destes profissionais, que por sua vez abre espaço para que eles venham assumir atividades que se apartam de seu *lôcus* de intervenção.

Soma-se a isso, a ausência de qualificação profissional que parece estar repercutindo de forma negativa na assistência ofertada aos usuários, conforme mencionado também pela entrevistada que representou a equipe 4, destacada por Francolli *et al.* (2015) como sendo indispensável para que os ACS's busquem atender as famílias por eles acompanhadas em suas necessidades, voltando seus olhares e, conseqüentemente, as ações de saúde para além das práticas de cunho curativista.

Diferentemente do identificado neste estudo, destaca-se a pesquisa de Simas e Pinto (2017), que visualizaram que a maioria dos ACS's participantes da pesquisa realizavam cursos de qualificação que eram disponibilizados pelas secretarias de saúde das quais estavam ligados e que estes eram capazes de gerar mudanças no perfil de formação destes profissionais, além de ser vista como um mecanismo de valorização e reconhecimento desta categoria profissional.

Conforme descreve Santos, Hoppe e Krug (2019), o ACS compõe uma categoria profissional que não possui formação específica direcionada para o contexto da saúde, fazendo-se necessário o aprimoramento de seu trabalho. Desta forma, faz-se necessário que estes venham receber educação continuada que envolve reflexões acerca do processo saúde-doença e seus determinantes sociais, concepções de comunidade, família, liberdade e autonomia dos usuários, trabalho em equipe e as políticas de saúde (ANDRADE; CARDOSO, 2017).

Essa ausência de qualificação também foi encontrada no estudo de Almeida *et al.* (2016), a qual foi mencionada pelos ACS's como limitação de sua prática, sendo

necessária, haja vista as ações executadas por estes em seu dia a dia, em especial durante as visitas domiciliares, na qual estes profissionais atuam representando o serviço de saúde e, encontram-se isolado em face das diversas possibilidades de abordagem e que, alguns casos, escapam de sua capacidade técnica e intelectual.

A deficiência acima identificada pelos ACS's do município de Presidente Kennedy, também foi descrita pelos ACS's entrevistados na pesquisa realizada por Garcia *et al.* (2019), mostrando-se como uma questão preocupante para estes, uma vez que, o baixo investimento nesta área, resulta na ausência de embasamento teórico para oferecer melhores informações para a comunidade.

Assim, considerando a existência da falta de qualificação profissional vivenciada pelos ACS's do município de Presidente Kennedy, verifica-se a necessidade de investimento nesta área por parte do referido município, a fim de que as ações desenvolvidas por estes profissionais sejam aperfeiçoadas. Neste sentido, destaca-se a Portaria nº 3.241, de 7 de dezembro de 2020, publicada pelo MS, que instituiu o “Programa Saúde com Agente”, destinado à formação técnica dos ACS e dos Agentes de Combate às Endemias, em consonância com as necessidades do SUS (BRASIL, 2020). Assim, acredita-se que com a publicação desta, a brecha identificada na atuação dos ACS do município pesquisado, no que se refere a falta de qualificação, possa ser preenchida.

6.2.2 A concepção que os ACS de Presidente Kennedy possuem sobre ações intersetoriais

Após análise das entrevistas, foi possível verificar que de forma predominante os ACS entrevistados entendem por ações intersetoriais práticas que integram outros órgãos e serviços, numa perspectiva de trabalho em rede.

“Ao meu entender são as ações que desenvolvemos com dois ou mais órgãos, com o objetivo de melhoria da qualidade de vida das pessoas que necessitam dos serviços de determinado órgão. É a união de vários setores e esforço para alcançar recursos e melhorias para a população” (EQUIPE 2).

“As ações intersetoriais são as ações que fazemos em conjunto com outros setores para que o usuário consiga resolver a problemática dele naquele momento” (EQUIPE 3).

“É a integração de diversos setores, e ações em um atendimento na rede de serviços com recursos disponíveis para ajudar a resolver os problemas. Ações intersetoriais é trabalhar

em conjunto com outros setores como, esporte, lazer, cultura, educação, ações em saúde, transformar o local de trabalho num ambiente saudável, é uma união de esforços para alcançar as melhorias e ter um resultado para melhorias das condições de vida da comunidade” (EQUIPE 4).

Assim, em consonância com a pesquisa de Dias *et al.* (2014), nota-se que os entrevistados concebem as ações intersetoriais como aquelas que são articuladas e integradas e que resultam em benefícios para as condições de vida dos usuários e da comunidade como um todo.

A pesquisa de Souza (2020) também detectou que os participantes de seu estudo associaram a prática intersetorial a integração dos setores e ao trabalho em rede.

Sobre o trabalho numa perspectiva de rede, Pedruzzi e Agreli (2018) citam que as redes se constituem enquanto um modo de enfrentamento dos sistemas fragmentados de atenção à saúde, que amplia a possibilidade de ação intersetorial para além do contexto da equipe de saúde, mas também para outras equipes que compõem a rede, em parceria com usuários e a comunidade adstrita. Trata-se de um processo dinâmico que engloba elementos do contexto social, econômico e político, refere-se a um trabalho em conjunto, de forma integrada e interdependente, visando atender às necessidades de saúde da população.

Desta forma, para que a intersetorialidade ocorra, é preciso que haja a articulação de diversos setores, faz-se necessário o envolvimento de diferentes atores sociais, como por exemplo: o governo, a sociedade civil organizada, universidades, movimentos sociais, setor econômico, autoridades locais, a fim de que se tenha uma visão mais ampla sobre a complexidade da demanda apresentada pelos usuários e a comunidade e assim, seja possível a análise destas no âmbito de um determinado contexto e território, visando buscar soluções compartilhadas. Assim, a intersetorialidade ocorre quando se cria uma rede de compromisso social, estabelecida por vínculos, na qual organizações, instituições e pessoas estabelecem uma articulação que gira em torno de uma demanda da sociedade em um dado território, programando e realizando ações integradas e articuladas. Refere-se a um processo dinâmico e dialético, na qual faz-se necessário que os atores envolvidos coloquem em prática os distintos tipos de habilidades de negociação e mediação de conflitos, uma vez que é preciso que haja a abertura para que cada setor envolvido

possa dialogar, formando vínculos e estabelecendo corresponsabilidades e cogestão para que a qualidade de vida da população possa melhorar (GARCIA *et al.*, 2014).

Para os sujeitos partícipes desta investigação, tais ações são desenvolvidas a partir das situações que são detectadas durante as visitas domiciliares, na qual, diante destas, são buscadas parcerias capazes de solucionar os problemas que são identificados, tal como prevê a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

“Através das visitas domiciliares, buscando parcerias favoráveis que resolvam os problemas identificados na comunidade” (EQUIPE 1).

