

Impacto da reformulação da Política Nacional de Atenção Básica no processo de trabalho dos Agentes Comunitário de Saúde em um município do sul do Brasil

Impact of the reformulation of the National Primary Care Policy on the work process of Community Health Agents in a municipality in south of Brazil

Impacto de la reformulación de la Política Nacional de Atención Primaria en el proceso de trabajo de los Agentes Comunitarios de Salud en un municipio del sur de Brasil

Recebido: 10/10/2020 | Revisado: 15/10/2020 | Aceito: 17/10/2020 | Publicado: 20/10/2020

Anelise Dorneles Alves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1289-0058>

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

E-mail: annelisedorneles@hotmail.com

Iane Franceschet de Sousa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2061-2851>

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

E-mail: iane.franceschet@ufsc.br

Daiane Biff

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1118-607X>

Secretaria Municipal de Saúde de Araranguá, Brasil

E-mail: daibiff@hotmail.com

Evelyn Elias

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7380-4913>

Secretaria Municipal de Saúde de Araranguá, Brasil

E-mail: evelyn.elias08@gmail.com

Resumo

A publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2017 trouxe mudanças significativas em relação à atuação dos Agentes Comunitários de saúde (ACS), aliado a isto nota-se também dificuldade em estabelecer processos avaliativos ao trabalho deste profissional. Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o processo de trabalho dos ACS do município de Araranguá/SC, possibilitando um comparativo do cenário antes e após publicação da PNAB de 2017. Os dados foram coletados através de entrevistas estruturadas

nas 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo realizadas em três fases. A primeira direcionada ao conhecimento do ACS, a segunda direcionada a dois moradores de residências distintas e, por último, o questionário destinado a um funcionário onde o ACS atua. Foram entrevistados 19 ACS quando ainda vigorava a PNAB 2011 e 14 ACS após a publicação da PNAB em 2017. Não houve diferenças significativas na comparação de questões referentes ao processo de trabalho dos ACS. Todavia, em questões relacionadas às visitas domiciliares observamos queda com a nova vigência, além disso, notamos um maior conhecimento sobre áreas de risco pertencentes à área de atuação do agente. Os resultados evidenciados permitem concluir que as mudanças da PNAB 2017 interferiram diretamente na atuação dos ACS. Apesar da pesquisa ter sido realizada justamente no período de transição na atualização da PNAB implantada em 2017, fica claro o impacto no âmbito da cobertura assistencial, sobretudo em relação ao objeto de trabalho do ACS.

Palavras-chave: Política nacional de atenção básica; Agente comunitário de saúde; Processo de trabalho do agente comunitário de saúde.

Abstract

The publication of the National Policy for Primary Care (PNAB) 2017 brought changes in relation to the performance of Community Health Agents (ACS), coupled with this there is also a difficulty in establishing processes evaluated to the work of this professional. This research aims to evaluate the work process of CHWs in the municipality of Araranguá/SC, enabling a comparison of the scenario before and after the publication of the 2017 PNAB. Data were collected through structured information in the 15 Basic Health Units (UBS), being carried out in three phases. The first addressed to the knowledge of the ACS, the second directed to two residents of different residences and, finally, the questionnaire for an employee where the ACS works. 19 CHA were interviewed when PNAB 2011 was still in force and 14 CHA after the publication of PNAB in 2017. There were no significant differences in the comparison of issues related to the CHA's work process. However, in matters related to home visits, we observed a decrease with the new term, in addition, we noticed a greater knowledge about the risk areas belonging to the agent's area of activity. The evidenced results are obliged to fulfill that the changes of the PNAB 2017 directly interfered in the performance of the CHA. Although the research was carried out precisely in the transition period in the update of the PNAB implemented in 2017, it is clear the impact in the scope of assistance coverage, especially in relation to the object of the work of the CHA.

Keywords: National primary care policy; Community health agente; Work process of the community health agent.

