



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA**
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
BACHARELADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Maria Daniele Santos Souza

**O SUS COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: A PERCEPÇÃO E MOTIVAÇÃO
DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM REDENÇÃO – CE**

REDENÇÃO

2021

Maria Daniele Santos Souza

**O SUS COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: A PERCEPÇÃO E MOTIVAÇÃO DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM REDENÇÃO – CE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Administração Pública do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas da UNILAB, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Administração Pública.

ORIENTADORA: PROFA. DRA. ANDREA YUMI SUGISHITA KANIKADAN

REDENÇÃO

2021

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

Souza, Maria Daniele Santos.

S729s

O SUS como políticas pública de saúde: a percepção e motivação dos Agentes Comunitário de Saúde em Redenção- Ce / Maria Daniele Santos Souza. - Redenção, 2021.
48f: il.

Monografia - Curso de Administração Pública - Semestral, Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2021.

Orientadoar: Prof.^a Dr^a. Andrea Yumi Sugishita Kanikadan.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Agente comunitário de saúde. 3. Política pública de saúde. I. Título

CE/UF/BSCA

CDD 614

MARIA DANIELE SANTOS SOUZA

**O SUS COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: A PERCEPÇÃO E
MOTIVAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM REDENÇÃO
– CE**

Monografia julgada e aprovada para a obtenção do Diploma de Graduação em Administração Pública da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

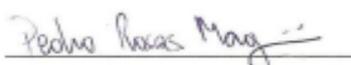
Data: 14/04/2021

Nota: 9,0

Banca Examinadora



Profa. Dra. Andrea Yumi Sugishita Kanikadan
Orientadora



Prof. Dr. Pedro Rosas Magrini



Profa. Dra. Rosalina Semedo de Andrade Tavares

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser meu guia nessa jornada, a minha mãe Maria de Fátima, grande incentivadora e maior exemplo da minha vida. Sobretudo aos meus amados irmãos que são minha fonte de inspiração, essa conquista é de vocês.

Gratidão eterna.

AGRADECIMENTOS

Agradeço este trabalho primeiramente a Deus, que me deu o dom da vida, que me deu saúde e forças para superar todos os momentos difíceis a que eu me deparei ao longo da minha graduação.

A minha mãe Maria de Fátima um agradecimento especial, por ser essencial em minha vida, que sempre esteve ao meu lado me apoiando incondicionalmente ao longo dessa trajetória e me incentivando a ser uma pessoa melhor e nunca desistir dos meus sonhos. Mamãe essa vitória é toda sua!

Agradeço ao meu pai Antônio Gadelha que nunca acreditou em mim, que nunca confiou em minha capacidade e tão pouco na Universidade. Pai, foi graças a sua falta de incentivo, que eu decidi acreditar no meu potencial, a lutar incansavelmente, persisti dia após dia e hoje estou aqui formada e pela Unilab. Eu venci! Sua filha está formada SIM. Valeu papai!

Agradeço a minha avó Maria Socorro que é exemplo de determinação e luta, que me ensinou valores importantes e contribuiu com minha educação. Agradeço toda minha família, em especial aos meus irmãos Sônia e Luiz que nunca mediram esforços para me ajudar.

Agradeço aos meus sobrinhos Guilherme, Gustavo, Láysa Gabrielle e Luís Gabriel que amo muito.

Agradeço a minha prima Sabrina por sempre me socorrer com as disciplinas de direito, e minha prima Mari que mesmo sem entender nada, ainda tão pequena, mas estava ali todos dias comigo, me dando forças e apoio nas horas de desespero e loucura.

Agradeço as minhas amadas tias Maria dos Santos e Antônia dos santos que estiveram comigo nesta caminhada, que contribuíram para o meu amadurecimento, formação humana, acadêmica e espiritual.

Agradeço ao meu namorado Itamar pelo carinho, companheirismo, compreensão, que ao longo desses anos não só me deu forças, mas apoio para vencer essa etapa da vida acadêmica. Obrigada meu amor.

As amigas Aparecida, karyne, Jéssica, Natália e Taylane que permitiram que a cada dia nossa caminhada fosse mais prazerosa, cada uma teve uma contribuição valiosa durante toda minha jornada.

E a todos os meus amigos que direta ou indiretamente participaram da minha formação, meu eterno agradecimento.

Agradeço a todos os meus professores que durante anos compartilharam seus conhecimentos comigo. Em especial a minha orientadora Prof. Dra. Andrea Kanikadan que com muita paciência e dedicação foi essencial para realização deste trabalho.

Agradeço a Universidade Internacional da Integração da Lusofonia AfroBrasileira- UNILAB que me proporcionou a chance de expandir novos horizontes. Esse tcc é de todos vocês!

Nada na verdadeira soberania de uma nação livre, justifica a perversa política pública da desigualdade, da mais ignorância e da deseducação.

Ricardo Vianna Barradas

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

PCCV- Plano de Carreira, Cargos e Vencimento.

PNACS- Programa Nacional de Agentes Comunitários

PACS- Programa Agente Comunitários de Saúde

PAS- Programa de Agentes de Saúde

PSF- Programa de Saúde da Família

SUS- Sistema Único de Saúde

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica

RBD- Reforma Sanitária Brasileira

VD- Visita Domiciliar

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar o papel das Políticas Públicas em Saúde, os avanços e desafios relacionados a motivação do trabalho dos agentes comunitários de saúde-ACS em Redenção (CE), na perspectiva de política pública nacional de saúde, considerando os referenciais do SUS, estratégias para o planejamento e desenvolvimento de ações de saúde no município. Será realizado uma pesquisa de campo de caráter qualitativa junto a secretaria de saúde do município de Redenção, com aplicação de questionário individual referente ao serviço do ACS, suas competências, motivações e o processo de trabalho. Deste modo, caracterizou-se a percepção do agente comunitário de saúde, a partir de alguns elementos com base no referencial teórico, permitindo perceber as dificuldades e desafios dos profissionais da área quanto ao sistema único de saúde no município, bem como identificar as melhorias de acesso, qualidade, importância do profissional pela relevância de seu trabalho na vigilância e promoção da saúde. A escolha pela modalidade da pesquisa se fundamenta na história de vida, sendo que a mesma se insere na pesquisa de abordagem qualitativa. Os resultados apontaram para uma profissional responsável, consciente de seu papel no exercício de sua função, reconhece a importância do SUS nesse processo e acredita que apesar das dificuldades as respostas positivas surgirão.

Palavras-chaves: SUS. Agentes Comunitário de saúde- ACS. Políticas Públicas de Saúde

ABSTRACT

This article aims to analyze the role of Public Health Policies, the advances and challenges related to the motivation of the work of community health agents - CHA in Redenção (CE), from the perspective of national public health policy, considering the referentials of the SUS, strategies for planning and developing health actions in the municipality. A qualitative field research will be carried out with the health department of the municipality of Redenção, with the application of an individual questionnaire referring to the ACS service, its competencies, motivations and the work process. Thus, the perception of the community health agent was characterized, based on some elements based on the theoretical framework, allowing to perceive the difficulties and challenges of professionals in the area regarding the single health system in the municipality, as well as to identify improvements in health. access, quality, importance of the professional due to the relevance of his work in health surveillance and promotion. The choice for the research modality is based on life history, and it is inserted in the research with a qualitative approach. The results pointed to a responsible professional, aware of her role in the exercise of her function, recognizes the importance of SUS in this process and believes that despite the difficulties, positive responses will emerge.

Keywords: SUS. Community health agents- ACS. Public Health Policies

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 A SAÚDE COMO POLITICA PÚBLICA.....	15
2.2 SUS COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: HISTÓRIA E PERSPECTIVA	16
2.3 GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE: SUS COMO DIREITO DO CIDADÃO E DEVER DO ESTADO	18
2.4 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO SUS.....	20
3. PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS)	22
3.1 AGENTES DE SAÚDE NO BRASIL	22
3.2 AGENTES DE SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ	23
3.3 A MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SUS.....	24
3.4 O MUNICÍPIO DE REDENÇÃO	26
3.5 O AGENTE COMUNITÁRIO NO MUNICÍPIO DE REDENÇÃO	28
4. METOLOGIA DA PESQUISA	31
4.1 CENÁRIO DA PESQUISA	34
4.2 MOMENTO DAS ENTREVISTAS.....	35
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	36
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICE	47

1. INTRODUÇÃO

É importante ressaltar que Brasil é um país latino-americano populoso, extenso, economicamente com uma característica bastante peculiar quando se fala em desigualdade social, por ser um país de grandes dimensões territoriais sua desigualdade social já surge desde o período colonial, quando ainda vivia sob o domínio dos burgueses e concomitantemente um povo que vivia subjugado aos desejos de seus senhores corroborou para que este quadro fosse se agravando e ainda hoje se percebe essas disparidades econômicas tão latentes em todas as regiões do país. Superadas pela modernização capitalista entre 1930 e 1980, caracterizada pela industrialização em segmentos estratégicos, em geral sob regimes autoritários, e escassa redistribuição social (FURTADO, 1999).

Ainda segundo Furtado (1999) a partir dos anos 80, a saúde pública no Brasil, passa a ser percebida como um direito. Um dos movimentos que teve suma importância para essa percepção foi o sanitarista, movimento esse que reuniu vários segmentos, compostos por enfermeiros, médicos, intelectuais, partidos políticos, dentre outros. Uma série de estudos acadêmicos voltados para o tema, também contribuíram para essa visão mais social da saúde.

