



Universidade do Estado do Pará
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
Estratégia Saúde da Família

Gabriella Araújo de Souza

**A percepção dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao Núcleo de Apoio a
Saúde da Família em Águas Lindas – Ananindeua – Pará**

Belém – Pará
2016

Gabriella Araújo de Souza

A percepção dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família em Águas Lindas – Ananindeua – Pará

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família da Universidade do Estado do Pará.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Ms. Biatriz Araújo Cardoso.

Belém – Pará

2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, presença constante em minha vida, por ter me proporcionado esta oportunidade de crescimento profissional.

À minha orientadora, Prof^a. Ms. Biatriz Araújo Cardoso, pela contribuição na orientação, dedicação, com competência, conhecimento, respeito, que como orientadora e amiga soube conduzir este trabalho, e não mediu esforços para a realização do mesmo. Meu carinho especial.

Aos meus pais, por sempre acreditarem e estarem ao meu lado, sempre me incentivando a buscar meus objetivos e jamais desistir.

À minha irmã por cada palavra de incentivo, companheirismo, entender minha ausência e por sempre acreditar em meus esforços.

À minha família, em especial à minha tia Lúcia Chaves, pela companhia constante, orações, palavras, momentos de lazer e contribuições valiosas para a conclusão desta pesquisa.

À Prof^a. Thayse Hage, pelos conselhos, amizade, pelas trocas de experiências e ensinamentos repassados.

À diretora Daniele da Unidade Saúde da Família de Nova Águas Lindas, pelos relatos de experiência e por não medir esforços em auxiliar na realização da coleta de dados.

Aos colegas da residência pela união, amizade, companheirismo no decorrer desta caminhada e que juntos contribuíram para a realização de cada um dos trabalhos. Vivemos momentos de confraternização que sempre serão lembrados. Em especial aos amigos Edielen, Daniella, Glaucia, Jéssica e Sidney, pelos laços construídos nessa caminhada, de amizade, irmandade, companheirismo, e com vitórias conquistadas por todos nós.

Aos meus amigos, em especial a Lorena, Nissa, Luciana, Priscilla, Jéssica e Hector agradeço pela amizade, apoio, paciência e sempre estarem ao meu lado durante esse período de esforços, correria e dedicação para a conclusão dessa monografia.

Aos Agentes Comunitários de Saúde, que se disponibilizaram em participar desta pesquisa, possibilitando sua elaboração, compartilhando suas experiências, opiniões, anseios. Meu agradecimento especial. A todos que colaboraram para a realização deste trabalho. Esta experiência foi e será inesquecível em minha vida.

“Cada um lê com os olhos que tem. E interpreta a partir de onde os pés pisam. Todo ponto de vista é a vista de um ponto. [...] Para compreender, é essencial conhecer o lugar social de quem olha. [...] Isso faz da compreensão sempre uma interpretação. Sendo assim, fica evidente que cada leitor é coautor. [...] Porque compreende e interpreta a partir do mundo que habita.”

(BOFF, 2010)

“São os passos que fazem os caminhos.”

(Mário Quintana)