Resumen

La publicación de la Política Nacional de Atención Primaria (PNAB) 2017 trajo cambios significativos en relación al desempeño de los Agentes Comunitarios de Salud (CHA), aunado a esto también existe dificultad para establecer procesos evaluativos para el trabajo de este profesional. Esta investigación tiene como objetivo evaluar el proceso de trabajo de los TSC en el municipio de Araranguá/SC, posibilitando una comparación del escenario antes y después de la publicación del PNAB 2017. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas estructuradas en las 15 Unidades Básicas de Salud (UBS), desarrollándose en tres fases. La primera dirigida al conocimiento de la ACS, la segunda dirigida a dos residentes de distintas residencias y, finalmente, el cuestionario para un empleado donde trabaja la ACS. Se entrevistaron 19 CHA cuando el PNAB 2011 aún estaba vigente y 14 CHA después de la publicación del PNAB en 2017. No hubo diferencias significativas en la comparación de temas relacionados con el proceso de trabajo del CHA. Sin embargo, en asuntos relacionados con las visitas domiciliarias, observamos una disminución con el nuevo término, además, notamos un mayor conocimiento sobre las áreas de riesgo pertenecientes al área de actividad del agente. Los resultados evidenciados permiten concluir que los cambios del PNAB 2017 interfirieron directamente en el desempeño de la CHA. Si bien la investigación se realizó precisamente en el período de transición en la actualización del PNAB implementada en 2017, es evidente el impacto en el alcance de la cobertura asistencial, especialmente en relación al objeto de trabajo de la AEC.

Palabras clave: Política nacional de atención primaria; Agente comunitario de salud; Proceso de trabajo del agente comunitario de salud.

1. Introdução

A Atenção Primária em Saúde (APS) teve sua concepção no início do século XX, na Europa, com destaque para o modelo desenhado no relatório Dawson em 1922. Este modelo de trabalho considerava o médico geral no contexto de uma rede territorial de serviços, cujo núcleo é um centro primário de saúde (Melo, et al., 2018).

No Brasil, a APS ganhou espaço com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 a partir da Reforma Sanitária brasileira, que defende o preceito

institucional de que “saúde é direito de todos e dever do estado”, trazendo a marca de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário para a população (Brasil, 1988).

A partir disto, o esforço de construção de um novo modelo assistencial se materializou, na APS, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), do Programa de Saúde da Família (PSF) (Melo, et al., 2018). No entanto, o PSF foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde com uma proposta de ser um programa focal, criado para atender os cidadãos identificados no mapa da fome do Brasil, limitando a atuação do PSF ao atendimento da comunidade. Portanto, necessitava de um olhar mais ampliado, o que ocorreu em 2006, com a implantação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2010).

De fato, a ESF consolidou-se como uma estratégia prioritária de expansão e qualificação da Atenção Básica (AB) no país, cujo trabalho foi operacionalizado pelas Equipes de Saúde da Família (eSF). Assim, a ESF é responsável por aprimorar, direcionar e aumentar o processo de trabalho, ampliando os resultados e impactando efetivamente na situação de saúde das pessoas de maneira coletiva (Brasil, 2006).

Conforme (Melo, et al., 2018), em 2017 havia 42.467 eSF implantadas no Brasil, cobrindo uma população estimada de 131.349.487 pessoas ou 63.73%. Existem evidências do impacto positivo da APS no Brasil, com destaque para a queda nas taxas da mortalidade infantil.

Com objetivo de operacionalizar a proposta da ESF, foi publicada a Portaria n.648/GM de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS (Brasil, 2006). Esta foi a primeira versão da PNAB publicada, sendo que a segunda edição foi publicada em 2011 e a terceira em 2017 (Melo et al., 2018).

Desde 2006, portanto, a PNAB estabelece a particularidade de ter em suas equipes o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como membro de uma equipe multiprofissional. Diversos estudos abordam a singularidade do ACS na experiência brasileira e a importância do seu trabalho, sobretudo em áreas mais pobres (Giuliani, et al., 2011).