“Identifico através das visitas, conhecendo a necessidade de cada um ou da comunidade” (EQUIPE 4).

Este achado também foi encontrado na pesquisa de Fracolli *et al.* (2015) que mencionaram que durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS's estes se deparam com questões que extrapola o setor de saúde, sendo, por vezes, questões complexas que impõem a necessidade de realização de ações intersetoriais e, uma visão ampliada do conceito de saúde, incluindo os determinantes e condicionantes sociais envolvidos neste conceito. Estes autores ainda pontuam que, devido ao fato destes profissionais estarem mais próximos da população, estes conhecem mais de perto as necessidades e vulnerabilidades dos usuários e famílias, possibilitando assim, o estabelecimento de parcerias com outros setores.

Secco *et al.* (2020) citam que, em alguns casos, estes profissionais sentem-se impotentes diante dos determinantes sociais da saúde, no qual são confrontados com situações de desemprego, miséria, violência e tantas outras que não possuem soluções imediatas, embora sejam graves e requeiram cuidados. Destacam ainda que, para que o trabalho do ACS seja resolutivo, é preciso que a intersetorialidade possa ser efetivada, haja vista a complexidade de problemáticas que são identificadas, das quais existem ações que vão além da autonomia e governabilidade do setor da saúde.

Ressalta-se que, embora as ações intersetoriais sejam propostas pelos ACS's do município de Presidente Kennedy, estas, muitas vezes, não se concretizam em razão das burocracias, conforme pode-se perceber a partir do relato abaixo e, este

empecilho também foi encontrado na pesquisa de Souza (2020) no que tange a efetivação das ações intersetoriais:

“As dificuldades que impedem de realizar ações intersetoriais são as burocracias através de hierarquias que existem em determinados setores onde fica um jogo de empurra. Onde muitas vezes não conseguimos falar com a pessoa responsável, como o secretário, por exemplo, e na maioria das vezes não conseguimos resolver certos problemas que identificamos na nossa microárea” (EQUIPE 5).

Assim, cabe pontuar o pensamento de Santos (2011, p. 31) que diz que a intersectorialidade “[...] tem como um de seus objetivos a horizontalização das relações entre os setores com base na interdependência dos serviços, superando as vicissitudes da hierarquia burocrática setorial”.

Dias *et al.* (2014) identificaram que, no contexto das ações intersetoriais desenvolvidas por profissionais ligados a ESF, a excessiva burocracia atrapalha o processo de efetivação de tais ações.

No que se refere a isso, Inojosa (1998) analisa que a forma como o sistema governamental se encontra estruturado, o qual possui diversos escalões hierárquicos, reflete diretamente na qualidade dos serviços e produtos que o Estado dispõe para a Sociedade, influenciando também na efetivação da intersectorialidade.

Fracolli *et al.* (2015) encontraram dado similar ao identificado nesta pesquisa, quando verificaram que muitos ACS's não conseguiam resolver os problemas identificados na comunidade por meio das ações intersetoriais, mesmo estas tendo sido propostas, destacando como motivo, a falta de articulação entre os setores, por exemplo. Estes autores acrescentam que a implantação da intersectorialidade exige uma decisão que é política, uma vez que implica em alterações na organização das estruturas de poder, requerendo assim, uma mudança na forma como está estruturado o trabalho, na lógica de governo existente, para que assim, os problemas existentes na comunidade possam ser prevenidos ou solucionados.

Cabe citar o que diz Ornelas e Teixeira (2015), que ressaltam que para que a intersectorialidade aconteça de fato, é preciso que esta prática venha se sobrepor as hierarquias, encontrando eco suficiente nos outros setores, além do da saúde, para

que assim possa se consolidar.

Já Carmo e Guizardi (2017), por sua vez, analisam que, as burocracias existentes no campo das Políticas Públicas, dificultam a atuação numa perspectiva intersetorial, e que pode se revelar como forma de resistência e, por vezes, apontar para mudanças substanciais no modelo do contexto do modelo organizacional, no qual, este é o motivo pelo qual o objetivo final de uma Política Pública, comum a todos os setores envolvidos, revela-se como o caminho mais apropriado para uma atuação intersetorial com menores empecilhos.

6.2.3 Ações intersetoriais desenvolvidas pelos ACS do município de Presidente Kennedy

Dentre as ações intersetoriais desenvolvidas, recebeu destaque aquelas que tratam de indivíduos e famílias que apresentam algum tipo de vulnerabilidade social.

“Quando nós nos deparamos com famílias que estão em vulnerabilidade social e que se enquadram no perfil do CRAS e demais necessidade que o usuário estiver, encaminhamos para esse setor” (EQUIPE 3).

“Identificamos a necessidade de desenvolver ações intersetoriais através das visitas domiciliares, onde encontramos famílias em situação de vulnerabilidade social e crianças e idosos com maus tratos, onde encaminhamos o caso aos setores responsáveis para estar atendendo esses usuários” (EQUIPE 5).

A atuação do ACS's na política de Assistência social pode ser atestada na pesquisa de Souza (2020), que reforçou a importância da participação desta categoria profissional para a referida política, devido ao fato deste fazer parte do cotidiano das famílias que são acompanhadas por esta. A referida autora destacou que, embora haja a comunicação entre a Política Pública de Saúde e a de Assistência social, nota-se que é preciso que esta venha ser amadurecida, para que haja uma constante articulação intersetorial entre ambas.

Domingues, Wandekoken e Dalbello-Araújo (2018) também destacam que a prática do ACS transcende o setor da saúde, uma vez que este sempre se depara com situações que exigem uma ação intersetorial, uma vez que estes reconhecem seu território de abrangência que, por sua vez, possibilita realizar o diagnóstico de grupos socialmente vulneráveis. Por isso, sua atuação em rede de atenção implica na

articulação de diversos setores visando produzir saúde por intermédio do rompimento das dificuldades que se fazem presentes neste campo, no qual este rompimento propicia maior resolutividade e produção de um cuidado-cuidador. Além disso, as idas e vindas do usuário em busca de atendimento são diminuídas com o rompimento dessas dificuldades. Não obstante, muitas das necessidades da comunidade extrapolam a área estrita da saúde.

Riquinho *et al.* (2017) citam que os ACS's são confrontados em sua prática com situações extremamente complexas, como por exemplo, os casos de diversos tipos de violências, como agressões, abuso sexual e abandono. Tais situações demonstraram a delicada tarefa que é designada a estes profissionais que, por serem concebidos como representantes do Estado, precisam atuar também numa perspectiva de defesa dos indivíduos que buscam por segurança, como por exemplo, os casos de crianças ou idosos vitimados.