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implementada em 1994 de acordo com os princípios de universalidade, integralidade e equidade, que compõem o SUS, através da organização da Atenção Básica, constituída por uma equipe multiprofissional, que são responsáveis por identificar e tratar os agravos da comunidade. Sob a ótica da reorientação da atenção à saúde, criaram-se, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com a possibilidade de fortalecimento da Atenção Básica, tendo os profissionais ACS como um elo relevante entre a equipe de saúde e a população de um determinado território, levantando necessidades de saúde e possibilidades de intervenção junto aos demais trabalhadores das equipes. O objetivo da pesquisa foi analisar a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família de Águas Lindas – Ananindeua – Pará. A pesquisa foi do tipo descritiva e observacional transversal, de caráter quanti-qualitativa, e realizada com 25 ACS das 6 (seis) Estratégias Saúde da Família vinculadas ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família de Águas Lindas – Ananindeua – Pará. A coleta foi composta pela aplicação de um questionário socioeconômico e demográfico e uma entrevista semiestruturada contendo perguntas sobre a prática profissional, processo de trabalho dos ACS, e sobre o conhecimento acerca do funcionamento do NASF. Tais profissionais são majoritariamente do sexo feminino (84%), com idade entre 41 a 45 anos, solteiros (52%), com ensino médio completo (64%) e renda de até 2 salários mínimos. Com a aplicação da entrevista, foi possível observar que os ACS possuem pouca percepção sobre o NASF, tendo como suas principais dificuldades de entendimento quais os profissionais que atuam e suas determinadas funções. Além disso, os entrevistados identificaram a necessidade de mais capacitações, oficinas, para o próprio crescimento profissional. A atuação do ACS está relacionada com o potencial de ser mediador comunitário e educador em saúde, capaz de identificar as necessidades sociais, representando um porta-voz da comunidade, a fim de envolver os usuários às ações de saúde e cooperar para fortalecer o Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Percepção; Agente Comunitário de Saúde; Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) was implemented in 1994 in accordance with the principles of universality, comprehensiveness and equity that make up the SUS, through the organization of primary care, consists of a multidisciplinary team that will be responsible for identifying and treating community grievances. From the perspective of reorientation of health care, were created in 2008, the Support Center for Family Health (NASF) with the possibility of strengthening primary care, taking the communitarian health agent (CHA) professionals as an important link between the health team and the population of a given territory, raising health needs and possibilities of intervention together with the other workers of the teams. The objective of the research was to analyze the perception of Community Health Agents regarding the Center for Support to Health Aguas Lindas Family - Ananindeua - Para. The research was cross descriptive and observational, of quantitative and qualitative character, and performed with 25 CHA of six (6) Family Health Strategies linked to the Center for Support to Health Aguas Lindas family - Ananindeua - Para. The collection was made by applying a socioeconomic and demographic questionnaire and a semi-structured interview with questions about professional practice, the CHA work process, and the knowledge about the functioning of the NASF. These professionals are mostly female (84%), aged 41-45 years old, unmarried (52%) with completed secondary education (64%) and income of up to two minimum salaries. With the application of the interview, it was observed that the CHA have little perception of the NASF, having as their main difficulties of understanding which the professionals who work and their specific functions. In addition, respondents identified the need for more training, workshops, for their own professional growth. The CHA operation is related to the potential to be community mediator and health educator, able to identify social needs, representing a community spokesperson, in order to involve users in health care and to cooperate to strengthen the Single System of health.

Keywords: Perception; Community Health Agent; Support Center for Family Health.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESFF	Estratégia Saúde da Família Fluvial
ESFR	Estratégia Saúde da Família Ribeirinha
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PST	Projeto de Saúde no Território
PTS	Plano Terapêutico Singular
SF	Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
1.1	OBJETIVOS.....	10
1.1.1	Objetivo Geral.....	10
1.1.2	Objetivos Específicos.....	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
2.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO BÁSICA.....	11
2.2	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.....	13
2.3	O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.....	16
3	METODOLOGIA.....	20
3.1	APROVAÇÕES.....	20
3.2	TIPO DE ESTUDO.....	20
3.3	LOCAL E PERÍODO.....	20
3.4	AMOSTRA.....	20
3.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	21
3.6	COLETA DE DADOS.....	21
3.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	21
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	22
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
	APÊNDICE A – ACEITE DA ORIENTADORA.....	43
	APÊNDICE B – ACEITE DA INSTITUIÇÃO – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ÁGUAS LINDAS I.....	44
	APÊNDICE C – ACEITE DA INSTITUIÇÃO – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ÁGUAS LINDAS II.....	45
	APÊNDICE D – ACEITE DA INSTITUIÇÃO – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOVA ÁGUAS LINDAS.....	46
	APÊNDICE E – ACEITE DA INSTITUIÇÃO – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PALMEIRAS DO AÇAÍ.....	47
	APÊNDICE F – ACEITE DA INSTITUIÇÃO – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA MOARA.....	48
	APÊNDICE G – ACEITE DA INSTITUIÇÃO – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO RAIMUNDO.....	49
	APÊNDICE H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	50
	APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO.....	53
	APÊNDICE J – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	54
	ANEXO A – APROVAÇÃO DA PESQUISA NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	55

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) originou-se como o movimento da Reforma Sanitária, em 1988, incorporando a ideia da saúde como direito de todos e dever do Estado. Na época era necessária uma assistência médico-sanitarista de caráter universal, integral e com acesso igual para todos os indivíduos (MAIO; LIMA, 2009).