De acordo com a PNAB publicada em 2017, a equipe da ESF deve ser composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade Medicina de Família e Comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e ACS. Podendo fazer parte da equipe o Agente de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em Saúde da Família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (Brasil, 2017).

O ACS é considerado o elo entre o sistema de saúde e a comunidade, evidenciando sua importância enquanto parte da equipe (Silva & Dalmaso, 2002; Castro, et al., 2017). Como pré-requisito para exercício da sua profissão, deve ser morador do local onde atua, a fim de garantir o vínculo e a identidade com a comunidade local e o conhecimento das demandas de saúde existentes (Castro, et al., 2017).

As PNAB-2006 e PNAB-2011 estabeleciam, entre outros critérios, que o mínimo de ACS por eSF era de quatro e o máximo de doze. Na mudança da PNAB, o dispositivo normativo que estabelecia o mínimo foi suprimido. Como o texto que disciplinava a eSF foi mantido, o efeito prático foi reduzir o número obrigatório de ACS de quatro para um (Pinto, 2018; Brasil, 2006; Brasil, 2011; Brasil, 2017).

Também era obrigatório que os ACS cobrissem 100% do território da equipe, ou seja, não poderia ter pessoa e família adscrita que não fosse coberta por ACS, tendo em vista os princípios do modelo da ESF defendidos desde 1996 e que vinham sendo aperfeiçoados nas PNAB-2006 e PNAB 2011. Contudo, em 2017, essa normativa foi substituída pela obrigação de cobrir somente a população “vulnerável”. Assim, ampliou-se a interpretação sobre os critérios que definem essa situação, ou seja, cabe ao gestor a definição desta questão, sem necessidade de nenhuma justificativa técnica (Pinto, 2018; Brasil, 2006; Brasil, 2011; Brasil, 2017).

Até então, a combinação de três normativas das PNAB - o mínimo de quatro ACS, a obrigação de cobrir 100% da população e a determinação de que cada ACS poderia cobrir no máximo 750 pessoas - fazia com que a média de ACS por eSF fosse de seis, por isso o Brasil chegou a ter mais de 250 mil ACS com 42 mil eSF (Pinto, 2018).

Assim, como efeito dessa normativa que passa a vigorar a partir de 2017, os gestores municipais podem reduzir os gastos com os ACS, contratando apenas um por equipe, tendo em vista que o valor repassado pelo governo federal é inferior ao gasto que o gestor municipal tem com os ACS mesmo que ele pague somente o piso e não garanta nenhum outro benefício. Assim, a perspectiva é de redução da quantidade de ACS via demissão dos mesmos, impactando em milhares de trabalhadores formados exclusivamente para atuar no SUS (Pinto, 2018).

Além disso, com estas mudanças, o processo de trabalho das eSF também é afetado, cada vez mais teremos eSF sem cobertura integral de ACS, os demais profissionais da equipe não poderão contar com os mesmos para determinados usuários e famílias para complementar/desenvolver ações de educação em saúde, apoiar o acompanhamento no uso de medicamentos e outras prescrições, ajudar no processo de fortalecimento do autocuidado e da

rede social de apoio, promover e acompanhar a adesão ao plano de cuidado, ou ainda monitorar o surgimento de sinais de risco que recomendem o retorno do usuário ao serviço.

Desta forma, altera-se o processo de trabalho e modelo de atenção na ESF, pois, para alguns usuários e microáreas sequer teriam condições de fazer busca ativa de uma usuária com exame de colo de útero alterado, exigindo medidas outras que, inclusive, a PNAB-2017 e o discurso oficial não tratam (Pinto, 2018).