Com esse amadurecimento progressivo, as políticas públicas nesta área de extrema importância para o desenvolvimento de qualquer nação, foram sendo aperfeiçoados ao longo do tempo. É inquestionável que o debate sobre o tema, tem que ser algo a ser buscado incansavelmente, tendo em vista que, através destes debates os governos são impulsionados a buscar cada vez mais melhorias e legislar sobre esse tema (SOUZA, 2006).

As políticas públicas são percebidas como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rimo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2006, p. 26).

As políticas públicas voltadas à saúde no Brasil passam a ter um protagonismo maior com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a implantação do SUS o acesso a rede pública de saúde tornou-se mais igualitário e de abrangência nacional. Com esse ímpeto de tornar a saúde pública no Brasil cada vez mais abrangente e de maneira a atender a todos, juntamente com a criação do SUS, o Ministério da Saúde implementou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 (SOUZA, 2006).

No Ceará tivemos um trabalho pioneiro, o Programa de Agentes de Saúde (PAS), que surgiu em decorrência da seca no sertão cearense. Mulheres eram selecionadas para o trabalho e as mesmas tinham que ser pobres, pois isso dava a elas a garantia de um sustento em meio à seca, também teriam que ter capacidade para exercer o trabalho, conhecidas e respeitadas pela comunidade, independentemente da escolaridade.

Ao longo do tempo, estes programas, ora citados, foram se aperfeiçoando e se expandido por todo território nacional como também por todo o Estado do Ceará. Não obstante o Município de Redenção aderiu a essa política pública de saúde, onde de maneira mais específica será abordada neste trabalho.

Os estudos e questionário que serão realizados neste trabalho tem o objetivo de analisar a percepção sobre a motivação do trabalho dos agentes comunitários de saúde no município de Redenção. Foi utilizada como metodologia de pesquisa a motivação no SUS, sobretudo dos agentes comunitários de saúde. Este estudo tem caráter descritivo com abordagem qualitativa.

Para tal, além deste capítulo introdutório, o presente trabalho possui em sua estrutura intitulada da seguinte forma: procedimentos metodológicos utilizados, referencial teórico divididos em três sessões que são: O SUS, SUS como direito do cidadão e dever do Estado, e os Agentes de Saúde no Município de Redenção- CE, apresentação dos resultados e discussões e por fim, breves considerações finais a respeito das políticas públicas de saúde e percepção do agente comunitário de saúde do Município de Redenção-CE, seguido das referências utilizadas na pesquisa e apêndice.

O presente trabalho fundamenta-se uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, que será realizada com um agente comunitário de saúde, junto a secretaria de saúde do município de Redenção-CE, no período de 2021. Também de maneira autêntica, traz um olhar analítico e crítico da situação dos agentes comunitários de saúde no Município de Redenção e o impacto na sociedade civil.

Nesse contexto, esta pesquisa pretende averiguar a realidade quanto aos serviços dos agentes comunitários saúde e aspectos avançados dos padrões convencionais de gestão, uma vez que praticados no âmbito da gestão pública Municipal de Redenção-CE, busca entender a percepção dos agentes ocupantes de cargos públicos quanto à motivação sobre seu trabalho.

Deste modo, os dados deveram ser coletados por meio de uma entrevista, utilizando um roteiro composto por questões objetivas, feitas a um agente comunitário do Município. Seus achados deveram colaborar na realização de um melhor aperfeiçoamento da administração

pública local em relação ao trabalho dos agentes comunitário de saúde, gerando melhorias para alcançar eficiência e eficácia administrativa, motivação diária para o agente, e proveito para o uso de políticas públicas voltadas para saúde pública, assim como, assegurar o direito à saúde gratuita para toda a população brasileira.

O questionário foi enviado via plataforma digital *Google Docs*, para o agente comunitário tendo em vista as questões do isolamento social, por conta da pandemia do Novo Corona Vírus da Covid-19. A identificação da entrevistada no texto será mantida em anonimato e conseqüentemente representada pelas letras ACS de agente comunitário de saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste tópico apresentaremos algumas considerações acerca da Saúde como Política pública no Brasil, numa perspectiva histórica e cultural até a implantação do SUS e sua operacionalização no Estado brasileiro.

2.1 A SAÚDE COMO POLITICA PÚBLICA

As políticas públicas, por conceito, são programas, ações e decisões de iniciativa do governo nacional, estadual ou municipal que estão diretamente ligadas aos cidadãos. São também um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público (BOTAZZO, C. 1999).

No Brasil, as políticas públicas de saúde orientam-se desde 1988, conforme a Constituição Federal promulgada neste ano, pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um sistema único de saúde no território nacional. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, ao adotar o modelo de seguridade social para assegurar os direitos relativos à previdência, saúde e assistência social, determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

Vale esclarecer que nesse período a política voltada para a saúde pública apresentava duas tendências, uma voltada para o controle de doenças mais comuns já evidenciadas, e enquanto a outra estava centralizada em uma ação mais específica onde trabalhadores do mercado formal urbano, ou seja, aqueles mais abastados economicamente, diferente da grande maioria da população recebiam assistências de suas empresas da qual ambos tinha direito a um atendimento mais qualificado por assim dizer, enquanto os mais pobres eram esquecidos e sem direito a um atendimento básico o que corroborou para a exclusão e conseqüentemente o aumento da desigualdade nesse setor (BRASIL, 1988).

A década de 80 trouxe um grande salto no que se refere as políticas públicas. Com a Reforma Sanitária em 1980 e a Constituição Federal de 1988, esses atos colocaram o cidadão em um lugar de protagonismo, tendo em vista que, a saúde, seria percebida em âmbito geral e não para algumas classes privilegiadas, ouve um apelo generalizado para que houvesse uma proposta abrangente, ao que se referia a Saúde.

Tendo a Constituição como base para segurança dos direitos dos cidadãos, o Sistema Único de Saúde (SUS), aparece nesse contexto como uma política pública que visa diretamente e efetivamente ofertar ao cidadão uma saúde universal que ampare a todos indistintamente.

2.2 SUS COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: HISTÓRIA E PERSPECTIVA

Antes da criação do SUS, o Estado brasileiro era ausente com à saúde da população, de fato o que se acreditava era que cada cidadão tinha a obrigação de tomar conta da sua saúde. Naquela época somente existia uma intervenção estatal em casos mais sérios e complicados que não era capaz ser solucionado pelo indivíduo ou que caracterizasse uma ameaça de epidemia a população ou a economia (BOTAZZO, C. 1999).

Em conformidade com o desenvolvimento do país e a convergência populacional nas grandes cidades, a saúde então começou a aparecer como uma questão social, e que pertence a todos. [...] a organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública; de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial (PAIM, 2009).

A reforma sanitária foi uma ação social que pertencia a todos e que protegia a democratização da saúde e reorganização do sistema de serviço, porém é necessário educar definitivamente os novos indivíduos que criarão avanços significativos na reforma sanitária brasileira (RSB) e implantar um sistema de saúde com uma maior eficácia, qualidade e mais adequado para a população que necessita continuamente do serviço. É necessário conhecermos um pouco da história da organização sanitária no Brasil para compreendermos por que o SUS representa uma conquista do povo brasileiro (PAIM, 2009).

Pode-se definir SUS como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. Deste modo, uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde no Brasil, de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos estabelecidos pela Constituição da República e pelas leis subsequentes (PAIM, 2009).

O SUS é a oficialização da conquista do direito de todos à saúde e a única possibilidade de atenção básica em saúde para milhões de brasileiros. É uma política pública estabelecida pela Constituição Brasileira que firmadas as ações e os serviços públicos de saúde dão existência a uma rede e firmam um sistema único (PAIM, 2009).

O sistema único de saúde pôs o Brasil em um nível de referência mundial conforme sua grandeza de alcance e competência, acrescido os seus paradigmas e princípios essenciais que são, integridade, universalidade e equidade. A finalidade do SUS vai desde um simples atendimento de rotina à casos extremamente complicados como consequência de falta fornecimento de medicamento de alto custo, más condições de saneamento, faltas de profissionais na área, dificuldade em realizar exames especializados e demora no agendamento de consultas (SANTOS, 2007).

Considerando o histórico das políticas públicas de saúde no Brasil com base no Sistema Único de Saúde, evidenciam-se que as perspectivas de desenvolvimento, aperfeiçoamento e expansão do sistema são extraordinárias. Diante do cenário de exclusão que existia no passado é possível comprovar que o sistema de saúde brasileiro deu um excelente avanço nas últimas décadas e assim, conseguiu tornar-se um modelo de sistema de saúde público universal no mundo (BOTAZZO, C. 1999).

A Implantação do Sistema único de saúde, na prática, encontrou diversas dificuldades, principalmente porque sua proposta era de descentralizar suas ações. Esta descentralização não pode ser realizada plenamente, pois Estados e municípios não possuíam recursos para fazê-la e os repasse fundo a fundo do governo federal eram insuficientes. Criou-se então um impasse, e a solução encontrada foi a adoção de portarias, chamadas de normas operacionais básicas, que estabeleciam responsabilidades sanitárias com metas, atribuições e prazos (BOTAZZO, C. 1999).

Atualmente o SUS, é um dos maiores programas de saúde pública do mundo e possui um dos maiores sistemas de atenção primária a saúde, que é o Programa de Saúde da Família (PSF). Este programa é constituído por uma equipe multidisciplinar formada por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O PSF propõe-se a reorganizar a prática assistencial a partir de ações preventivas e curativas em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura das doenças (SANTOS, 2007).