Nesse contexto, durante a década de 90, o Ministério da Saúde investiu amplamente na atenção básica, e em 1991, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tendo por objetivo reduzir os altíssimos indicadores de morbimortalidade materna e infantil. O início do programa se deu na região Nordeste, com impactos significativos sendo comparado com as áreas descobertas (SANTOS; SANTOS; OLIVEIRA, 2009).

No início da implantação do PACS, não era determinado grau de escolaridade para desempenhar a função de Agente, sendo aceito apenas com a alfabetização completa. Com o surgimento da profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS) pela Lei nº 10.507, de 12 de julho de 2002, um dos requisitos mínimos para a prática da profissão passou a ser o ensino fundamental completo (SANTOS; SANTOS; OLIVEIRA, 2009).

Nesse mesmo cenário, em 1994, surgiu o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente sendo denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), tendendo a reorganização das Práticas Atenção à Saúde Populacional. Atualmente, este modelo torna-se a estratégia de reorientação da atenção básica, com a finalidade de requerer uma prática com ações integrais vinculadas à comunidade descrita em um território, ao invés do modelo hospitalocêntrico (NEGRI, 2000).

A ESF recomenda o estabelecimento de uma atenção absoluta, conforme as diretrizes do SUS e delibera, como elementos necessários para sua implementação a delimitação de um território, a seleção da família como núcleo central das ações de saúde, o trabalho em equipe, a intersetorialidade, entre outros (NASCIMENTO; SANTOS; CARNUT, 2011).

Por ser reconhecido nacionalmente, levando a saúde para mais próximo da população, a ESF conta com apoio de uma equipe multiprofissional, que é responsável por identificar e tratar das mais diversas necessidades presentes, por meio de encontros e escutas sensíveis aos usuários (NEGRI, 2000).

A atuação dessas equipes é determinada como a porta de entrada do sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, que é o SUS, e sugere-se, intervir sobre os fatores de

risco ao qual a comunidade está exposta, prestando assistência integral, permanente e de boa qualidade, realizando atividades de educação e promoção da saúde (GOMES et al., 2009).

Embasada nos princípios do SUS, como forma de ampliar a atuação da ESF, o Ministério da Saúde implantou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), conforme a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. O NASF como uma alternativa inovadora, possui como finalidade ampliar, auxiliar, aperfeiçoar a gestão e atenção da saúde no âmbito da Atenção Básica (AB). É requisito o empenho com a promoção de modificações na atitude e atuação dos profissionais da ESF e entre a própria equipe do NASF, incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além da humanização de serviços, educação permanente e a organização territorial dos serviços de saúde (PEREIRA, 2012).

A relação entre ESF e NASF por meio da educação permanente em saúde consiste em uma prática atribuída a todos os profissionais da atenção primária em saúde, e é de grande relevância, pois permite alterar e conscientizar sobre alguns hábitos e estilo de vida da comunidade assistida. A educação em saúde é um método onde o conhecimento científico produzido pela área da saúde e intermediado pelos próprios profissionais de saúde, é repassado para a população de modo que haja compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença, além de oferecer ajuda para a adoção de novos hábitos saudáveis de vida (PEREIRA, 2012).

De sua origem até os dias atuais, aconteceram grandes discussões sobre a temática de implementação da AB e ESF no Brasil. Profissionais, secretários, membros do Ministério da saúde, professores de Universidades, têm refletido sobre esse modelo assistencial que ainda possui muitos itens a serem descobertos (GIOVANELLA et al., 2009).