Estes são alguns dos efeitos colaterais das alterações vinculadas à publicação da nova PNAB de 2017. Em relação ao processo de trabalho do ACS, (Melo, et al., 2018) reiteram que, de fato, houve mudanças significativas. É fato que algumas discontinuidades influenciaram demasiadamente na atuação deste profissional, como a não definição do número mínimo de ACS por equipe, passando a 01 ACS por equipe, bem como suas atribuições, que foram alteradas com a nova PNAB (Melo, et al., 2018).

(Pinto, 2018) aponta que os “silêncios” existentes na nova PNAB publicada em 2017 funcionam como desregulamentações, cujo caso mais evidente e com repercussões mais importantes é a supressão do número mínimo de ACS por equipe de saúde. Além disso, salienta que há mudanças que alteram, criam ou anunciam a criação posterior de instrumentos de políticas públicas que apontam para a despriorização da ESF, depois de mais de 20 anos sendo o principal modelo de organização da AB no Brasil, e para o retorno potencial de uma atenção primária seletiva e restrita.

(Morosini, Fonseca & Lima, 2018) demonstraram preocupação com retrocessos em relação à construção de uma APS integral, que vinha direcionando o modelo de Atenção Básica baseado na ESF, reiterando as controversas em relação à nova configuração da APS no Brasil a partir da nova PNAB. Neste momento, é necessário avaliar o impacto das mudanças na operacionalização do trabalho dos ACS nos municípios brasileiros.

No contexto das políticas de saúde, a avaliação é uma das tecnologias de gestão com maior capacidade de apoiar decisões racionais e de apresentar as melhores soluções para corrigir problemas relativos à implementação de políticas, programas e processos cotidianos. Ao tratar do processo de trabalho das equipes, a PNAB destaca a avaliação como uma atribuição de todos os profissionais da ESF, o que aponta para o deslocamento da avaliação dos gabinetes dos planejadores para o cotidiano dos trabalhadores da saúde (Fonseca & Mendonça, 2014).

Na prática, os municípios brasileiros vêm tendo impactos com as mudanças da última PNAB em relação à atuação dos ACS, interferindo diretamente no trabalho da equipe na ESF. Aliado a este fato, salienta-se a complexidade em estabelecer processos avaliativos ao

trabalho do ACS, já que a avaliação do trabalho do ACS nos municípios geralmente é feita pelo enfermeiro da equipe, inexistindo outra forma de medir se as ações realizadas estão compatíveis com o que é preconizado pela legislação vigente.

Diante deste cenário, a presente pesquisa tem como objetivo avaliar o processo de trabalho dos ACS do município de Araranguá, comparando a atuação e o processo de trabalho deste profissional antes e depois da publicação da PNAB de 2017.

2. Metodologia

Esta pesquisa caracteriza-se por ser um estudo quantitativo, transversal, descritivo e analítico. Conforme descrevem (Pereira, et al., 2018), nos métodos quantitativos, faz-se a coleta de dados quantitativos ou numéricos por meio do uso de medições de grandezas e obtém-se por meio da metrologia, números com suas respectivas unidades. Estes métodos geram conjuntos ou massas de dados que podem ser analisados por meio de técnicas matemáticas como é o caso das porcentagens, estatísticas e probabilidades, métodos numéricos, métodos analíticos e geração de equações e/ou fórmulas matemáticas aplicáveis a algum processo. Este enfoque matemático torna-se importante por possibilitar a previsão dos acontecimentos e a comparação dos dados.

O estudo foi realizado com ACS contratados pela Prefeitura Municipal de Araranguá/SC. Os dados foram coletados através de entrevistas estruturadas, nas 15 UBS do município de Araranguá/SC, durante o período de junho de 2017 até maio de 2018.

Foram incluídos no estudo ACS que aceitaram participar da pesquisa, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os ACS em período de férias, licença ou outro tipo de afastamento.

Para a coleta de dados foi utilizado um protocolo de entrevista elaborado pelos autores contendo perguntas fechadas sobre o processo de trabalho dos ACS atuantes no município. A entrevista teve 3 fases:

Fase 1: entrevista com o ACS e preenchimento do questionário direcionado ao seu processo de trabalho. Pretendeu avaliar o conhecimento do ACS em relação ao seu próprio processo de trabalho.