O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2007: 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações,

212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultrassons, tomografias e ressonâncias, 55 milhões de sessões de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de sessões de radioquimioterapia, 9,7 milhões de sessões de hemodiálise e o controle mais avançado da aids no terceiro mundo (IPEA, 1998).

São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos oitenta, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas (SANTOS, 2007).

Estes avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, com a criação e funcionamento das comissões Intergestores (Tripartite nacional e Bipartites estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, com a extinção do INAMPS unificando a direção em cada esfera de governo, com a criação e funcionamento dos conselhos de saúde, e fundamentalmente, com o belo contágio e a influência dos valores éticos e sociais da política pública do SUS perante a população usuária, os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os conselhos de saúde, levando às grandes expectativas de alcançar os direitos sociais e decorrente força e pressão social (SANTOS, 2007, p.57).

Mas é importante apontar que apesar dos avanços consideráveis com a criação do Sistema único de Saúde (SUS) ainda é visível as dificuldades regionais, tendo em vista já apresentado as desigualdades sociais existentes no país e que de certa forma impacta na vida da sociedade como um todo. As demandas são enormes e o contingente de recursos ainda não é o suficiente para sanar anos de descaso com a saúde pública.

Por isso a necessidade de se trabalhar para que as políticas de saúde possam alcançar as pessoas que realmente precisam do serviço, para tanto precisa que a gestão das mesmas funcione e que busquem identificar o público que realmente precisa e quais as principais demandas.

2.3 GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE: SUS COMO DIREITO DO CIDADÃO E DEVER DO ESTADO

A Constituição Federal é designada como constituição cidadã, que institui a saúde como direito de todos e dever do estado, e este dever é assegurado por intermédio de políticas públicas, políticas sociais e econômicas que tem em vista a diminuição do risco de doenças, outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e condições para sua promoção, proteção e recuperação a saúde (BRASIL, 1988).

Os fundamentais marcos legais e normativo para a resignação do SUS, destacando a expansão e complexidade das transições das mudanças propostas, foram a Constituição

Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde, de 1990. É no trecho da carta magna, que está exposto.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Art. 196).

O direito do cidadão. a saúde resulta na obrigação e dever do Estado, nas esferas da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, de proporcionar todas as ações e serviços imprescindíveis a realização desse direito, além de obrigação, o Estado tem a responsabilidade de prestar os serviços essenciais a devida assistência à saúde do cidadão, de modo a resguardar sua vida, com todas as condições necessárias e indispensáveis a uma existência digna (BRASIL, 1988).

Com isso, é indispensável por parte do gestor, procurar e obter políticas públicas sociais e econômicas de modo minimizar os agravos decorrente da ausência de cuidados para com a saúde do indivíduo e proporcionar meios de fomentar o acesso ao serviço da saúde de maneira igualitária, independente de cor, raça, religião ou classe social (TEIXEIRA & PAIM, 2005).

O SUS trouxe nova concepção de saúde e atenção no aspecto da prevenção, proteção e recuperação da saúde. Contudo, vale ressaltar que ao se tratar de mudanças no âmbito da saúde é preciso uma paciência histórica. Assim sendo, seria possível efetivar uma prática diferente num contexto em que a maioria das políticas são assistencialistas, emergenciais e com um perfil bastante pragmático em diversos aspectos.

É necessário perceber ainda que, há a [...] possibilidade de se intensificar o processo de participação e controle social do SUS, avançando-se na democratização do conhecimento, na reorientação das práticas e na melhoria das condições de saúde da população (TEIXEIRA & PAIM, 2005, p. 270).

De acordo com o autor participação e controle social possibilita a aproximação da sociedade com a saúde pública. Este processo também contribui com a democracia no âmbito da saúde, tendo em vista que este é um dos principais pontos buscado pelo SUS, qual seja, oferecer a todos uma saúde igualitária e digna, onde, os seus anseios e necessidades serão atendidos independentemente do seu perfil como cidadão (ARRETCHE, 2015).

2.4 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO SUS

Antes da Constituição Federal de 1988, o Brasil estava sob um governo ditatorial, onde as decisões eram centralizadas e autoritárias. O acesso à saúde pública no Brasil antes da criação do SUS era restrito aos empregados formais e os que contribuía com a Previdência Social, significa dizer que uma parcela considerável da população não tinha acesso a saúde. Nesse contexto a saúde tinha um caráter extremamente individualista e exclusivista (ARRETCHE, 2015).

Para melhor compreensão do estudo sobre participação e controle social, é de suma importância entender todos os aspectos e a historicidade que estão relacionadas ao período da ditadura militar, tendo em vista que o controle social era exercido pelo Estado. A relevância histórica nos mostra como políticas públicas são indispensáveis para qualquer sociedade contemporânea (ARRETCHE, 2015).

Quando falamos de participação e controle social, deve ser destacada a efetiva participação do cidadão quanto a monitorar, fiscalizar, avaliar, interferir na gestão estatal e não o inverso. Significa colocar o cidadão como protagonista nas ações públicas de saúde, afinal, o cidadão é o próprio favorecido no que se diz respeito à saúde nacional. Apesar do termo controle social, não podemos esquecer que este termo também é utilizado para definir o controle estatal (GUIZARDI *et al.*, 2004).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198, elenca algumas diretrizes do SUS, quais seja a descentralização, integralidade e a participação da comunidade. Essas diretrizes contribuem com a participação efetiva da população, com a organização e funcionamento do sistema. Tais diretrizes norteiam a saúde pública nacional e constroem um sistema igualitário que ampara a todos (BRASIL, 1988).

Tais diretrizes Constitucionais devem ser estimuladas, propostas e garantidas pelos dirigentes da saúde no país. Mais uma vez dando uma cidadania digna a cada brasileiro. Vale a pena mencionar o § único, artigo 1º da nossa Constituição Federal, que assevera: "Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição" (BRASIL, 1988).

Sendo o controle social uma importante ferramenta de democratização das organizações, busca-se adotar uma série de práticas que efetivem a participação da sociedade na gestão (GUIZARDI *et al.*, 2004).

Embora tenha sua previsão legal, a participação social se caracteriza por um invariável processo. Existe uma inconstância, ou seja, ao longo do tempo ela passa por avanços

e recuos. Essa inconstância faz com que a participação da sociedade seja cada vez mais efetiva, mobilizando a comunidade civil a intervir e se impor mediante o Estado.

Vale a pena ressaltar, ainda, que efetividade do controle social sobre as políticas públicas também estão em nível macroeconômico e político. Não a como tratarmos destes segmentos sem citarmos todo o ordenamento político e econômico do país, à medida que todos os ramos da sociedade passam por esses agentes, não obstante a saúde pública (GUIZARDI *et al.*, 2004).

Como vimos, a participação social e o controle social são indispensáveis para políticas públicas no âmbito da saúde. Partindo deste princípio, podemos facilmente fazer um paralelo entre a participação social e o PACS, pois este programa visa exatamente trazer a sociedade para o protagonismo da saúde pública no Brasil (ARRETCHE, 2015).

3. PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS)

Nesse capítulo apresentaremos o programa Agentes comunitários de Saúde (PACS) como este foi idealizado e como este é desenvolvido a nível de Brasil, Estado do Ceará e o Município de Redenção e entender qual a principal motivação desses profissionais para desenvolver seu trabalho num cenário como este, onde a saúde pública apresenta tantos demandas e nem sempre existe uma valorização destes profissionais.

3.1 AGENTES DE SAÚDE NO BRASIL

O trabalho do agente comunitário de saúde no Brasil está sendo reconhecido como potencial benéfico e está alavancando com destaque a cada dia melhor pelo grandioso papel que eles vêm desempenhando nas comunidades, revelando um impacto positivo nos resultados obtidos. Considerando o grande número de ACS¹ atuando no país, evidencia-se que o seu trabalho é de extrema relevância para o atual estágio do Brasil, pois vivenciam com diferentes demandas diariamente, tornando-se por esta razão, profissionais que merecem especial atenção.

O trabalho exercido pelo ACS é um dos fundamentos importantes para inserção dos princípios do SUS, logo:

A força de trabalho do ACS é imprescindível para consolidação dos princípios do SUS, pois torna a saúde mais acessível para uma camada da população desprovida de condições de arcar financeiramente com sua própria saúde e saúde da sua família, além de levar até o domicílio das pessoas as informações necessária no que diz respeito à saúde como modelo que privilegia a prevenção (BATISTA SANTANA et al., 2009, p.651).

Há inúmeras atribuições específicas para o exercício dos agentes comunitários de saúde com ênfase em expandir ações que consigam integração entre a equipe de saúde e a população, trabalhar com detalhamento de famílias em base geográfica indicada, a micro área, manter-se diariamente em contato com as famílias apresentando ações educativas, tendo em vista a promoção da saúde e a prevenção de doenças, registrar todas as pessoas e conservar os cadastro atualizado, instruir famílias quanto a importância e a finalidade dos serviços de saúde disponível, expor a necessidade e dialogar sobre a prevenção de doenças e agravos, por intermédio de visita domiciliares (MACHADO, CV. 2012).