As deficiências na formação dos profissionais para as práticas na atenção básica superam os conhecimentos técnicos das profissões. Orientar e capacitar os profissionais que atualmente estão trabalhando é fundamental para que os mesmos possam agir de forma coerente com os princípios que norteiam a ESF, reorganizando a lógica do atendimento. Pois, uma desarticulação nas ações e serviços da equipe pode-se gerar uma sobrecarga na demanda (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

Segundo Brasil (2002) para o Ministério da Saúde (MS) foi incorporada uma atenção maior quanto às discussões de reconhecimento profissional, como base na Lei 10.507 de 10 de julho de 2002 que originou a profissão do ACS na prática do Sistema Único de Saúde.

De acordo com as questões apresentadas sobre a atuação dos ACS com o trabalho realizado pelo NASF, torna-se imprescindível pensar sobre o perfil desses profissionais, como

e se são motivados ao trabalho, a atuação perante a comunidade, a fim de estimular uma qualificação no âmbito da prevenção e promoção da saúde, dando esse retorno à população por meio de atendimentos com qualidade.

Nesse contexto, esse estudo teve como questão norteadora: Qual a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família de Águas Lindas – Ananindeua – Pará?

Desta forma, essa pesquisa apresenta como relevância científica e social, a formação e atuação dos ACS, pois esses desempenham uma ação relevante no contexto da ESF, na qual, se tornaram profissionais com um aspecto fundamental para a equipe. Este trabalho procura entender a organização do trabalho, sua prática profissional e essa integração do ACS que está inserido na ESF, e o apoio com o NASF.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Identificar a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família de Águas Lindas - Ananindeua – Pará.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil socioeconômico e demográfico dos Agentes Comunitários de Saúde;
- Identificar se existem capacitações técnicas e motivações para atuação na comunidade;
- Identificar o nível de conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO BÁSICA

Em 1808 ocorreu a transferência da família Real para o Brasil, período em que o mundo científico se desenvolvia, inclusive a medicina. Já em 1889, a proclamação da República marca o início de um novo ciclo da política de Estado. Com o aparecimento de uma organização social surgiram os primeiros sinais de industrialização nas cidades, a chegada de imigrantes europeus e a saída de pessoas para o campo obrigaram o governo a melhorar ao atendimento de saúde da população (OLIVEIRA; TREZZA, 2012).

Nesse momento, eram tomadas medidas importantes quanto ao combate às epidemias, as quais se espalhavam rapidamente entre as cidades. Essas medidas foram denominadas como o movimento da Reforma Sanitária no país, onde a população, políticos e profissionais da saúde lutavam a favor da democracia (OLIVEIRA; TREZZA, 2012).

O movimento da Reforma Sanitária contribuiu para rediscutir o conceito saúde-doença e o processo de trabalho, incorporou em sua luta as demandas da sociedade como um todo, de modo que as condições de exercício profissional estavam submetidas aos mesmos determinantes que influenciavam na precariedade da saúde da população (LUNARDELO, 2004; OLIVEIRA; TREZZA, 2012).

As diversas formas de pressão por uma reforma política de saúde no país permitiram transformações concretas. Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde discutiu-se sobre a importância da reforma do setor. E com base na Constituição Federal, promulgada em 1988 surgiu o novo modelo de atenção à saúde, o chamado Sistema Único de Saúde (SUS), afirmando a importância de promover a saúde como um direito fundamental da cidadania e dever do Estado garantir a todos esse direito (LUNARDELO, 2004; PAIM, 2008).

As leis posteriores à Constituição, como a Lei 8.080 e 8.142, de 1990, definiram regras junto às Normas Operacionais Básicas (NOB), moldando assim, a implantação do SUS. É denominado como Sistema Único, pois adota em todo o território nacional a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos, de acordo com a responsabilidade das três esferas de governo, o federal, estadual e municipal. Deste modo, o SUS não se caracteriza como um serviço ou uma instituição define-se como um Sistema que expressa um conjunto de serviços, unidades e ações que interagem para a melhora da saúde coletiva. Esses elementos, conjuntos que são integrantes do sistema fazem referência às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (PAIM, 2008).