Andrade e Cardoso (2017) descrevem que o vínculo do ACS que é estabelecido com os usuários, torna possível uma inserção diferenciada no contexto familiar dos sujeitos acompanhados, contribuindo para que este profissional tenha contato com realidades das quais dificilmente outros integrantes da equipe de saúde teriam acesso. Desta forma, este profissional é visto como o principal ator para que a realidade vivida pela família seja captada, exercendo a vigilância em saúde no que se refere à comunidade.

Diante disso, é importante citar que, conforme descreve Alonso *et al.* (2018), o ACS geralmente consegue estabelecer com o usuário uma relação de confiança e credibilidade, que lhe permite se aproximar de seus problemas que, mesmo estando inserido no processo saúde e doença, transcendem a dimensão biológica, como exemplo, as situações de violência doméstica, abuso sexual e de maus tratos a idosos. Estas situações englobam uma complexidade que só se tornam possíveis de serem acessadas a partir da construção de uma relação de confiança ente os usuários e os ACS's.

Assim, Santos, Hoppe e Krug (2019) refletem que, devido ser a atividade do ACS desenvolvida em sua maioria fora das dependências dos serviços de saúde, estes profissionais se veem diante de situações que são singulares a sua prática, que são

peculiares do seu território, como por exemplo, as situações de pobreza, situações de violência e pobreza, que necessitam de intervenções intersetoriais.

No que diz respeito às falas dos participantes acima, é válido destacar o que diz Maciel *et al.* (2020), que discorrem que as visitas domiciliares realizadas pelos ACS's são um valioso instrumento para que estes profissionais venham fazer um diagnóstico situacional das vulnerabilidades apresentadas pela família, permitindo identificar situações de extrema pobreza, insegurança alimentar, bem como, a existência de grupos vulneráveis. Deste modo, após identificar as famílias mais vulneráveis, o ACS pode estabelecer contato com outros serviços, como por exemplo, o serviço de proteção e o de assistência social, para que a família seja assistida nas demandas que foram identificadas.

Assim, embora o trabalho do ACS possa ser considerado como o do campo da saúde, este, por sua vez, engloba ações intersetoriais, como por exemplo, a articulação com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e com o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), a fim de buscar melhores estratégias que garantam a prevenção e a promoção da saúde das famílias de sua microárea (MACIEL *et al.*, 2020).

Portanto, pode-se dizer que o ACS se encontra inserido na linha de frente da identificação de situações de riscos de violência, fazendo-se necessário um treinamento adequado para que estes possam desenvolver ações intersetoriais de prevenção e controle das violências que se fazem presentes em seu território (VIEIRA-MEYER *et al.*, 2021).

As entrevistadas também fizeram menção a realização de palestras, a participação nos grupos do Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes mellitus (HIPERDIA), a coleta de dados para o SISVAN e a liberação da Ficha de Cadastro do Usuário (Ficha A) para o usuário, como sendo ações intersetoriais, quando na verdade, se referem a ações que são inerentes ao seu fazer diário. Deste modo, nota-se que os ACS não possuem expressiva clareza acerca das atribuições que lhe são designadas, e que por isso intitulam como ações intersetoriais até mesmo aquelas que são de sua competência.

“Sempre desenvolvemos atividades nas escolas sobre saúde bucal e como ter bons hábitos alimentares, através de palestras com profissionais da equipe como: dentistas, enfermeiros e nutricionistas” (EQUIPE 2).

“Realizamos várias ações como: grupo de HIPERDIA, SISVAN nas escolas, pesagens e palestras com idosos entre outros, onde trabalhamos com o objetivo de analisar a dinâmica e com métodos de pesquisa e com novas ideias para obter resultados e concluir um bom trabalho onde colocamos em prática dentro e fora do setor saúde para termos superação dos problemas” (EQUIPE 4).

“Temos exemplo de ações intersetoriais como a liberação de ficha A (Ficha de cadastro do usuário), onde liberamos para o usuário quando solicitam por meio de protocolo para conseguir algum benefício, a pesagem da Bolsa Família e palestras nas escolas” (EQUIPE 5).

Em se tratando das palestras realizadas pelos ACS's, juntamente com a equipe da ESF, Alonso *et al.* (2018) reforçam que tais ações são de grande relevância, tendo como efeito positivo a integração dos ACS's com os demais profissionais, possibilitando assim, o estabelecimento de atuações coletivas para o enfrentamento de determinados problemas identificados na comunidade.

Acerca disso, Dantas *et al.* (2018) refletem que o ACS é um ator de destaque para o campo da educação em saúde, uma vez que, a partir do desenvolvimento de práticas educativas, é possível haver transformações no campo da atenção à saúde individual e coletiva e que, mesmo sendo assim, nota-se que ainda não há grande investimento na qualificação deste, conforme também encontrado nos relatos dos ACS's entrevistados nesta pesquisa.

Soares *et al.* (2020), corroborando com os resultados da presente pesquisa, verificaram que os ACS's pesquisados, além de realizar as visitas domiciliares, realizavam também palestras e eram atuantes nos grupos de Hiperdia.

Contudo, analisando a participação do ACS no Hiperdia, é preciso destacar o que diz a pesquisa de Souza (2020), que também identificou que os profissionais entrevistados reconheciam ações realizadas por um determinado profissional em conjunto com demais profissionais da equipe de saúde como sendo ações intersetoriais, mas que na verdade se tratavam de ações intrasetoriais e que expressavam a interdisciplinaridade, não podendo, portanto, ser confundidas como práticas intersetoriais.

O Hiperdia se refere a um sistema que visa o cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, onde os profissionais de saúde recebem a incumbência de ofertar aos usuários o atendimento e realizar o preenchimento dos dados neste sistema. Além disso, cabe a estes profissionais, programar e implementar ações de investigação e acompanhamento dos usuários, na qual, a educação em saúde precisa ser englobada em seu fazer cotidiano, exemplo dessa prática é a realização de palestras a fim de contribuir para que o usuário possa aderir ao tratamento, uma vez que este é visto como protagonista do seu processo de reabilitação (FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014).

Abordando sobre a atuação intersetorial do ACS no PBF, essa prática também foi reconhecida pelos participantes da pesquisa conduzida por Souza (2020) como sendo uma ação de caráter intersetorial que envolve a política de assistência social e a política de saúde.

Sobre o PBF, Moraes e Machado (2017) citam que existe uma complexidade no que se refere a gestão das condicionalidades do referido programa, uma vez que o processo engloba diferentes setores, como o da saúde, educação e assistência, além de envolver, na sua operacionalização, diversos atores.

Em relação a liberação da Ficha de cadastro do usuário (ficha A), é importante frisar que no município estudado o documento supracitado é indispensável para que os munícipes possam pleitear os diversos benefícios ofertados pelo município, uma vez que é por meio desta que é possível comprovar o tempo de moradia no município, sendo este um dos critérios utilizados para concessão dos benefícios ofertados pelas diversas secretarias municipais da cidade de Presidente Kennedy-ES. Desta forma, nota-se que, o cadastramento realizado pelo ACS's, vai além da coleta de informações sobre questões de saúde da família, uma vez que, a partir deste, a Ficha A da família é elaborada e, esta se constitui enquanto documento para obter os benefícios que estão disponíveis no município.