¹ ACS: Agentes Comunitário de Saúde

De acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL 2011, p.13) são atribuições do Agente Comunitário de Saúde:

- Mapear sua área de abrangência; cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro;
- Identificar indivíduos e famílias expostas a situações de risco; identificar área de risco;
- Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário;
- Realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da atenção básica;
- Realizar, por meio de visitas domiciliar (VD), acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;
- Estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situação de risco;
- Desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;
- Promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras;
- Traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites;
- Identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipe;
- Preencher os instrumentos de informação do sistema de informação da atenção básica (SIAB)

Dada as funções exigidas para execução do trabalho, fica bastante claro a importância dos agentes comunitários para a saúde pública no Brasil, sobretudo na vida de cada brasileiro, que independente do seu local de habitação, pode contar com um agente, que irá garantir seu acesso à saúde pública, direito esse que está garantido em nossa Constituição Federal.

3.2 AGENTES DE SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ

No Ceará, podemos apontar como início deste trabalho o Programa Agente de Saúde (PAS), esse programa era financiado pelo Governo Federal, em caráter emergencial que visava amenizar os efeitos causados pela seca no sertão cearense. Os agentes eram eleitos pela comunidade para atuar junto à comunidade nas questões relacionadas a saúde familiar.

Nesse período, foram escolhidas aproximadamente 6,000 pessoas, em sua maior parte, mulheres pobres (MOROSINI et al., 2007). Após a seca de 1988, os recursos que eram utilizados para efetivação do programa se encerram, então, começa um movimento de voluntariado por parte de 150 agentes, tendo em vista o êxito do programa, o governo do Estado passa a financiar o programa (CASTRO et al., 2004). Vale apenas ressaltar que, essa iniciativa

motivou o Ministério da saúde a criar, em 1991, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), um ano após o PNACS passou a se chamar Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), terminologia utilizada até o presente (MOROSINI et al., 2007; BRASIL, 2011).

Como já mencionado, o Estado do Ceará, no que se refere ao trabalho do agente comunitário de saúde, teve um papel pioneiro. Sendo um dos primeiros estados do Brasil e do Nordeste a despontar nesta área, cada vez mais esse programa vem se aperfeiçoando no Estado. Partindo deste pressuposto, podemos asseverar a importância dada às questões ligadas às políticas públicas de saúde no Estado (SESA, 2005).

Infelizmente a realidade da saúde pública não só no Brasil como também no Ceará passa por diversas dificuldades, problemas esses que foram agravados com a pandemia do Novo Corona Vírus da Covid-19. Podemos constatar o quanto estamos distantes de um ideal de saúde pública, de maneira que venha atender a todos, sem que haja um colapso na rede pública. Não obstante, os agentes comunitários de saúde, são diretamente afetados por tais problemas e o que acarreta sua grande maioria a falta de motivação para o trabalho, considerando que as inúmeras demandas a eles atribuídas assim como a pouca valorização desses profissionais afeta diretamente sua disposição para o trabalho (MACHADO, CV. 2012).

3.3 A MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SUS

O tema da motivação dos profissionais de saúde com o sucesso de um Sistema tão amplo é indissociável, tendo em vista que a essência de qualquer organismo público é a mão de obra, ou seja, o profissional. Quando abordamos esse tema, estamos apontando a qualidade dos conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público serviço, e concomitantemente profissionais motivados tendem a desempenhar suas funções com maestria (AMARAL, 2011).

Os trabalhadores do SUS são fundamentais para a mudança e operacionalização dessa prática de saúde, faz-se necessário compreender e identificar suas necessidades e motivações com o trabalho. Os desafios encontrados diariamente pelos profissionais da área da saúde, muitas vezes os levam a uma sobrecarga, a uma responsabilidade excessiva, que por vezes fogem do seu controle e até mesmo compromete a sua integridade e não obstante podem afetar gravemente o trabalho em equipe (BRASIL, 2007).

Em um meio, onde, o trabalho em equipe é primordial, problemas relativos à motivação devem ser encarados como prioritários. Uma equipe é composta por indivíduos, onde, cada um tem seus interesses pessoais, suas necessidades, expectativas, busca por capacitação, reconhecimento, entre outros (AMARAL, 2011).

Ainda Segundo Amaral (2011) as pessoas são impulsionadas para a ação para satisfazer suas necessidades e as suas expectativas: “... se não podemos motivar ninguém, mas queremos ajudar outras pessoas a se motivar, precisamos oferecer-lhes os estímulos adequados, que as impulsionem a agir, usando suas próprias energias e disposição; isso implica gerar nessas pessoas algum desequilíbrio, insatisfação, desconforto, ou seja, uma necessidade.”

Para o autor motivação significa incomodar, ou seja, incentivar as pessoas a saírem da inércia, da acomodação, ao ponto desse ato gerar nas pessoas o estímulo necessário que elas precisam. Todos nós precisamos de algo ou alguém que nos motive, essa ação serve como mola propulsora que nos ajuda a alcançar um objetivo desejado. E ao se tratar de saúde pública e as políticas que existem objetivando melhorar a vida das pessoas oferecendo a estas um melhor atendimento surge assim as Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo estas que representam o primeiro contato de acolhimento do usuário e de formação de vínculos com as equipes de saúde, sendo local prioritário de exercício da clínica do cuidado. Compete-lhes também coordenar os fluxos das pessoas pelos serviços na rede de atenção, referendando o usuário para outros níveis de atendimento (AMARAL, 2011).

Para Botazzo (1999) os profissionais de saúde das UBS estão na porta de entrada do sistema, realizando atendimentos de Atenção Básica integral à população, fazendo triagem das demandas para os outros níveis e buscando respondê-las com eficácia e qualidade. Assim, a UBS representa um lugar exigente para o profissional de saúde.

E ao nos determos nesse fator considerando o espaço como um lugar exigente entende-se a necessidade de que tais profissionais possam ter instrumentos que facilitem o atendimento a essas pessoas, não só o equipamento instrumental, mas que tais profissionais possam ser reconhecidos pelo valor imensurável na questão do acolhimento com essas pessoas, um ambiente aprazível, um profissional respeitado em seu valor tanto com relação a suas condições de trabalho quanto da sua valorização financeira. E é exatamente essa visão que o relatório de gestão municipal de 2009, diz que “compromissos com a adoção de política de regulação no setor saúde ainda carecem de mecanismos como: remuneração adequada, condições de trabalho dignas, melhor estruturação de vínculos contratuais e de carreira no SUS, dentre outras questões” (SMS, 2009, p. 34).

O relatório de 2010 repete o mesmo texto, revelando a estagnação da situação. Frequentemente, veículos de comunicação têm denunciado descasos dos governos federal, estadual e municipal com relação ao setor saúde, revelando ser um problema em todos os níveis de gestão. Um ponto recorrente nos referidos boletins tem sido o Plano de Carreira, Cargos e Vencimentos (PCCV). Apesar de há muito tempo reivindicado pelos trabalhadores da saúde, somente em 2011 foi implementado, porém não como esperado, continuando como fonte de insatisfação (IPEA, 1998).

Entende-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) é a maior ação de política pública no âmbito da saúde que já foi elaborado no Brasil. Dada a sua importância, se faz, extremamente necessário compreender a sua complexidade e abrangência. Em uma sociedade que por vezes nos deparamos com injustiças e desigualdades, o SUS, que tem por pilares a equidade, integralidade e a universalidade, aparece nesse contexto de injustiças e desigualdades como amparo ou até mesmo como um norte para seus usuários (BERTOLLI FILHO, 1996)

Compreende-se que um Sistema com uma abrangência de nível nacional, onde, para muitos brasileiros tem-se a única alternativa para o acesso a saúde básica, tratamentos clínicos e todo amparo necessário para a saúde familiar. Tendo em vista esse impacto social produzido pelo SUS, o Ministério da Saúde tem buscado cada dia mais desenvolver ferramentas que aperfeiçoem o trabalho.

3.4 O MUNICÍPIO DE REDENÇÃO

²Redenção é um município brasileiro do estado do Ceará. Localiza-se a uma altitude de 88 metros acima do nível do mar e a 55 km de distância de Fortaleza. Faz parte do Polo Serra de Guaramiranga. O município recebe esse nome por ter sido a primeira cidade brasileira a libertar todos os seus escravos.

O nome Redenção vem do fato de que este (antiga vila do Acarape. Do tupi-guarani acará + pe, caminho dos peixes) foi o primeiro município do Brasil a libertar os escravos. A região dos sopés do Maciço de Baturité e ao redor das margens do Rio Acarape/Rio Pacoti era habitada por diversas etnias como os Potiguara, Jenipapo, Canindé, Choró e Quesito, recebeu a partir do século XVII diversas expedições militares e religiosas.

Com a implementação da pecuária no Ceará no século XVII, as terras de Redenção também foram beneficiadas com a agricultura da cana-de-açúcar. A partir do século XIX,

² Disponível em: redencao.ce.gov.br, acessado dia 25. mar.2021

engenhos de Redenção tiveram como mão de obra escravos africanos, desta forma senzalas e pelourinhos vieram a fazer parte do modelo urbano.

O povoado que deu origem à vila foi um distrito policial criado em 1842 e depois desmembrado de Baturité em 1868 com o nome de "Acarape". No ano de 1871 foi criada a Câmara Municipal da cidade.

Em 1882 é criada a "Sociedade Redentora Acarapense". Em 1 de janeiro de 1883, chegavam à então Vila Acarape, abolicionistas como Liberato Barroso, Antônio Tibúrcio, Justiniano de Serpa, José do Patrocínio e João Cordeiro, com a finalidade de assistirem a alforria de 116 escravos do lugarejo. A partir daquele ato, em frente à igreja matriz local, não haveria mais escravos ali, ganhando a vila o nome de Redenção, pioneira em libertar seus escravos no País.