Fase 2: entrevista com 2 moradores de residências distintas sobre a atuação dos ACS através do Instrumento de averiguação de visita domiciliar. Pretendeu averiguar o processo de trabalho do ACS durante a visita domiciliar e foi direcionado a um dos integrantes de uma das famílias atendidas pelo ACS.

Fase 3: entrevista a um funcionário da UBS sobre a atuação dos ACS através do Instrumento de averiguação na Unidade de Saúde de referência. Pretendeu averiguar o processo de trabalho do ACS na UBS de referência e foi direcionado a um dos profissionais que trabalhavam na UBS onde o ACS exercia sua atividade.

A coleta de dados foi realizada por acadêmicos do curso de Fisioterapia da UFSC acompanhados da professora e de um profissional da UBS. Os acadêmicos entrevistadores foram devidamente capacitados para a aplicação do questionário.

Primeiramente, os ACS foram procurados nas UBS e se estivessem no local, respondiam o questionário (Fase 1). No caso dos ACS estarem em visita domiciliar, uma dupla de pesquisadores foram ao encontro dos ACS no domicílio em que estavam, acompanhados de um funcionário da UBS, onde aplicavam a entrevista aos ACS (Fase 1). Após escolhia-se de forma aleatória dois usuários distintos, os entrevistadores se direcionavam as residências e aplicavam o questionário com perguntas referentes ao ACS (Fase 2). Depois, os pesquisadores voltavam para a UBS para entrevistar um funcionário (Fase 3).

Os agentes de saúde que não foram encontrados nem na UBS nem em visita domiciliar, na primeira tentativa, foram marcados como “não respondeu”.

Os dados foram compilados de maneira aleatória por período, antes e depois da reformulação da nova PNAB e analisados utilizando o software Microsoft Excel® para a elaboração de planilhas.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, foi aprovado e está inscrito sob o número CAAE86582018.0.0000.0121. Esta pesquisa também foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de Araranguá, com assinatura de Termo de Anuência.

3. Resultados e Discussões

Araranguá é um município situado no extremo sul de Santa Catarina, cuja população corresponde a 67.110 habitantes (IBGE, 2017). Destes, 51.908 são cadastrados, apresentando uma cobertura estimada de 80,34%, sendo que a população adscrita recomendada por equipe é de 2.500 pessoas segundo Ministério da Saúde.

A rede de saúde no município está estruturada com 15 eSF, sendo distribuídas em 15 Unidades Básicas de Saúde. Ainda, há atuação de uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da

Família (NASF), um Serviço de Atendimento Especializado - SAE (DST/HIV/AIDS/Hepatitis), um Centro de Apoio Psicossocial - CAPS e Saúde Mental, um Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD-Programa Melhor em Casa) (Martins, et al., 2020).

Em Araranguá, segundo dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, até 2017 o número total de ACS contratados era de 119 profissionais, distribuídos nas equipes da ESF. No entanto, depois da publicação da PNAB em 2017, este número foi reduzido para 35 profissionais (CNES, 2019). Foram demitidos 82 ACS no município, como consequência das prerrogativas desta política, a qual modifica o número mínimo de ACS por equipe. Conforme salientou (Pinto, 2018), a perspectiva de redução da quantidade de ACS via demissão dos mesmos já era uma medida esperada. É evidente o impacto que isso pode representar na vida dessas dezenas de trabalhadores e trabalhadoras formados exclusivamente para atuar no SUS, ainda mais em um contexto de nível de desemprego recorde.

Foram entrevistados 19 ACS quando ainda vigorava a PNAB 2011 (junho a setembro de 2017) e 14 ACS após a publicação da PNAB em 2017 (outubro a maio de 2018). Desta forma, podemos comparar o processo de trabalho dos ACS antes e depois das novas recomendações. A Tabela 1 demonstra os resultados da aplicação da Fase 1 da pesquisa, em relação ao conhecimento do ACS sobre seu próprio processo de trabalho.