Na concepção dos entrevistados, os setores que demonstram mais receptividade para o desenvolvimento das ações intersetoriais por eles desenvolvidas são: o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); o Centro de Referência Especializado de

Assistência Social (CREAS); o Conselho Tutelar; a Secretaria Municipal de Habitação; a Secretaria Municipal de Educação e, a Secretaria Municipal de Transporte.

“Na verdade, deveriam ser todos setores, mas a nossa realidade não é bem essa, raro podemos contar com outros setores e servimos para fazer o trabalho deles como: bolsa família, cesta básica, saúde mental, infelizmente isso não acontece, hoje não podemos dizer que temos essa interação. Os setores que mais integram é a secretaria de assistência social (CRAS E CREAS), habitação e educação” (EQUIPE 4).

“Os setores que mais cooperam para a realização de ações intersetoriais é a educação, assistência social, conselho tutelar e transporte” (EQUIPE 5).

Deste modo, pode-se perceber, no discurso da entrevistada que representou a equipe 4 que, embora se reconheça a necessidade de integração da saúde com as demais secretarias do município, na prática essa integração não ocorre.

Assim, é preciso destacar o que diz Dias *et al.* (2015, p. 4372), que pontuam que, por vezes, verificam-se práticas que envolvem vários setores e que são rotuladas como se fossem intersetoriais, mas que, não estão interligadas de forma efetiva. Assim, ressalta-se que a “intersetorialidade implica coparticipação efetiva, ou seja, fazer parte da gestão, da produção e do usufruto compartilhado de algo ou de um processo”.

Acerca disso, Anastácio *et al.* (2016) pontuam que, para que a intersetorialidade se efetive, é primordial que as diversas políticas públicas não trabalhem de forma isoladas, mas sim interligadas e interdependentes, para que ocorra interações capazes de proporcionar ganhos para todos os sujeitos envolvidos.

Analisando ainda a primeira fala descrita acima, nota-se que os entrevistados entendem que algumas atividades que realizam não são de sua competência.

Esta percepção também foi identificada entre os ACS's entrevistados nas pesquisas de Riquinho *et al.* (2017), Alonso *et al.* (2018) e Santos, Hoppe e Krug (2019).

A esse respeito, Riquinho *et al.* (2017) refletem que o ACS's está inserido em um campo de indeterminações e incertezas, onde não se tem uma clara definição acerca de suas competências, saberes e habilidades. Essa indefinição contribui para que estes assumam atividades que se mostram distantes de seu *lôcus* de intervenção, ou seja, o território vivido.

Em relação ao exposto, Alonso *et al.* (2018, p. 6) também dizem que não existe uma definição clara sobre as atribuições inerentes aos ACS's, resultando no excesso de funções desempenhadas por estes, das quais muitas delas não são de sua competência e outras são inseridas de forma gradual e oficial no rol de suas atribuições, como por exemplo: a pesagem das famílias para cadastramento do PBF. Este panorama confirma a ideia de que este profissional é percebido como um trabalhador polivalente “[...] que, por conta da indefinição das margens das suas atribuições profissionais e da idealização do seu papel, tem o escopo de atuação constantemente alargado”. Assim, é preciso que seja repensada a prescrição das atribuições inerentes a este profissional, faz-se necessária que haja uma melhor definição do papel desta categoria, a fim de que suas ações sejam dimensionadas segundo os recursos disponibilizados.

Já em relação aos setores que demonstram menor receptividade para o desenvolvimento das ações intersetoriais, as participantes deste estudo destacaram como sendo a Secretaria Municipal de Finanças; os setores privados; a Vigilância Epidemiológica; a Secretaria Municipal de Segurança Pública e, a Secretaria Municipal de Obras

“Bom, para mim é o setor finanças, pois muitas vezes eles ouvem a gente, mas não colocam em prática nossas reivindicações” (EQUIPE 1).

“Os setores privados” (EQUIPE 2).

“Os setores mais difíceis de conversar é a vigilância epidemiológica, secretaria de segurança e secretaria de obras é a que temos menos acesso e as mais complicadas” (EQUIPE 5).

Em se tratando de intersetorialidade, é preciso dizer que a comunicação entre os setores envolvidos é de grande relevância e que a falta deste elemento impede que esta prática se efetive. Conforme expõe Warschauer e Carvalho (2014, p. 100) “ a comunicação é a costura da ação intersetorial, à medida que articula as partes, expõe os conflitos e pode viabilizar soluções [...] ”. Esta é responsável por amarrar todas as questões envolvidas na ação intersetorial, é uma das peças indispensáveis para que o “quebra-cabeça” da intersetorialidade seja montado. Assim, a comunicação eficiente entre os diversos indivíduos e setores envolvidos é o que permite a efetivação

de uma ação intersetorial, ou seja, é esse elemento que cria a ligação entre os problemas e as soluções, entre os erros e os acertos, entre o todo com as partes, propiciando assim, uma ação conjunta.

Cabe dizer que não apenas os setores públicos precisam estar envolvidos nas ações intersetoriais, mas também os setores privados, igrejas e associações comunitárias, conforme cita Dias *et al.* (2014).

Diante dos dados acima, é preciso que a gestão municipal implemente ações que possam fortalecer a integração entre os setores que são menos receptivos às ações intersetoriais propostas pelos ACS's do município de Presidente Kennedy-ES, a fim de que os munícipes sejam atendidos das demandas que são apresentadas a estes profissionais durante as visitas domiciliares.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização desta pesquisa tornou-se possível compreender como tem ocorrido a atuação dos ACS no município de Presidente Kennedy; as principais limitações que estes vivenciam em sua prática diária; o que estes profissionais concebem como ações intersetoriais; as principais atividades desenvolvidas por estes atores envolvidos na política do SUS e os principais setores que demonstram maior receptividade para o desenvolvimento destas ações.

A pesquisa evidenciou que a atuação dos ACS no município estudado encontra-se em harmonia com as previsões destacadas na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que norteia a prática destes profissionais no Brasil. Tal atuação ocorre especialmente por meio dos cadastros das famílias que fazem parte da sua área de abrangência, na qual, a partir disso, é realizado o monitoramento em saúde.

Além disso, essa atuação também compreende o desenvolvimento de ações como palestras, realizadas em conjunto com a Equipe da ESF, dos quais atuam como promotores da educação em saúde.

Os participantes da pesquisa evidenciaram ainda que realizam a pesagem do SISVAN e que acompanham o cumprimento das condicionalidades previstas pelo PBF, que se constitui como uma expressão clara de uma das ações intersetoriais realizadas pelos ACS do município de Presidente Kennedy.