Em reconhecimento ao fato de ter sido a primeira cidade do Brasil a abolir a escravidão, Redenção sedia a UNILAB -Universidade Federal de Integração Luso-Afro-Brasileira desde 2009.

O município tinha 26415 habitantes no último Censo. Isso coloca o município na posição 71 dentre 184 do mesmo estado. Em comparação com outros municípios do Brasil, fica na posição 1203 dentre 5570. Sua densidade demográfica é de 117.24 habitantes por quilometro quadrado, colocando-o na posição 15 de 184 do mesmo estado. Quando comparado com outros municípios no Brasil, fica na posição 614 de 5570.

Figura 1: mapa do município de Redenção



Fonte: google maps

Atualmente, o Município vem ganhando mais notoriedade principalmente no âmbito da Educação, tendo em vista que conta com uma Universidade Federal e uma Escola Técnica, que sem dúvidas agrega bastante na capacitação tanto dos seus habitantes como os das cidades vizinhas.

3.5 O AGENTE COMUNITÁRIO NO MUNICÍPIO DE REDENÇÃO

O agente comunitário de saúde é um profissional que executa um trabalho fundamental na estratégia de saúde da família-ESF³, trabalham vinculados a uma unidade básica de saúde- UBS⁴ com intuito de obter um vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde da família, dentre suas diversas funções destacam-se as visitas regulares as residências das famílias, assim, o agente comunitário de saúde é um profissional providente de sua comunidade, tendo que residir a própria área de trabalho.

Existem infindos desafios a serem enfrentados que são a formação de profissionais e continuada do agente, é uma formação sugerida, pois é de suma importância para enfrentar os desafios do cotidiano e problemas de saúde mais complexos e necessidades de saúde que a cada dia mais difícil de enfrentar, então a formação principalmente a continuada é muito

³ ESF: Estratégia Saúde da Família

⁴ UBS: Unidade Básica de Saúde

importante, pois deve ser pensada e executada de maneira integrada com o trabalho, é algo que deve persistir para aprimoramento do dia a dia do agente.

Em consonância com essa questão, emerge a problemática da relação dos ACS com os usuários. Segundo Bornstein e Stotz, os ACS percebem que os usuários esperam um acesso mais viável aos serviços de saúde, indo ao encontro do resultado de outros estudos. Contudo, quando esses profissionais não conseguem dar resposta às demandas dos usuários quanto às consultas, medicamentos, exames ou acesso a outros serviços, o usuário perde a confiança no ACS sem considerar que a falta de acesso é uma questão do funcionamento do sistema. Jardim e Lancman encontraram que a credibilidade do ACS junto à comunidade está diretamente associada à resolução das demandas dos usuários e que a manutenção dessa credibilidade é dificultada por aspectos relacionados à estruturação do serviço e à inoperância do sistema de saúde.

Dessa forma, é essencial que o ACS, tenha uma formação compatível com seu perfil com intuito de desempenhar tais atribuições e tornar-se um trabalhador habilitado a disposição da comunidade e da equipe de saúde (OLIVEIRA et al., 2008).

[...] capacitação, compreendida como um amplo e contínuo movimento de formação, é requisito indispensável para que a integridade da atenção seja assumida e incorporada nas práticas de saúde das equipes de saúde da família. A atenção à saúde na comunidade pressupõe uma complexidade que consiste na capacidade de responsabilizar-se pela pessoa, não se concentrando na doença e considerado o cuidado como ajuda para que a pessoa amplie sua autonomia (OLIVEIRA *et al.* 2008, p.380).

No município de Redenção, o agente comunitário de saúde realiza seu trabalho através de visitas e atividades com propósito de apresentar informações sobre prevenção de doenças e promoção em saúde, mediante orientação a população, esclarecimentos de dúvidas, ações educativas, domiciliares e na comunidade, assim o papel do agente em realizar visitas casa a casa, é de grande relevância para o Ministério da Saúde.

Através dele que o governo consegue obter uma descrição do que está acontecendo no país, e é por meio desse trabalho que consegue identificar área de risco, área com maior incidência de doenças, e auxiliar na realização de um planejamento estratégico do MS⁵ Estados e municípios, assim como promover melhores ações que devem ser tomadas mediante cada situação familiar que faz parte do sistema, viabilizando a prevenção e vigilância da saúde de cada cidadão na sociedade.

⁵ MS: Ministério da Saúde

Apesar das dificuldades encontradas na prática profissional, é inegável o benefício que o trabalho dos ACS em atividade no país tem proporcionado à saúde da população brasileira, pela contribuição na qualificação das ações de saúde, que resultam, por exemplo, em reduções dos índices de mortalidade infantil, aumento das taxas de cobertura pré-natal, de vacinação, de vigilância à saúde de mães, crianças, adolescentes, adultos e idosos. Estudo sobre o trabalho dos então chamados Agentes de Saúde do Ceará, iniciado em 1987, demonstrou redução da mortalidade infantil, aumento da utilização de soro de reidratação oral durante episódios de diarreia nos primeiros anos de vida e aumento da cobertura vacinal básica completa em crianças de 12 a 36 meses.

Além do mais, existe outro aspecto muito importante no exercício dessa função, a proximidade do agente com a comunidade. Estudos mostraram que o trabalho perto de casa é percebido como vantajoso, principalmente para as mulheres, que representam a maioria dos ACS. Essa situação possibilita conjugar o cuidado da família com as atribuições profissionais.

4. METOLOGIA DA PESQUISA

A escolha pela modalidade da pesquisa se fundamenta na história de vida, sendo que a mesma se insere na pesquisa de abordagem qualitativa. Para Polit (1995) a pesquisa qualitativa preocupa-se com os indivíduos e seus ambientes em suas complexidades, não havendo limites ou controle impostos pelo pesquisador. Desse modo, baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores (POLIT, 1995).

Ainda se pode afirmar com relação à pesquisa sobre a História de Vida, entende-se que a mesma é um método que apresenta como diferencial uma aproximação maior entre o pesquisador e o sujeito da pesquisa. Na concepção de Haguette (1992) o método em questão apresenta duas vertentes metodológicas, sendo que a mesma pode se apresentar como um documento ou como uma técnica de captação de dados.

É necessário salientar que na história de vida o que é importante para o pesquisador é aquilo que o sujeito apresenta, suas concepções, seu ponto de vista. Dessa forma essa abordagem possibilita ao pesquisador compreender a vida do pesquisado a partir de sua própria fala (GLAT. R, 1989).

Assim, o método de história ou relato de vida apresenta um diferencial importante onde o pesquisador se despe do conceito de todo o seu saber para reconhecer na fala do sujeito pesquisado as informações que vão fundamentar seu trabalho (GLAT. R, 1989).

O pesquisador ao debruçar na escuta do relato do pesquisado se caracteriza a como uma prática social de um grupo. Assim, “toda entrevista individual traz à luz direta ou indiretamente uma quantidade de valores, definições e atitudes do grupo ao qual o indivíduo pertence” (GLAT. R, 1989).

Reforçando seus argumentos GLAT. R, (1989) afirma que o método de história de vida, procura apreender os elementos gerais contidos nas entrevistas das pessoas, não objetivando, contudo, analisar suas particularidades históricas ou psicodinâmicas

Nesse sentido, histórias de vida, por mais particulares que sejam, são sempre relatos de práticas sociais: das formas com que o indivíduo se insere e atua no mundo e no grupo do qual ele faz parte (BERTAUX D, 1980).

Nessa abordagem, o pesquisador respeita a opinião do sujeito e acredita no que diz. Dessa forma, quem faz a avaliação não é o pesquisador, e sim o sujeito (...) o pesquisador e o sujeito se completam e modificam mutuamente em uma relação dinâmica e dialética (GLAT. R, 1989).

O método história de vida baseia-se na história que os indivíduos relatam sobre seu cotidiano ou até mesmo ações que já ocorreram. Ou seja, baseia-se na “premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores” (Spindola & Santos, 2003, p.120).

Corroborando esse entendimento, Queiroz (1998) pontua como o relato de um indivíduo sobre sua existência através do tempo, tentando reconstruir os acontecimentos que vivenciou e, de igual modo, transmitir a experiência que adquiriu, desvelando fatos significantes que revelam a identificação do narrador com o seu grupo social, familiar e profissional na construção de sua identidade, ou seja, é a “invenção de si mesmo” apresentando sua versão sempre baseada nos fatos reais de sua vida.

Barros (2000) observa que o método de história de vida funciona como uma possibilidade de acesso do indivíduo (e à realidade que lhe transforma e é por ele transformada) “pelo interior”, na busca da apreensão do vivido social, das práticas do sujeito, “por sua própria maneira de negociar a realidade onde está inserido”.

Na atualidade o ser humano tem buscado soluções para aprimorar seu desenvolvimento individual, profissional e sociocultural, valorizado sua singularidade, suas reflexões e sua formação. O mundo contemporâneo a cada dia faz novas exigências, sendo necessário que o sujeito passe por um processo de autoconhecimento, caso contrário, ficará perdido em meio a tantas demandas da sociedade onde vive. Conhecer sua história e ter consciência dela pode ser um caminho para o desenvolvimento pessoal. A metodologia de História de vida é uma abordagem que utiliza a narrativa das vivências do sujeito para levá-lo a um processo de transformação.