O SUS se baseia em alguns princípios e diretrizes, como por exemplo, a universalidade, equidade e integralidade. A universalidade que se caracteriza como a garantia de atenção à saúde por parte do sistema como um todo, a qualquer cidadão. De acordo com esse princípio, o sujeito passa a ter direito de acesso aos serviços públicos de saúde, assim como os contratados pelo poder público (BERTOLOZZI; GRECO, 1996; BRASIL, 1990).

A equidade tem como função garantir ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade que cada indivíduo necessite, independente de onde o cidadão residir, sem vantagem e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e deverá ser atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema consegue oferecer de serviços para todos (BERTOLOZZI; GRECO, 1996; BRASIL, 1990).

A integralidade significa o reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade, e a população deverá ser atendida com a visão integral, por um sistema de saúde também integral, com intuito de promover, proteger e recuperar sua saúde (CARVALHO; SANTOS, 1992).

Além das doutrinas, existem três princípios que regem o SUS, que são: descentralização, participação comunitária e a regionalização e hierarquização. A descentralização é entendida como uma redistribuição das responsabilidades em relação às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, ou seja, o que é de abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado é de responsabilidade do governo estadual, e, o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal. Os municípios ficam, portanto, com a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde direcionadas aos seus cidadãos (BRASIL, 1990).

No que se refere à regionalização e hierarquização, os serviços de saúde devem ser organizados em níveis de complexidade crescente, arranjados em uma área geográfica delimitada e com a população a ser atendida já definida. Isto é, a capacidade dos serviços em oferecer todas as modalidades de assistência, bem como o acesso livre a todo e qualquer tipo de tecnologia disponível (CAMPOS, 1992).

O acesso da população à rede se inicia por meio dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar preparados e qualificados para atender e resolver os principais problemas que exigem os serviços de saúde. Casos mais graves deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade. A organização do serviço de forma hierarquizada e regionalizada permite um maior conhecimento dos problemas de saúde da população da área delimitada, em que beneficia ações de vigilância epidemiológica, sanitária, educação em saúde a todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1990).

A organização da assistência à saúde por meio da rede de atenção básica, de média complexidade e de alta complexidade, se dá pelo modelo médico-hospitalar. Essa característica é advinda de uma atenção marcada pelos interesses da congregação médica, indústrias farmacêuticas, entre outras (MERHY; QUEIROZ, 1993).

A década de 90 foi marcada por altos investimentos e incentivos do Ministério da Saúde (MS) na Atenção Básica (AB), estimulando a adoção de um novo modelo assistencial. Este modelo de assistência envolve uma combinação de profissionais, que compõem as equipes multiprofissionais responsáveis pelo cuidado à saúde das pessoas, das famílias e da comunidade (MERHY; QUEIROZ, 1993).

Em 2006, de acordo com a Portaria nº 648/GM, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em que se estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). São definidas as responsabilidades de cada esfera de governo nesse nível de atenção, como por exemplo, a União deve elaborar as diretrizes dessa política em seu território, o Estado deve apoiar de forma técnica e financeira a gestão da AB, e o Município deve organizar, por em prática e gerenciar serviços da AB (MERHY; QUEIROZ, 1993).

De acordo com a concepção de atenção básica, a mesma é descrita por Brasil (2006), como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (SOUSA et al., 2000, p. 9)

Nesse contexto, são ações e serviços de saúde que devem atuar dentro e com a comunidade, facilitando o acesso e acolhendo suas particularidades. Deve ser estabelecido um vínculo com a comunidade e coresponsabilizá-las pela resolução dos problemas de saúde. No Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF), lançado em 1994, representa certamente a teoria que mais engloba a organização da atenção básica no Brasil (SOUSA, 2000).

2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Em 1994, foi inicialmente denominado de Programa Saúde da Família (PSF), onde recebeu uma proposta de implementação da Atenção Primária à Saúde (APS). O PSF possuía como objetivo melhorar o estado de saúde da população por meio de um novo modelo assistencial que visa a promoção, proteção, diagnóstico precoce e tratamento, e assim, através

de uma reorganização da prática de atenção, levar a saúde para mais próximo da família (VIANA; POZ, 2005).