Para o desenvolvimento de suas ações, os ACS se apropriam principalmente das visitas domiciliares como um recurso importante que lhes permitem conhecer a realidade vivida pelas famílias de sua microárea, como talvez, outro profissional que compõe a equipe não conseguiria visualizar.

Contudo, é preciso abordar que existem limitações que se apresentam como grande desafio para que as práticas destes profissionais sejam mais exitosas, tais como: a grande rotatividade de profissionais; o escasso apoio para execução dos projetos elaborados pelos ACS; a demora na contrarreferência; a sobrecarga vivenciada no processo de trabalho e ainda, a falta de qualificação profissional para o exercício da

função.

Tais limitações apontam para a fragilidade das Políticas Públicas no município em questão e sugerem que estas precisam ser superadas para o bom êxito da atuação do ACS junto a equipe da ESF, visando alcançar resultados mais satisfatórios.

Desta forma, é preciso que seja analisada a forma de contratação adotada pelo município, que talvez pode estar influenciando para que haja a alta rotatividade de profissionais. Faz-se necessário que os gestores possam estimular os projetos propostos por estes profissionais, uma vez que estes possuem conhecimento sobre a realidade vivida no interior de cada família, o que possibilita ter conhecimento sobre as demandas das famílias. Para que seja superada a demora na contrarreferência, sugere-se que está venha a ser abordada junto aos atores envolvidos, visando evidenciar as consequências que incidem sobre o usuário devido a essa demora. Já no que diz respeito a sobrecarga que os ACS relatam sentir, faz-se necessário que o processo de trabalho destes profissionais seja avaliado, com vistas a oferecer a estes melhores condições de trabalho e designar para estes as atribuições apenas que lhe competem. Soma-se a isso, a necessidade de qualificação para que possam obter os aportes necessários para atuarem em consonância com as diretrizes do SUS, apontando que, não se tem tido, por parte do município, o incentivo para essa qualificação, que por sua vez pode estar influenciando no serviço que tem sido prestado para a população.

Importa dizer que as fragilidades evidenciadas nesta pesquisa, não se tratam de uma questão restrita apenas ao município estudado, mas sim, de uma realidade que perpassa todo o SUS, na qual retrata a precarização que este sistema vem sofrendo ao longo dos últimos anos, e o desmantelamento desta política que é fruto de intensas lutas sociais. Desta forma, sugere-se que a realidade apresentada pelo município de Presidente Kennedy-ES, se constitui enquanto reflexo das deficiências vivenciadas pela política pública em âmbito nacional, que sofre sobretudo com os elevados cortes de gastos que incide diretamente na assistência prestada aos usuários deste sistema de saúde pública.

Em se tratando da compreensão que os ACS possuem sobre as ações intersetoriais, foi possível perceber que está estava em consonância com os pensamentos dos principais estudiosos que se dedicam ao estudo da intersetorialidade. Por sua vez, estes profissionais fizeram referência a estas ações como sendo aquelas que integram as demais políticas públicas, na qual atuam numa perspectiva de trabalho em rede, visando propiciar melhorias para a população adstrita.

A necessidade para o desenvolvimento das ações intersetoriais é percebida pelos ACS por meio da realização de visitas domiciliares, que permitem perceber as reais necessidades e vulnerabilidade da família, das quais muitas delas transcendem o campo da saúde e que, por serem assim, impõem a necessidade de articulação com outros serviços. Entretanto, muitas vezes, os ACS se deparam com a burocracia existentes em alguns setores das Políticas Públicas, que acabam comprometendo os resultados desejados. Além disso, não são todos os setores do município que se mostram abertos para o desenvolvimento das ações intersetoriais por eles propostas, demonstrando que, talvez, não exista uma compreensão clara sobre a importância da intervenção intersetorial no campo das Políticas Públicas.

A partir deste estudo, foi possível notar que os ACS do município de Presidente Kennedy-ES atuam muito além do aspecto de saúde, uma vez que estes possuem um olhar cuidadoso para as situações de vulnerabilidades sociais vivenciadas pelas famílias, das quais exigem a atuação junto a Secretaria de Assistência Social.

Deste modo, é preciso destacar que, o exercício da intersetorialidade não requer apenas o desempenho do ACS, mas sim de todos os profissionais envolvidos nas Políticas Públicas. Por isso exige a adoção de uma Política Pública que envolva todos os setores, a sociedade de modo geral, entidades governamentais e não governamentais, a fim de que as ações planejadas possam alcançar os resultados desejados.

A partir dos dados desta pesquisa, espera-se trazer melhorias para o processo de trabalho do ACS no município de Presidente Kennedy-ES e, conseqüentemente, para a população assistida. Além disso, acredita-se que esta pesquisa contribuiu para a

reflexão teórica sobre o tema, do qual não se tem muita produção científica publicada, o que se constituiu como uma limitação deste estudo.

REFERÊNCIAS

- ALONSO, C. M. do C. *et al.* Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. **Rev. Saúde Pública**, v. 52, n. 14, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000395.pdf. Acesso em: 12 fev. 2021.
- ALMEIDA, A. M. de *et al.* Dificuldades dos agentes comunitários de saúde na prática diária. **RMMG**, v. 26, e. 1800. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2081>. Acesso em: 12 fev. 2021.
- ALVES, I. C. R. *et al.* Limites e possibilidades do sistema de vigilância alimentar e nutricional na atenção primária à saúde: relatos de profissionais de enfermagem. **Demetra – nutrição, alimentação & saúde**, v. 13, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/31077>. Acesso em: 12 fev. 2021.
- ANASTÁCIO, E. *et al.* Intersetorialidade entre as políticas públicas de assistência social e saúde: desafios para a promoção da saúde. **Rev. Med.**, Minas Gerais, v. 26, Supl. 8, p. S362-S366, 2016. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:F1XQOQVhMuQJ:www.rmmg.org/exportar-pdf/2179/v26s8a68.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 12 fev. 2021.
- ANDRADE, J. G. F. de. **Voluntariado do século XXI**. Vitória: Milfontes, 2019.
- ANDRADE, R. A. de. **O Enfrentamento da Questão Social e o Terceiro Setor: Serviço Social e suas condições de trabalho nas ONGs**. Vila Velha: Univila, 2006.
- ANDRADE, V. M. P.; CARDOSO, C. L. Visitas Domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde: Concepções de Profissionais e Usuários. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 22, n. 1, p. 87-98, jan. /abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pusf/v22n1/2175-3563-pusf-22-01-00087.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2021.
- ARANTES, L. J *et al.* **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão de literatura**. Ciências e Saúde coletiva. Brasília, DF: 2016.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2011. (Série Pactos pela Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde- PNPS**: revisão da Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 196 de 10, de outubro de 1996**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2436, 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). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 04 dez. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. **Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. **Portaria 2466, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html#:~:text=Redefine%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20\(PNPS\).&text=1%C2%BA%20Esta%20Portaria%20redefine%20a,Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20\(PNPS\)](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html#:~:text=Redefine%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20(PNPS).&text=1%C2%BA%20Esta%20Portaria%20redefine%20a,Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20(PNPS)). Acesso em: 17 set. 2020.