Segundo Josso (2004, p.9) o sujeito pode “transformar a vida socioculturalmente programada numa obra inédita a construir”. Esta transformação acontece, quando o sujeito toma consciência de si mesmo, encarando sua trajetória de vida, os investimentos, os objetivos, as experiências formadoras, os grupos de convívio, os valores, os comportamentos, as atitudes, as formas de sentir e viver, os encontros e desencontros. Por meio dessa conscientização ele vai criando e entendendo os sentidos e significados da sua vida.

Reforçando seus argumentos Josso (2004) afirma que a metodologia de História de Vida vem sendo utilizada nas últimas décadas na área das ciências humanas, contrapondo-se a hegemonia de modelos funcionalistas, marxistas e estruturalistas. A partir da década de setenta, por meio da Teoria dos Sistemas, proposta por Bertalanffy, que “reintroduziu a abertura e a

indeterminação no seio de uma visão determinista”, (JOSSO, 2004, p. 20), inicia-se uma nova forma de compreender as singularidades do ser humano.

Gaulejac (2005) aponta que o objetivo do método da história de vida é ter acesso a uma realidade que ultrapassa o narrador. Isto é, por meio da história de vida contada da maneira que é própria do sujeito, tentamos compreender o universo do qual ele faz parte. Isto nos mostra a faceta do mundo subjetivo em relação permanente e simultânea com os fatos sociais (BARROS E SILVA, 2002).

A análise do objeto de pesquisa não parte da elaboração de hipóteses previamente estabelecidas, mas se desenvolve a partir e na relação, produzindo um saber em participação Ferraroti (*apud* BARROS 2000). Para tanto, o sujeito e o pesquisador situam-se num mesmo nível e vão construindo juntos o processo. Assim encontramos a possibilidade desse sujeito de refazer sua trajetória, de reconstruí-la, resignificando seu caminho.

O método começa a partir do desejo do entrevistado de contar sua vida. Pede-se ao sujeito que conte sua história, como achar melhor – nos moldes de entrevista não-estruturada. Este sujeito vai ser escolhido a partir das relações já desenvolvidas pelo pesquisador no contexto, de acordo com seu desejo de participar. É a partir da relação que vai sendo estabelecida – o vínculo, a confiança, a construção de sentidos – que o método se desenvolve.

O método de História de Vida é um método científico com toda força, validade e credibilidade de qualquer outro método, sobretudo porque revela que por mais individual que seja uma história, ela é sempre, ainda, coletiva, mostrando também a quão genérica é a trajetória do ser humano.

Considerando as dificuldades impostas pela condição em que o mundo atravessa onde a necessidade de um distanciamento social impede uma maior aproximação entre as pessoas, e cientes que uma história de vida deve contemplar toda uma trajetória de vida de um indivíduo tanto em termos pessoais, quanto profissionais, o estudo tentou experimentar essa metodologia, porém apresentou uma grande dificuldade, levando em consideração as normas e medidas sanitárias em decorrência na pandemia do novo corona vírus da covid-19 e conseqüentemente houve uma certa impossibilidade de realizar a entrevista pessoalmente, dessa forma o mais viável ao momento enfrentado foi a realização de um questionário, e assim, colher apenas algumas informações de parte da vida da respondente.

Vale salientar que o critério de inclusão para participação na pesquisa foi a proximidade com a profissional. O critério de exclusão levou em consideração a dificuldade de uma aproximação com os profissionais considerando as medidas sanitárias de saúde sobre o

distanciamento social e ainda a mesma residir em localidade mais distante do centro do município.

O sujeito da pesquisa foi um agente comunitário de saúde do município de Redenção do gênero feminino. É importante ressaltar que em virtude do momento de distanciamento social e as medidas impostas para evitar a contaminação da Covid-19 não foi possível uma entrevista de forma presencial, deixando ainda muitas informações que poderiam ser exploradas e que trariam mais robustez aos questionamentos sobre o trabalho por ela desempenhado.

Quanto à análise dos dados, utilizamos a análise de conteúdo na modalidade temática, que conforme destaca Bardin (2011) é uma técnica que propicia apurar descrições de conteúdo de forma aproximada, subjetivas, podendo pô-las em evidência a objetividade, relativas aos estímulos dados ao sujeito que está sendo submetido.

4.1 CENÁRIO DA PESQUISA

O método História de Vida, se utiliza de diversos tipos de cenários, isso determinado de acordo com o objeto de estudo. Neste caso em específico, tivemos a necessidade de fazer uma adaptação quanto ao cenário, tendo em vista que o período que se deu a entrevista, estávamos com medidas restritivas, por causa da pandemia do Novo Corona Vírus da COVID-19, e conseqüentemente tivemos que respeitar o isolamento social.

Desta forma, o cenário utilizado foi a plataforma digital *Google Docs*, assim de maneira remota realizamos a entrevista, tendo como sujeito, um agente comunitário de saúde do sexo feminino. Acrescento ainda, que, apesar da forma que se deu a entrevista, todo conteúdo extraído foi de grande valia, para a análise da pesquisa e melhor entendimento dessa função exercida por esses profissionais.

Vale ressaltar, todavia que, na realização de qualquer pesquisa, deverão ser respeitadas as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos, estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Ou seja, os participantes do estudo deverão ser informados dos objetivos e assinar um termo de consentimento, o qual deverá ser elaborado em duas vias, sendo uma entregue ao entrevistado.

Portanto, através dessa pesquisa e de acordo com o exposto na entrevista, obtivemos informações esclarecedores sobre o dia a dia do agente comunitário de saúde e como na prática é exercida essa função, principalmente, as dificuldades, os desafios, as limitações, entre outros.

Também, a opinião emitida pelo agente, no que refere a todo contexto da sua função, ou seja, seus colegas de trabalho, seu ambiente e suas condições de trabalho.

Segundo Duarte (2009), a entrevista em profundidade é um recurso metodológico que busca, com base em teorias e pressupostos definidos pelo investigador, recolher respostas a partir da experiência subjetiva de uma fonte, selecionada por deter informações que se deseja conhecer. Neste sentido, os dados não são apenas colhidos, mas resultado de interpretação e reconstrução pelo pesquisador, em diálogo inteligente e crítico com a realidade pesquisada.

Para a dinâmica da entrevista foi utilizado um questionário contendo algumas perguntas, que, englobavam questões desde a sua formação, até a pretensão futura da agente e capacitação, sua motivação na escolha pelo cargo e os desafios enfrentados como agente de saúde. Foi buscado um diálogo aberto, deixando a agente bastante à vontade. Essa interação, auxilia o interlocutor para que se consiga extrair o máximo possível de informações do sujeito, de maneira a obter-se uma biografia detalhada do sujeito e da função que ele desempenha.

4.2 MOMENTO DAS ENTREVISTAS

Optou-se por fazer um questionário utilizando a plataforma *Google Docs* tendo em vista as medidas sanitárias para evitar aglomeração, assim como também o distanciamento social. Considerando a realidade na qual o mundo está mergulhado e com o objetivo de evitar infringir os decretos que orientam tais medidas foi acordado com a entrevistada sobre a possibilidade do envio do material para que a mesma respondesse em casa.

A mesma consciente da responsabilidade no que tange a pesquisa e tendo plena ciência do momento que estamos vivendo se prontificou em nos atender e responder ao nosso questionário em casa e encaminhar via plataforma *Google Docs*.

Dessa forma o trabalho foi assim realizado. Enviamos um questionário com 16 perguntas subjetivas que para o pesquisador se apresentou como mais viável para que pudéssemos ter um maior aprofundamento do objeto de estudo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram realizadas 16 perguntas subjetivas para o questionário enviado via *google Docs* com o objetivo de conhecer mais de perto como é realizado o trabalho do agente comunitário de saúde no município de Redenção.

No primeiro momento perguntou-se sobre a formação da profissional, a mesma respondeu que era enfermeira formada, além de ser agente comunitária de saúde.

Sobre a escolha da profissão, obtivemos a seguinte resposta:

De início foi a oportunidade que me apareceu de ser servidora pública e ter estabilidade trabalhista. E depois pretendia mudar de cargo, mas as coisas foram mudando e se tornou gratificante ajudar o próximo. Eu sempre digo que não escolhi a área da saúde, ela me escolheu. (ACS)

Indo de encontro a fala da respondente percebemos na fala de Josso (2004, p.9) que o sujeito pode “transformar a vida socioculturalmente programada numa obra inédita a construir”. Esta transformação acontece, quando o sujeito toma consciência de si mesmo, encarando sua trajetória de vida, os investimentos, os objetivos, as experiências formadoras, os grupos de convívio, os valores, os comportamentos, as atitudes, as formas de sentir e viver, os encontros e desencontros. Nesse sentido a ACS sem ter convicção do que a esperaria enveredou pelo caminho que apresentava possibilidade reais de avançar em seus projetos futuros.

Perguntado sobre quando surgiu a escolha para ser agente de saúde, a resposta obtida foi: “Eu nunca pensei em ser ACS, era a vaga que eu me encaixava quando prestei o concurso e que eu tinha mais chance de ser bem sucedida”. (ACS)

Embora a respondente ao fazer a escolha pela profissão a seguir, é importante ressaltar na fala de Batista Santana (et al., 2009, p.651) que a força de trabalho do ACS é imprescindível para consolidação dos princípios do SUS, pois torna a saúde mais acessiva para uma camada da população desprovida de condições de arcar financeiramente com sua própria saúde e saúde da sua família, além de levar até o domicílio das pessoas as informações necessária no que diz respeito à saúde como modelo que privilegia a prevenção.