A visão do PSF como atenção à comunidade ganhou forma, visto que um programa passava a não atender à aspiração do projeto político. Então, devido uma maior ambição, a operacionalização abandonou o termo programa e adotou o termo de estratégia de reorganização do modelo de atenção, atualmente chamada de Estratégia Saúde da Família (ESF) (VIANA; POZ, 2005).

A ESF deixou de possuir as restrições de um programa unidirecional, setorial e ampliou limites, mudou a forma de ver o cuidado em saúde, reorganizou a APS e consolidou os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), conseqüentemente, não poderia mais ser lido como um programa (VASCONCELLOS, 1998).

Segundo Brasil (2006) o Ministério da Saúde (MS) conceitua a ESF como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, estabelecidas no nível de Atenção Básica (AB) do sistema de saúde, voltadas à: ampliação da cobertura e progresso da qualidade do atendimento; organização do acesso ao sistema; integralidade do atendimento; conscientização da população sobre as principais moléstias locais e seus determinantes; incentivo à participação da população no controle do sistema de saúde.

A ESF é uma transformação do modelo assistencial vigente no país, alterando o padrão voltado às doenças, fundamentado no hospital, para o de promoção de saúde, prevenção de doenças e cuidado às doenças crônicas, baseado e atuante no território com objetivos específicos para determinada população (VASCONCELLOS, 1998).

As equipes de Saúde da Família (SF) devem ter em sua composição mínima a presença de um médico geral, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde em um número expressivo que possa abranger toda a população do território em questão, respeitando o limite de um ACS para cada 750 pessoas e de 12 ACS para equipe da ESF, números que são definidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Além dessa composição de profissionais, pode estar inserida a equipe de saúde bucal, dividida em duas modalidades. A modalidade 1 possui um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário, já a modalidade 2 conta com os mesmos profissionais e mais um técnico de higiene dental (outros profissionais podem estar atuando integrados a essas equipes, de acordo com as necessidades de saúde de cada comunidade, e a decisão cabe ao gestor municipal (BRASIL, 2006)).

A fim de alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, é imprescindível a participação de outras categorias profissionais. Portanto, em 2008, o

Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com intuito de compartilhar as práticas em saúde, realizar capacitações e elaborar projetos, por meio da Portaria GM nº 154, de 24/01/08, republicada em 04/03/08 (BRASIL, 2008).

O principal objetivo do NASF é o de apoiar a ESF, expandindo e aperfeiçoando as ações e os resultados da APS do SUS, levando em consideração o território, a população e os aspectos regionais de cada local (BRASIL, 2008).

Com base nas necessidades de saúde, vulnerabilidades socioeconômicas e perfil epidemiológico foi estabelecida uma equipe multiprofissional de apoio, formada por fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicológicos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, acupunturistas, homeopatas, entre outros, que atuam de forma integrada com as ESF, as equipes de atenção básica para populações específicas, como consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, e com o Programa Academia da Saúde (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

A composição de cada um dos NASF é definida pelos gestores municipais, de acordo com os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas (MAGALHÃES, 2011).

A atuação integrada permite a realização de discussões de casos clínicos, proporciona o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde quanto nas visitas domiciliares, além de permitir a construção conjunta de projetos terapêuticos, onde amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com direcionamento prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde (MAGALHÃES, 2011).

Em 28 de dezembro de 2012, de acordo Portaria GM nº 3124, o NASF foi redistribuído em três modalidades. Atualmente, cada NASF 1 precisa estar vinculado a no mínimo cinco e no máximo nove equipes de ESF, enquanto a modalidade NASF 2 deve estar vinculado a no mínimo três e a no máximo quatro equipes. A nova modalidade, o NASF tipo 3 permite o suporte para populações específicas, o qual deve estar vinculado a no mínimo uma e a no máximo duas Equipe Saúde da Família Fluvial (ESFF) e/ou Equipe Saúde da Família Ribeirinha (ESFR). Dentre as três modalidades de NASF existem diversos profissionais de áreas diferentes atuando em ações que devem estar sustentadas pelo Apoio Matricial e pelas ferramentas: Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio (BRASIL, 2010).