BRAZ, M.; NETTO, J.P. **Economia Política**: uma introdução crítica. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2012. Coleção Biblioteca básica do serviço social, v. 1.

BRITO, R. S. de; FERREIRA, N. E. M. S.; SANTOS, D. L. A. dos. Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. **Sau. &Transf. Soc.**, Florianópolis, v.5, n.1, p.16-21, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/sts/v5n1/5n1a04.pdf>. Acesso em: 28 out. 2020.

BROCH, D.; SOUTO, L. H. D.; RIQUELMO, D. L.; PAI, D. D. Vivências de prazer e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde. **Cenc cuid saúde**, v.17. 2018.

BRONZO, C.; VEIGA, L. Intersetorialidade e política de superação da pobreza. **Serviço & Sociedade**, v. 92, p. 5-21, 2007.

CANTHARINO, I. R. G. **Ações intersetoriais na Estratégia Saúde da Família em um Município da Bahia**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/15227/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Ilen%20Rafaela%20Cantharino.%202013.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2021.

CARMO, M. E. do; GUIZARDI, F. L. Desafios da intersectorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1265-1286, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v27n4/0103-7331-physis-27-04-01265.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2020.

CARVALHO, A. T. de; ALMEIDA, E. R. de; JAIME, P. C. Condicionais em saúde do programa Bolsa Família – Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.23, n.4, p.1370-1382, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1370.pdf>. Acesso em: 27 dez.2020.

CAVALCANTI, P. B. A intersectorialidade enquanto estratégia profissional do serviço social na saúde. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.39, p. 192-215, jul. /dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n39/n39a09.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2020.

CHRISPINO, Á. **Introdução ao Estudo das Políticas Públicas**: uma visão interdisciplinar e contextualizada. 1º ed. Rio de Janeiro: FGV, 2016. 256p.

CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. **Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde**. Cad. Saúde Pública, 2018.

COSTA, N.R. et al. **Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação**: saúde e saneamento na agenda social. São Paulo: Hucitec, 1998.

COSTA, S. de M. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n 7, p. 2147-2156, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n7/2147-2156/pt>. Acesso em: 25 nov. 2020.

DANTAS, D. S. G. A Formação dos agentes comunitários de saúde em educação popular: implicação na produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Motricidade**, v. 14, n. 1, p. 157-163. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/mot/v14n1/v14n1a21.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2020.

DIAS, M. A.S. et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? **Ciência e Saúde coletiva**, v.19, n. 11, p. 4371-4382, 2014.

DOMINGUES, C. C.; WANDEKOKEN, K. D.; DALBELLO- ARAUJO, M. D. Potencialidades do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 2018.

DORIGUETO, M. L.; MONTANÕ, C. **Estado, Classe e Movimento Social**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2011. Coleção Biblioteca básica do serviço social; v. 5.

EVANGELISTA, T. **Agência Saúde**. Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46180-atencao-primaria-mais-20-mil-novas-equipes-e-servicos-no-sus-em-2020>. Acesso: 11 de fev. 2020.

FACHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 208-223, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/208-223/pt> Acesso em: 25 fev. 2020.

FILHA, F. S. S. C.; NOGUEIRA, L. T.; MEDINA, M.G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 265-278, out 2014. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2014.v38nspe/265-278/pt>. Acesso em: 18 jan. 2020.

FRACOLLI, L. A. *et al.* Perspectivas das ações intersetoriais, de inclusão e participação sociais desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. **Rev. Bras Promoção saúde**, Fortaleza, 2015.

GARCIA, L. M. T. *et al.* Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 966-980, out. /dez. 2014. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2014.v38n103/966-980/pt>. Acesso em: 20 ago. 2020.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, n. 3, p. 783- 794, 2009. Disponível: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/edicoes/vinte-anos-de-politicas-de-saude-e-protecao-social/68>. Acesso em: 28 dez. 2020.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Presidente Kennedy** – Espírito Santo. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/presidente-kennedy/panorama>. Acesso em: 18 set. 2020.

INOJOSA, R. M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **RAP**, Rio de Janeiro, n.º 32, mar. /abr. 1998.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos FUNDAP**, n. 22, p. 102-110, 2001. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf. Acesso em: 18 set. 2020.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.1, p.25-36, jan. / abr., 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/04.pdf>. Acesso em: 18 set. 2020.

LENZA, P. **Direito Constitucional Esquematizado**. Coleção Esquematizado. Saraiva: São Paulo, 2012.

LUCCHESI, P. T. R. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MACIAZEKI-GOMES, R. de C. *et al.* O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1637-1646, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1637.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2021.

MACIEL, F. B. M. *et al.* Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, Supl.2, p. 4185-4195, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25s2/1413-8123-csc-25-s2-4185.pdf>. Acesso em: 14 out. 2020.

Manual de Políticas Públicas: Conceitos e Prática. / Supervisionados por Brunner Lopes e Jefferson Ney Amaral; coordenação de Ricardo Wahrendorff Caldas. Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na atenção primária à saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 261-271, 2018.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. 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, jan. /mar. 2018.

MEDEIROS, M. A Trajetória do Welfare State no Brasil. **Texto para discussão**. Brasília, n. 852, 2001. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4106. Acesso em: 23 dez. 2020.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ed. Série Pactos pela saúde 2006, v.4 Brasília, DF: 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria 2488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 26 junho. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria MS nº 3241, de 7 de dezembro de 2020.** Institui o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-ms-n-3.241-de-7-de-dezembro-de-2020-293178860>. Acesso em: 20 fev. 2021.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan. /jun. 2011.

MORAES, V. D. de; MACHADO, C. V. O Programa Bolsa Família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersectorial. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial 3, p. 129-143, set. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2017.v41nspe3/129-143/pt>. Acesso em: 19 jan. 2021.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 261-274, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/261-274/pt>. Acesso em: 19 jan. 2021.

NASCIMENTO, S. do. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n.º 101, jan. /mar. 2010.

ORNELAS, A. L. TEIXEIRA, M. G. C. Intersectorialidade ou diálogos setoriais? Reflexões a partir da experiência do Projeto Teias-Escola Manguinhos, Rio de Janeiro. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 659-670, jul.-set 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2015.v39n106/659-670/pt>. Acesso em: 28 fev. 2020.