Perguntamos sobre outras experiências profissionais? A mesma respondeu que teve outras experiências profissionais, mas que não gostaria de comentar.

Sobre o relacionamento entre ela e a comunidade em que trabalha? “Temos um bom relacionamento, nem sempre dá para agradar 100%, mas faço o possível dentro das possibilidades para ajudar”. (ACS)

Segundo Bornstein e Stotz, os ACS percebem que os usuários esperam um acesso mais viável aos serviços de saúde, indo ao encontro do resultado de outros estudos. Contudo, quando esses profissionais não conseguem dar resposta às demandas dos usuários quanto às consultas, medicamentos, exames ou acesso a outros serviços, o usuário perde a confiança no ACS sem considerar que a falta de acesso é uma questão do funcionamento do sistema.

Acredita que seria produtivo a realização de cursos, especializações, capacitações para melhor desempenho de suas funções na sua área de atuação, enquanto profissionais da saúde?

Com certeza, visto que a área da saúde está em constante evolução. E trabalhar não só na saúde, mais em qualquer área requer que estejamos sempre nos aprimorando. Um profissional nunca deixa de aprender. (ACS)

A fala da respondente corrobora com o pensamento de Oliveira (et.al.2008. p.380) quando afirma que a [...] capacitação, compreendida como um amplo e contínuo movimento de formação, é requisito indispensável para que a integridade da atenção seja assumida e incorporada nas práticas de saúde das equipes de saúde da família haja vista que na relação entre o ACS e a comunidade precisa existir a confiabilidade de que o profissional que ali se apresenta está apto a responder as demandas de seu público compreendendo que o profissional em questão é o elo entre a sua comunidade e os outros profissionais de saúde.

Foi perguntado se a mesma se sentia preparada para desempenhar a função de agente comunitário de saúde?

Como já dito anteriormente a saúde que a escolheu. Hoje tenho a convicção de que encontrei meu caminho. Me sinto realizada haja vista que lido diretamente com a comunidade e sei das suas angústias e dores e nesse momento se você trabalha com amor será capaz de levar um pouco de esperança para as pessoas, independentemente da situação que você mesma esteja atravessando. É muito bom poder ajudar as pessoas, a escuta muitas vezes é tudo que uma família precisa. (ACS)

A fala da respondente reafirma o que diz Batista Santana (et al., 2009, p.651) a força de trabalho do ACS é imprescindível para consolidação dos princípios do SUS, pois torna a saúde mais acessiva para uma camada da população desprovida de condições de arcar financeiramente com sua própria saúde e saúde da sua família, além de levar até o domicílio

das pessoas as informações necessárias no que diz respeito à saúde como modelo que privilegia a prevenção.

Nesse sentido entende-se que ACS reconhece a importância do seu trabalho junto à comunidade e que busca dentro de suas possibilidades alcançar os mais vulneráveis levando informação e conhecimento sobre as questões que envolve o cuidado e a prevenção com a saúde.

Sobre treinamentos e preparação para o cargo que ocupam, recebem alguma formação?

Não se poderia chamar de treinamento ou formação, mas recebemos orientações sobre como desempenhar nossa função e ao longo de alguns anos a gente vai aprimorando esses conhecimentos na interação com outros profissionais e de acordo com as demandas que vão surgindo na comunidade, essa é nossa formação, o nosso dia a dia e as angústias das famílias que muitas vezes dependem de uma orientação nossa ou um olhar mais acolhedor. (ACS)

Segundo Oliveira (et al., 2008) é essencial que o ACS, tenha uma formação compatível com seu perfil com intuito de desempenhar tais atribuições e tornar-se um trabalhador habilitado a disposição da comunidade e da equipe de saúde.

Entende-se dessa forma que ainda não pode ser considerável eficiente os treinamentos e formação que os ACS recebem, tendo os mesmos que muitas vezes buscar esses conhecimentos na sua prática cotidiana.

Nas reuniões, vocês discutem o planejamento de atividades, casos específicos de pacientes, qualidade do trabalho realizado?

Sim. Mensalmente é feita uma reunião, uma espécie de prestação de contas de tudo que acontece em cada uma das áreas que estamos lotadas. Eles escutam nossas informações, fazem anotações e podemos fazer nossas ponderações. Mas a palavra final de como proceder nas visitas é de quem nos orienta. E assim seguimos fazendo nosso trabalho respaldado nas orientações e com a nossa prática cotidiana de quem convive com os problemas de perto da comunidade. (ACS)

Os agentes de saúde dispõem de materiais e equipamentos necessários para a realização das atividades?

Sim. Temos o básico para realizar nosso trabalho tendo em vista que nosso trabalho basicamente é fazer anotações sobre a situação de cada família. Equipamentos nos é oferecido quando existe alguma campanha específica ou quando o nosso material já está muito velho. (ACS)

A equipe realiza reuniões ou palestras comunitárias para orientação sobre os cuidados com saúde e medidas sanitárias?

Realiza em datas específicas, tipo: outubro rosa, novembro azul. Porém eu acredito que deveria ser feita com mais frequência. Visto que prevenção em saúde é responsabilidade das equipes de saúde da família. (ACS)

Sente-se motivada diariamente pelo trabalho exercido?

Nem sempre. Acho que não somos valorizados como deveríamos, haja vista que acompanhamos o dia a dia das famílias, corremos riscos e não nos sentimos das autoridades essa valorização tão desejada. (ACS)

Para Hoga (2004), considerar as necessidades das diferentes categorias profissionais é fundamental porque propicia o envolvimento de toda a equipe de saúde com a assistência e favorece maior disponibilidade aos pacientes.

Na sua afirmação Hoga (2004) vai exatamente de encontro com a fala da respondente tendo em vista que a necessidade de qualquer profissional de ser valorizado é um dos principais fatores para que este possa desempenhar sua função com qualidade e acima de tudo motivado para os desafios que enfrenta no dia a dia.

Sente a necessidade em adquirir maiores conhecimentos para desempenhar melhor seu trabalho?

Na saúde sempre teremos essa necessidade já que nada é estático. Está em constante mudança. O conhecimento é algo que não devemos deixar de buscar nunca. Todo aprendizado é sempre importante tendo em vista que cada dia precisamos compreender mais as demandas que se apresentam na sociedade. (ACS)

Estamos atravessando um momento particular difícil por conta da pandemia do covid19, como você se sente? E como está sendo realizado o trabalho para acompanhar a comunidade?

Preocupada, porque não depende só do profissional pra mudar essa situação, mas principalmente da população que deveria levar a sério a sua responsabilidade como cidadão. Mesmo estando todos os dias nas ruas orientando, ainda há resistência da população para seguir essas orientações. E isso é frustrante. Estamos dando maior assistência aos grupos prioritários e alguns estamos orientando a distância através de redes sociais. Para não termos tanto contato e acabar sendo veículos de transmissão. (ACS)

Como você tem percebido a atuação do SUS no apoio ao enfrentamento a essa pandemia?

De uma extrema importância. Ele leva o cuidado de forma integral e de maneira igualitária a todos e em todos os lugares, mesmo com todo o sucateamento do SUS as coisas poderiam estar bem piores. (ACS)

Corroborando com a fala da respondente reafirma-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) é a maior ação de política pública no âmbito da saúde que já foi elaborado no Brasil. Dada a sua importância, se faz, extremamente necessário compreender a sua complexidade e abrangência. Em uma sociedade que por vezes nos deparamos com injustiças e desigualdades, o SUS, que tem por pilares a equidade, integralidade e a universalidade, aparece nesse contexto de injustiças e desigualdades como amparo ou até mesmo como um norte para seus usuários, mas apesar de toda a situação, é o SUS que tem atuado de maneira efetiva para que as pessoas possam ser atendidas em suas necessidades embora possamos afirmar o quase colapso total do sistema.

E o município de Redenção, como você classificaria o trabalho desenvolvido pelas autoridades? “Entre erros e acertos acredito que os acertos se sobressaiam, mas se não tivermos a compreensão e colaboração da população qualquer trabalho será em vão”. (ACS)

No decorrer das informações se percebeu o comprometimento da profissão com a profissional que embora não tenha abraçado pelo dom, mas pela conveniência do momento, se tornou algo que lhe despertou os melhores sentimentos. De acordo com a respondente estar se relacionando com a comunidade e poder contribuir de alguma forma com as suas necessidades nem que seja a simples escuta é de um valor imensurável para aqueles que dispõe de tão pouco.

Com relação ao trabalho do gestor municipal ela considera bom, embora na sua concepção era necessária uma maior compreensão da população. Ressalta ainda que algumas medidas extremas estão sendo tomadas em virtude da falta de compreensão da população e por se tratar de um município pobre, os poucos empreendedores que tem, estão tendo que fechar as portas e isso significa desemprego, fome e todos esses fatores agregados podem gerar uma profunda crise que já se percebe no país, e no município de Redenção onde a sua economia vem de pequenos empreendedores a situação é muito difícil.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto ficou perceptível que a entrevistada tem uma percepção sobre o trabalho que desempenha como agente de saúde, reconhece a capacidade de buscar na prática o aprimoramento de suas funções como profissional da área da saúde.

Não aponta falhas ou imperícias no trabalho da saúde do município pesquisado, mas deixa claro que a profissão na prática, no dia a dia observando as demandas da comunidade, sendo parceira das famílias e contribuindo de alguma forma com os problemas que surgem nas visitas com a mesma.