Tabela 1 – Descrição comparativa das respostas sobre o Conhecimento do ACS sobre seu próprio processo de trabalho.

Perguntas	PNAB 2012 (N = 19)					PNAB 2017 (N = 15)						
	Sim (N - %)		Não (N - %)		Não respondeu	Sim (N - %)		Não (N - %)		Não respondeu		
Pontos questionados ao ACS												
Conhecimento da área de abrangência	16	84,21%	0	0,00%	3	15,79%	11	73,33%	1	6,67%	3	20,00%
Conhecimento do período de trabalho	16	84,21%	0	0,00%	3	15,79%	12	80,00%	0	0,00%	3	20,00%
Realizou visita domiciliar neste momento?	12	63,16%	4	21,05%	3	15,79%	5	33,33%	4	26,67%	6	40,00%

Conhece as áreas de risco pertencentes ao seu território?	13	68,42%	3	15,79%	3	15,79%	11	73,33%	1	6,67%	3	20,00%
Conhecimento referente à gestante mais próxima, você teria o cadastro da mesma?	9	47,37%	7	36,84%	3	15,79%	11	73,33%	1	6,67%	3	20,00%
Conhecimento referente à criança mais próxima, você teria o cadastro da mesma?	16	84,21%	0	0,00%	3	15,79%	12	80,00%	0	0,00%	3	20,00%
Você possui algum usuário portador de tuberculose ou hanseníase?	1	5,26%	15	78,95%	3	15,79%	2	13,33%	10	66,67%	3	20,00%

Fonte: Autores (2019).

Em relação ao conhecimento da área de abrangência e conhecimento do seu período de trabalho, a maioria dos respondentes tinham conhecimento, tanto antes quanto depois de a nova PNAB vigorar. Provavelmente, isso se deve ao fato de que os mesmos ACS já atuavam no município há um tempo, não sendo fruto de novas contratações.

No entanto, houve diferença significativa em relação à pergunta sobre a realização de visita domiciliar no momento da entrevista. Com a PNAB 2011, 63,16% dos ACS entrevistados encontravam-se em residências realizando a visita domiciliar. Nas entrevistas que ocorreram depois, com a nova PNAB 2017, apenas 33,33% encontravam-se em visita domiciliar no momento da entrevista.

Conforme (Morosini & Fonseca, 2018), a visita domiciliar era considerada a atividade de maior importância para os ACS, compondo a sua rotina de trabalho. Neste sentido, o lócus de atuação prioritário era o território, e a visita domiciliar era a estratégia principal. A partir da publicação da nova PNAB, explicitou-se um redirecionamento nas diretrizes do trabalho

do ACS, que passou a ser dentro da unidade de saúde. Esta mudança gera impacto no sentido do trabalho do ACS, que passa a ser mais burocrático e operacional dentro da unidade.

Em relação ao conhecimento sobre as áreas de risco, sobre as gestantes, crianças e doentes crônicos mais próximos da UBS e atendidos pelo ACS, tanto aqueles entrevistados durante a vigência da PNAB 2011 quanto da PNAB 2017 demonstraram ter conhecimentos sobre tais fatos. Isso se justifica pelo fato dos ACS já atuarem no município e terem conhecimento sobre os temas perguntados.

A Tabela 2 descreve os resultados da aplicação da Fase 2 da pesquisa, em relação ao conhecimento dos moradores sobre o processo de trabalho do ACS.

Tabela 2 – Descrição comparativa das respostas sobre o conhecimento dos moradores sobre o processo de trabalho do ACS.