PEDRAZA, D. F.; SANTOS, I. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba. **INTERAÇÕES**, Campo Grande, MS, v. 18, n. 3, p. 97-105, jul. /set. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/inter/v18n3/1518-7012-inter-18-03-0097.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

PEDRUZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface – comunicação, saúde e educação**, v. 22, supl. 2, p. 1525-

34, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2018.v22suppl2/1525-1534/pt>. Acesso em: 20 fev. 2021.

PIERANTONI, C. R. *et al.* Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 637-647, jul.-set 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2015.v39n106/637-647/pt>. Acesso em: 19 jul. 2020.

PONTES, A. P. M. *et al.* **O Princípio de Universalidade do acesso aos serviços de Saúde: O que pensam os usuários?** Esc. Anna Nery Rev. Enferm, 2009.

PRESIDENTE KENNEDY. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Presidente Kennedy: SMS. Disponível em: https://www.presidentekennedy.es.gov.br/uploads/filemanager/PLANO%20MUNICIPAL%20DE%20SA%C3%9ADE_2018%20A%202021_OFICIAL_APROVADO%20PELA%20RESOLU%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%2009.2017%20DO%20CONSELHO%20MUNICIPAL%20DE%20SA%C3%9ADE.pdf. Acesso em: 13 out. 2020.

PRESIDENTE KENNEDY. **Lei nº 724, de 21 de maio de 2007**. Altera a lei nº 311/1991, e dá outras providências. Disponível em: <http://legislacaocompilada.com.br/kennedy/Arquivo/Documents/legislacao/image/L7242007.pdf>. Acesso em: 13 out. 2020.

REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA. Programa Saúde da Família. Rev. **Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3 jun., 2000. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/01/25/na-saude-governo-deve-enfrentar-desafio-de-financiar-o-sus#:~:text=Apesar%20das%20dificuldades%2C%20o%20SUS,mortes%20por%20cada%20mil%20nascimentos>. Acesso em: 13 out. 2020.

RIQUINHO, D. L. *et al.* O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 163-182, jan. /abr. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v16n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00086.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

RODRIGUES, M. M. A. **Políticas Públicas**. São Paulo: Publifolha, 2010.

SANTOS, N. N. de. **A intersectorialidade como modelo de gestão das políticas de combate à pobreza no Brasil** - O caso do Programa Bolsa Família no Município de Guarulhos. 166p. Dissertação de Mestrado. Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8225/62090100009.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 abr. 2020.

SANTOS, A. C. dos; HOPPE, A. dos S.; KRUG, S. B. F. Agente Comunitário de Saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, e280403, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v28n4/0103-7331-physis-28-04-e280403.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2020.

SECCO, A. C. *et al.* Educação Permanente em Saúde para Agentes Comunitários: um Projeto de Promoção de Saúde. **Gerais**: Revista Interinstitucional de Psicologia, v. 13, n. 1, 2020, e130108. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v13n1/09.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2020.

SENADO NOTÍCIA. **Na saúde, governo deve enfrentar desafio de financiar o SUS**, 2019. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/01/25/na-saude-governo-deve-enfrentar-desafio-de-financiar-o-sus>. Acesso em: 10 fev. 2020.

SIMAS, P. R. P.; PINTO, I. C. de M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n 6, p.1865-1876, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1865.pdf>. Acesso em: 24 dez. 2020.

SOARES, A. M. *et al.* Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30, N. 3, e300332, 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/physis/2020.v30n3/e300332/pt>. Acesso em: 19 jan. 2021.

SPERONI, K. S. *et al.* Percepções dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. **Rev. Cuid**, v. 7, n. 2, p. 1325-37, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v7n2/v7n2a10.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2021.

SPOSATI, A. Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiência. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 85, p. 133-141, mar. 2006.

SOUZA, M. F. de. **Saúde da Família nos municípios brasileiros**: os reflexos dos 20 anos do Espelho do Futuro. Campinas – SP: Saberes Editora, 2014.

SOUZA, M. de F. **Agentes Comunitários de Saúde**: choque de povo. São Paulo: HUCITEC, 2003.

SOUZA, M. da C. O. **Intersetorialidade entre as políticas de saúde e assistência social**: possibilidades e limites em Presidente Kennedy- ES. 121p. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia. Vitória, Espírito Santo. Disponível em: <https://emescam.br/wp-content/uploads/2021/01/dissertao-final-maria-da-conceio-oliveira-souza.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2021.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TAVARES M. F., Rocha, R. M., MAGALHÃES, R. Promoção da Saúde e o desafio da intersetorialidade na atenção básica no Brasil. In: MENDONÇA MHM, MALTA G. C.; GORDIM R.; GIOVANELLA L. **Atenção primária à saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 177-196.

TURA, L. M. T.; SOARES, K.; CASARTELLI, C. H. Atenção Primária em Saúde. In: SOUZA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Org.). **Saúde da Família nos municípios brasileiros**: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Saberes editora, 2014.

VIEIRA-MEYER, A. P. G. *et al.* 0328/2020 - Violência e vulnerabilidade no território do agente comunitário de saúde: implicações no enfrentamento da COVID-19. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v. 26, n. 2, fev. 2021. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/violencia-e-vulnerabilidade-no-territorio-do-agente-comunitario-de-saude-implicacoes-no-enfrentamento-da-covid19/17810?id=17810&id=17810&id=17810>. Acesso em: 03 mar. 2021.

WARSCHAUER, M.; CARVALHO, Y. M. de. O conceito “Intersetorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.23, n.1, p.191-203, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2014.v23n1/191-203/pt>. Acesso em: 12 dez. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA

- 1) O que você faz como ACS?
- 2) Quais são as ações intersetoriais desenvolvidas pelos ACS's na sua área territorial de atuação (Microrregião)?
- 3) O que você entende como ações intersetoriais?
- 4) Como vocês identificam a necessidade de desenvolver ações intersetoriais com determinada pessoa ou família?
- 5) Quais setores são receptivos e cooperam para o desenvolvimento das ações intersetoriais?
- 6) Quais setores são mais difíceis de conversar?
- 7) Você teria algum exemplo de ação intersetorial desenvolvida por você ou (pelos ACS's da sua equipe)?
- 8) Quais as limitações e desafios que os ACS's encontram ao executar as ações intersetoriais?
- 9) Se você tivesse que explicar para outro colega o que são ações intersetoriais, como você explicaria?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa como voluntário (a). Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir e no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será prejudicado (a) de forma alguma. Se tiver alguma dúvida você poderá procurar pedir esclarecimento ao pesquisador a qualquer momento. Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, que avaliou este trabalho no telefone (27)33343586 ou no e-mail comite.etica@emescam.br ou no endereço Comitê de Ética em Pesquisa - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza - Vitória - ES - 29045-402.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do projeto de pesquisa: “Ações intersetoriais entre os agentes comunitários de saúde no município de Presidente Kennedy”.