Afirma que a escolha pela profissão a priori não um ato de amor, mas uma necessidade, mas que posterior reconhece que fez a escolha acertada. Ama o que faz e dedica seu tempo a fazer o melhor por aqueles que dela precisam.

Com relação ao momento que estamos vivendo a mesma enfatizou a importância do SUS para o atendimento as pessoas menos favorecidas e a necessidade de que eles também estejam na linha de frente dessa luta, sabe da importância do trabalho de todos, mas afirma faltar mais compreensão por parte da comunidade de forma geral.

A pandemia e o trabalho do município ela sabe que é difícil, Redenção é um município pequeno, pobre, que vive dos seus servidores públicos e micro empreendedores. Apesar dos esforços a situação é muito complexa. O que se está a observar é um colapso na saúde e por maiores que sejam os esforços da comunidade médica, científica as respostas a esse vírus e sua letalidade ainda não foram encontradas soluções haja vista que o mundo vive essa crise sem precedentes.

Reafirma a importância do SUS nesse momento e seu trabalho como agente de saúde é feito com amor, dedicação e não é o financeiro que a motiva hoje e sim a possibilidade de ajudar outras pessoas e de alguma forma amenizar o sofrimento de outros, mesmo que seja emprestando sua escuta a tantas famílias que não sabem a quem recorrer nos momentos de angústia, o agente de saúde tem se mostrado o apoio importante nos momentos de tristeza nesse cenário de incertezas pois são as visitas mensais que fazem com que o agente e a família se encontram e podem dialogar sobre a necessidade de cada família acompanhada por eles, orientando-os como devem se conduzir com os cuidados já cotidianos e ainda mais nesse momento de pandemia. Esse contato com esse profissional é de suma importância para que as medidas de isolamento de algumas famílias que tem familiares com comorbidades não se desloquem aos postos de saúde em busca de informações, correndo o risco de serem contaminados.

Por fim, levando em consideração os contratempos impostos pelas circunstância na qual o mundo percorre, onde a emergência de um distanciamento social impossibilita uma maior proximidade entre as pessoas, e assim, a proposta do trabalho foi parcialmente alcançada. Dessa maneira, identificamos que cada indivíduo tem um objetivo a alcançar, ou faz de cada oportunidade uma maneira de vencer as dificuldades impostas pela vida. Portanto o trabalho foi bastante proveitoso, embora como dito, limitado pela própria circunstância adversa.

REFERÊNCIAS

AMARAL. AEHB. **Gestão de pessoas. Política e Gestão Pública em Saúde**. Hucitec Editora; 2011.

ARRETCHE M, organizadora. **Trajetórias da desigualdade: como o Brasil mudou nos últimos 50 anos**. São Paulo: Editora da Unesp; 2015.

BAPTISTA TWF. Seguridade social no Brasil. *Revista do Serviço Público* 1998; 49:101-22.
Rodríguez Neto E. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.

BARROS, V. A. (2000) De la représentation au pouvoir: une étude sur les trajectoires politiques des dirigeants syndicaux au Brésil. Tese de doutorado. Presses de Septentrion, Lille.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BATISTA SANTANA, J. C. et al. **Agente Comunitário de Saúde: Percepções Na Estratégia da Saúde da Família**. *Cogitare Enfermagem*, v. 14, n. 4, dez. 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/16377/10858>> . Acesso em: 12 nov. 2020.

BERTAUX, D. **História de vida dos padeiros da França**. Palestra proferida na Fundação Getúlio Vargas, out. 1987.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996

BORNSTEIN VJ, Stotz EN. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. *Trab Educ Saude*. 2008;6(3):457-80. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300004>

BOTAZZO, C. (1999). **Unidade básica de saúde: a porta do sistema revisitada**. São Paulo: EDUSC.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil], Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 21 fev. 2021.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

BRIOSCHI LR, Trigo MHB. **Relatos de vida em ciências sociais: considerações metodológicas**. Ciênc e Cult 1987; 39 (7): 631-7.

CASTRO LJ, Vilar ALR, Fernandes PV. **Precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um desafio para a gestão do SUS**. [site da Internet] 2004 [acessado: 25. Fev.2021]. Disponível em: http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos_enviados/Texto_ASCpublicacaoROREHS.pdf

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA). Indicadores e dados básicos para a saúde no Ceará – 2003. v. 3. Fortaleza: SESA; 2005

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 5. ed. São Paulo: Cortez; Cedec, 2003.

DUARTE, Jorge. Entrevista em profundidade. In: BARROS, Antonio; DUARTE, Jorge. **Métodos e Técnicas de Pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2009.

ESCOREL S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.

FERNANDES. A. S. A. Políticas públicas: definição evolução e o caso brasileiro na política social. In: DANTAS, H.; JUNIOR, J. P. M. (Orgs). **Introdução à política brasileira**. São Paulo: Paulus, 2007.

FURTADO C. O longo amanhecer: ensaios sobre a formação do Brasil. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1999

GAULEJAC, V. de. "**Historia e historicidad**". In: GAULEJAC, V. de; MARQUEZ, S. R.; RUIZ, E. T. (orgs.). **Historia de vida: psicoanálisis y sociología clínica**. México: Edición de la Universidad Autónoma de Querétaro, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1999

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1999

GUIZARDI, F. L. *et al.* **Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde**. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, jan./ jun. 2004.

GLAT R. **Somos iguais a vocês: depoimentos de mulheres com deficiência mental**. Rio de Janeiro: Agir; 1989

HOGA. LAK. **A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão**. *Rev Esc Enferm USP*. 2004; 38(1): 13-20
MEIRELES, Cecília. Poesia completa. Vol. 1. Retrato Natural. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 2001.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Quinze anos de gasto social federal. Notas sobre o período de 1995 a 2009. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2011. (Comunicado IPEA, 98).

JOSSO, M.C. **Caminhar para si**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

_____. **Experiências de vida e formação**. São Paulo: Cortez, 2004.

JUNIOR, A.P., JUNIOR, L.C. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez. 2006.

MACHADO, CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadoras. **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

MOROSINI, M. V. G. C. **O agente comunitário de saúde no marco da Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro: desafio e formação em saúde. Relatório final de pesquisa do Programa de Aperfeiçoamento do Ensino Técnico (Paetec)/EPSJV-Fiocruz/Faperj**. Rio de Janeiro, nov. 2001.

_____. et al. **Relatório de atividades da oficina regional de Natal**. Projeto de pesquisa Material Didático para os Docentes do Curso Técnico de ACS: melhor

OLIVEIRA, A. G. B. et al. Gestão de equipes do PSF para atenção psicossocial. **Cienc. Cuid. Saúde**. v. 7, n. 3, p. 376-384. Jul./set. 2008.

PAIM, J. S., TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**. Edição Especial, 2006

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

PAIM JS. **Reforma sanitária brasileira: contribuição e crítica**. Salvador: Edufba/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. 2006.

POLIT DF, Hungler BP. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ªed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

PREFEITURA MUNICIPAL DE REDENÇÃO. Disponível em: redencao.ce.gov.br. acessado 25. fev.2021

QUEIRÓZ, M. I. P. **Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”**. In: SIMSON, Olga de von. (Org.). Experimentos com história de vida. (Itália-Brasil). São Paulo: Vértice, 1998.

SANTOS, N. **Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos**. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, abr. 200

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NATAL – SMS. (2010). **Relatório de gestão 2009**.

SOUZA, C. **Políticas públicas: uma revisão de literatura**. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 8, v. 16, p. 20-45, jul.-dez. 2006.

TEIXEIRA SF, organizadora. **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez Editora/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1989.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. PAIM, Jairnilson Silva. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 268-283, set./dez. 2005.

APÊNDICE

QUESTIONÁRIO PARA A FINALIZAÇÃO DA PESQUISA DA UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA INSTITUTO
DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
BACHARELADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

QUESTIONÁRIO ALABORADO PARA APLICAR VIA *GOOGLE DOCS* PARA UM
AGENTE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE REDENÇÃO

01. Possui formação universitária?
02. Porque escolheu trabalhar na área da saúde?
03. Desde quando você pensar ser um agente comunitário de saúde?
04. Você já teve outras experiências profissionais?
05. Como acontece o relacionamento entre você e a comunidade em que trabalha?
06. Acredita que seria produtivo a realização de cursos, especializações, capacitações para melhor desempenho de suas funções na sua área de atuação, enquanto profissionais da saúde?
07. Sente-se preparado para o desempenho da função?
08. É oferecido treinamento para preparação do agente comunitário de saúde?
09. Nas reuniões, vocês discutem o planejamento de atividades, casos específicos de pacientes, qualidade do trabalho realizado?
10. Os agentes de saúde dispõem de materiais e equipamentos necessários para a realização das atividades?
11. A equipe realiza reuniões ou palestras comunitárias para orientação sobre os cuidados com saúde e medidas sanitárias?
12. Sente-se motivada diariamente pelo trabalho exercido?
13. Sente a necessidade em adquirir maiores conhecimentos para desempenhar melhor seu trabalho?
14. Estamos atravessando um momento particular difícil por conta da pandemia do Covid 19, como você se sente? E como está sendo realizado o trabalho para acompanhar a comunidade?
15. Como você tem percebido a atuação do sus no apoio ao enfrentamento a essa pandemia?
16. E o município de redenção, como você classificaria o trabalho desenvolvido pelas autoridades?