Perguntas	PNAB 2012 (N = 38)						PNAB 2017 (N = 30)					
	Sim (N - %)		Não (N - %)		Não respondeu		Sim (N - %)		Não (N - %)		Não respondeu	
Você conhece o ACS que faz visita no seu domicílio?	24	63,16%	9	23,68%	5	13,16%	21	70,00%	7	23,33%	2	6,67%
O ACS visitou sua residência há menos de 30 dias?	21	55,26%	13	34,21%	4	10,53%	11	36,67%	14	46,67%	5	16,67%
O ACS utiliza algum tipo de uniforme?	26	68,42%	5	13,16%	7	18,42%	21	70,00%	7	23,33%	2	6,67%
Você considera positivas as orientações que recebe do ACS?	25	55,26%	4	10,53%	9	23,68%	23	76,67%	2	6,67%	5	16,67%

Fonte: Autores.

Em relação à pergunta “Você conhece o ACS que faz visita no seu domicílio?”, não houve diferença significativa em relação às respostas, possivelmente porque os ACS não são

novos funcionários e não houve contratações depois da PNAB 2017, sendo já conhecidos da população.

Sobre a questão “O ACS visitou sua residência há menos de 30 dias?”, verifica-se uma diferença nas respostas. Durante a vigência da PNAB 2011, 55,26% dos moradores entrevistados responderam que receberam visita do ACS há menos de 30 dias. Depois, na PNAB 2017, apenas 36,67% respondeu ter recebido a visita do ACS no último mês. Isso corrobora com a alteração no processo de trabalho do ACS, que passou a desempenhar mais atividades de cunho administrativo dentro da unidade.

Sobre os questionamentos em relação ao uniforme, verificou-se que as respostas foram muito parecidas. Sobre o impacto positivo das orientações dos ACS para os moradores, verificou-se que ainda é maior com a PNAB 2017.

A Tabela 3 descreve os resultados da aplicação da Fase 3 da pesquisa, em relação ao conhecimento dos funcionários da UBS sobre o processo de trabalho do ACS.

Tabela 3 – Descrição comparativa das respostas sobre o conhecimento dos funcionários da UBS sobre o processo de trabalho do ACS.

Perguntas	PNAB 2012(N = 19)					PNAB 2017(N = 15)						
	Sim (N - %)		Não (N - %)		Não respondeu	Sim (N - %)		Não (N - %)		Não respondeu		
Você conhece o ACS?	18	94,74%	0	0,00%	1	5,26%	14	93,33%	0	0,00%	1	6,67%
Você conhece o período de trabalho do ACS?	18	94,74%	0	0,00%	1	5,26%	14	93,33%	0	0,00%	1	6,67%
Você conhece as áreas de risco pertencentes ao ACS?	5	26,32%	13	68,42%	1	5,26%	6	40,00%	8	53,33%	1	6,67%
O ACS é visto positivamente pelos usuários na sua micro área?	12	63,16%	4	21,05%	3	15,79%	9	60,00%	4	26,67%	1	6,67%

Fonte: Autores.

Em relação às perguntas feitas aos funcionários sobre o processo de trabalho do ACS, o que ficou mais evidenciado nas respostas foi em relação ao aumento do conhecimento das áreas de risco a partir da PNAB 2017, pois os ACS passaram a fazer visitas domiciliares apenas para moradores de áreas de risco.

A PNAB 2017 destaca que, em áreas de risco e vulnerabilidade social, incluindo de grande dispersão territorial, o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população, com um máximo de 750 pessoas por agente, considerando critérios epidemiológicos e socioeconômicos (Morosini, Fonseca & Lima, 2018). Entretanto, não define o que sejam estas áreas de risco.

4. Considerações Finais

O ACS desempenha papel fundamental dentro da ESF, portanto, conhecer seu processo de trabalho é necessário para elaboração de estratégias e criação de políticas públicas que visem contemplar aos usuários. Nesse sentido, este estudo buscou investigar o processo de trabalho sob a perspectiva do ACS, a concepção do usuário do serviço e por último o ponto de vista de um funcionário da UBS. Além disso, por tratar-se de um período de transição e estruturação para a PNAB 2017, este estudo nos permitiu uma descrição comparativa.