Instituição: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) **Telefone:** (27)33343586

Pesquisador Responsável:

Nome: Zileidi Santos Faria Souza - RG: 1889 940-ES

Endereço: Mineirinho, zona rural- Presidente Kennedy-ES.

Telefone: (28) 99981-6835

Orientadora:

Nome Prof.^aDr^a Maristela Dalbello-Araujo Contato: maristela.araujo@emescam.br.

Objetivos da pesquisa:

Objetivo Geral: Identificar quais ações intersetoriais são desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde no município de Presidente Kennedy.

Objetivos Específicos: Descrever os aspectos principais das atividades dos agentes comunitários de saúde, e investigar as principais dificuldades que os agentes comunitários se deparam em realizar ações intersetoriais.

Assinatura do (a) participante: _____ . Assinatura do pesquisador:

_____.

Procedimentos da pesquisa: A metodologia de coleta de dados na qual se dará a participação do entrevistado, será por meio da utilização de um roteiro de entrevista semiestruturada, desenvolvido pelo pesquisador em conjunto com sua orientadora, contendo questões relativas à sua vivência e atuação nos equipamentos aos quais estão desempenhando suas funções relacionadas as ações intersetoriais entre as Políticas de Saúde e de Assistência Social no município de Presidente Kennedy-ES

Riscos e desconfortos: De acordo com a resolução 466/2012, toda pesquisa realizada com seres humanos é perpassada por risco em tipos e gradações variados. No contexto desta pesquisa, o risco está ligado à quebra de privacidade, além de constrangimentos nas respostas. Tais riscos serão minimizados com compromisso formal do pesquisador de assegurar aos participantes o sigilo, o anonimato e a confidencialidade das informações enunciadas. Elenca-se que o pesquisador guardará o material somente durante a pesquisa, após a finalização, o material será destruído.

Benefícios: Acredita-se que esta pesquisa trará contribuições significativas para o campo de estudo na qual se insere as ações intersetoriais realizadas entre as Políticas de Saúde e de Assistência Social no município de

Presidente Kennedy-ES, possibilitando a avaliação acerca do serviço que é oferecido por estas políticas no município.

Custo / Reembolso para o paciente: A participação na pesquisa se dará de forma espontânea, sem que acarrete para o entrevistado qualquer incentivo ou ônus, haja vista que a entrevista tem a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

Confidencialidade da pesquisa: Apenas o pesquisador e sua orientadora terão acesso às informações prestadas, e estas serão guardadas somente durante a pesquisa, visto que, após a finalização, o material será destruído de forma adequada. A colaboração do entrevistado será de forma confidencial e privativa, na qual o anonimato do participante será assegurado. Para isso, serão omitidas quaisquer informações que permitam identificá-lo.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu _____ RG _____,

CPF _____, abaixo assinado, autorizo a participação no estudo referido. Fui devidamente informados (a) e esclarecido (a) pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do (a) participante: _____.

Assinatura do pesquisador: _____.

ANEXOS

ANEXO A – Carta de aprovação do CEP

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM	
---	--

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERSETORIALIDADE: POSSIBILIDADES E DESAFIOS

Pesquisador: Maristela DalbelloAraujo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23007019.6.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.730.399

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado "INTERSETORIALIDADE: POSSIBILIDADES E LIMITES", vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local está sob a Coordenação da proponente e será executado por 3 mestrados. O objetivo do mesmo é analisar as ações intersetoriais realizadas no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e no Sistema Único de Saúde (SUS) de dois municípios capixabas, segundo a perspectiva dos gestores e profissionais. Será adotada abordagem qualitativa de cunho exploratório. Os dados serão obtidos por meio de entrevistas baseadas em roteiro semiestruturado e analisadas segundo Análise de conteúdo. Participarão da pesquisa 66 profissionais e gestores de assistência social e saúde de 2 municípios capixabas.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar quais ações intersetoriais estão sendo realizadas entre os profissionais responsáveis pelas políticas de Saúde e Assistência Social, segundo a perspectiva dos gestores e profissionais em dois municípios capixabas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

A pesquisadora reconhece que poderá ocorrer desconforto ao participante e que há risco ligado à quebra de privacidade, e assume o compromisso formal com o sigilo, o anonimato e a

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa			
Bairro: Bairro Santa Luiza		CEP: 29.045-402	
UF: ES	Município: VITORIA		
Telefone: (27)3334-3586	Fax: (27)3334-3586	E-mail: comite.etica@emescam.br	

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 3.730.399

confidencialidade das informações enunciadas, na relação entre pesquisador e pesquisado.

BENEFÍCIOS:

De acordo com a pesquisadora "os participantes, assim como responsáveis pela implementação das políticas nos municípios estudados serão contatados para uma devolutiva, de modo que os resultados sejam analisados e possam gerar mudanças nas práticas e no seu alcance".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, pois visa analisar a existência de ações intersetoriais realizadas entre os profissionais responsáveis pelas políticas de Saúde e Assistência Social, segundo a perspectiva dos gestores e profissionais em dois municípios capixabas. Busca-se produzir reflexão sobre a necessidade de sinergia entre essas políticas, visando otimizá-las.

A metodologia e a análise dos dados são compatíveis com o desenho da pesquisa. Os participantes da pesquisa da Saúde são aqueles vinculados à Estratégia Saúde da Família e na Assistência Social são vinculados à Proteção Social Básica (CRAS e SCFV) e Proteção Social Especial (CREAS e Acolhimento institucional). A pesquisadora cumpriu todos os requisitos solicitados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentadas:

Cartas de Anuência assinadas pela Secretária Municipal de Assistência Social de Presidente Kennedy e pelo Prefeito Municipal de Divino de São Lourenço.

Apresentadas Folha de rosto, projeto completo e cronograma adequados.

TCLE adequado às normas vigentes. Após revisão apresenta de forma explícita que o participante da pesquisa tem direito à indenização em caso de danos decorrentes do estudo.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável à aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 3.730.399

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1441907.pdf	12/11/2019 11:51:40		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto detalhadoss.docx	12/11/2019 11:49:40	Maristela Dalbello Araujo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE modificados.docx	12/11/2019 11:46:43	Maristela Dalbello Araujo	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	resposta parecerista.docx	05/11/2019 17:09:59	Maristela Dalbello Araujo	Aceito
Folha de Rosto	folha.PDF	04/10/2019 14:02:29	Maristela Dalbello Araujo	Aceito
Outros	cartas.PDF	01/10/2019 16:51:48	Maristela Dalbello Araujo	Aceito
Orçamento	custos.docx	01/10/2019 15:40:55	Maristela Dalbello Araujo	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	01/10/2019 15:28:33	Maristela Dalbello Araujo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 3.730.399

VITÓRIA, 27 de Novembro de 2019

Assinado por:
PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br