Os resultados evidenciados permitem concluir que as mudanças da PNAB 2017 interferiram diretamente na atuação dos ACS. Apesar da pesquisa ter sido realizada justamente no período de transição na atualização da PNAB implantada em 2017, fica claro o impacto no âmbito da cobertura assistencial, sobretudo em relação ao objeto de trabalho do ACS, que deixou de executar atividades na comunidade, como as visitas domiciliares, e passou a desempenhar um papel mais administrativo com atividades dentro da UBS.

Como sugestões para trabalhos futuros, destaca-se a importância na elaboração de novos estudos comparativos em longo prazo para identificar outras possíveis lacunas, como buscar conhecer através do olhar dos usuários o impacto das mudanças da política no seu cotidiano. Ainda, novas pesquisas podem analisar os efeitos da nova PNAB no processo de trabalho dos ACS e nos reflexos das mudanças na equipe de saúde.

É importante enfatizar que a literatura disponível possui lacunas em relação a existência de questionários validados para pesquisas no processo de trabalho dos ACS. Neste sentido, o instrumento avaliativo utilizado neste trabalho pode servir como parâmetro para pesquisa em outros municípios brasileiros.

Por fim, destaca-se a necessidade de qualificação não só dos ACS, mas também da equipe da ESF, visando à melhoria na cobertura dos usuários, levando em consideração as mudanças estruturais vigentes.

Referências

Brasil, S. F. (1988). Constituição da república federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico.

Brasil. Ministério da Saúde. (2010). Memórias da saúde da família no Brasil.

Brasil. (2011). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, (204).

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). 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).

Brasil. (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).

Castro, T. A. D., Davoglio, R. S., Nascimento, A. A. J. D., Santos, K. J. D. S., Coelho, G. M. P., & Lima, K. S. B. (2017). Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. Cadernos Saúde Coletiva, 25(3), 294-301.

Fonseca, A. F., & Mendonça, M. H. M. D. (2014). A interação entre avaliação e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para pensar sobre o trabalho educativo. Saúde em Debate, 38, 343-357.

Giugliani, C., Harzheim, E., Duncan, M. S., & Duncan, B. B. (2011). Effectiveness of community health workers in Brazil: a systematic review. *The Journal of ambulatory care management*, 34(4), 326-338.

IBGE. (2017). Recuperado de <https://cidades.ibge.gov.br/>

Martins, A. P. L., Negro-Dellacqua, M., de Lima Guedes, A. L., de Sousa, I. F., Biff, D., Elias, E., & de Sousa Junior, A. R. (2020). Perfil dos profissionais da Atenção Básica no Município de Araranguá/SC. *Research, Society and Development*, 9(8), e261985668-e261985668.

Melo, E. A., Mendonça, M. H. M. D., Oliveira, J. R. D., & Andrade, G. C. L. D. (2018). Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, 42, 38-51.

Morosini, M. V. G. C., Fonseca, A. F., & Lima, L. D. D. (2018). Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 42, 11-24.

Morosini, M. V., & Fonseca, A. F. (2018). Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde em debate*, 42, 261-274.

Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [e-book]. Santa Maria. Ed. UAB/NTE/UFSM. Recuperado de https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf.

Pinto, H. A. (2018). Análise da mudança da Política Nacional de Atenção Básica. *Saúde em Redes*, 4(2), 191-217.

Secretaria Municipal de Saúde. (2014, 17 de outubro). *Unidades de Saúde de Araranguá, SC*. <https://www.ararangua.sc.gov.br/cms/pagina/ver/codMapaItem/45928>.

Silva, J. A. D., & Dalmaso, A. S. W. (2002). O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 6, 75-83.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Anelise Dorneles Alves – 40%

Iane Franceschet de Sousa – 20%

Daiane Biff – 20%

Evelyn Elias – 20%