No que se refere ao apoio matricial observa-se o quanto é significativa a comunicação e as reuniões frequentes entre a equipe ESF e NASF, e se torna essencial a compreensão pelos

profissionais do que é apoio matricial e os objetivos das reuniões. O NASF preconiza o atendimento preferencialmente em grupo, além das competências de cada profissional serem ações diferentes das praticados pela maioria dos profissionais (LIMA, 2013).

Um grande desafio é a alta demanda do SUS, e a necessidade de mais profissionais na APS para que o NASF não se torne porta de entrada ou atendimento ambulatorial. A construção do Projeto de Saúde no Território (PST) deve se orientar pelo princípio da regionalização, procurando parcerias e apoio, valorizando espaços públicos, levando a saúde em escolas, igrejas, pastorais, entre outros (LIMA, 2013).

Apesar de ser um modelo novo, sendo implantado no ano de 2008, o NASF, ainda está em processo de construção e, como o antigo PSF, atual ESF, está se desenvolvendo aos poucos, até que a população e a própria equipe de Saúde da Família possam entender a organização, função dos profissionais do NASF, o trabalho coletivo que é realizado, e o nível de atenção à saúde ao qual está inserido (CAMPOS, 2007).

2.3 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Para isso, é fundamental que a equipe de saúde, juntamente com os ACS, seja estimulada a estudar e conhecer toda a área de abrangência, bem como a organização municipal, para facilitar a criação de estratégias que atinjam o objetivo do NASF. A intersetorialidade ainda é um ideal almejado em todos os setores (CAMPOS, 2007).

Em 1987, foi criado o Programa de Agente de Saúde, que teve início no Ceará, com a tentativa de distribuir profissionais da saúde em locais sem recursos econômicos e sociais, atendendo a recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), em criar opções viáveis para amenizar os problemas de saúde da população, sendo uma das estratégias para modificar o modelo de assistência à saúde (WAI, 2007).

Durante a implantação do Programa, em 1991, surgiu a ideia da campanha 'a saúde bate à sua porta', criado pelo Governo do Ceará, onde ali destacava-se a importância política do Agente de Saúde, a mudança preconizada do fazer saúde e sua posição estratégica junto à comunidade, principalmente a fim de reduzir as altas taxas de mortalidade infantil, já que possuía acesso aos domicílios e poderia estar vinculado às famílias por laços afetivos e até de parentesco (PUPIN; CARDOSO, 2008).

O surgimento da profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS) ocorreu com a Lei nº 10.507/2002 (BRASIL, 2002) e atualmente, o exercício da atividade profissional segue

a Lei nº 11.350/2006 (BRASIL, 2006), onde estabelece que os ACS devam desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações domiciliares e/ou comunitárias, individuais e/ou coletivas, além do monitoramento de grupos específicos e doenças prevalentes; o acompanhamento e a avaliação das ações de saúde (WAI, 2007).

Durante um tempo, surgia a dúvida do trabalho do ACS ser voluntário. Momento em que entrou a questão do vínculo do ACS com o poder público, os servidores públicos têm que ser admitidos por meio de concurso público, e com raras exceções o Estado não pode escolher onde moram seus servidores (MOTA; DAVID, 2010).

Em 2006, a Emenda Constitucional nº 51, e a Lei Federal nº 11.350 definiram que o agente comunitário de saúde deveria ser admitido pela própria Secretaria Municipal de Saúde, pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) ou pelo Regime Jurídico Único, e que ao ser selecionado, o ACS só necessitava possuir grau de escolaridade mínimo o ensino fundamental completo e ser morador da área em que iria atuar. No início, com a seleção pela própria comunidade, era preciso possuir uma referência local, mas não era necessário ter ensino fundamental, bastava ser alfabetizado (MOTA; DAVID, 2010).

Em relação às políticas de formação para o trabalho, determinou-se, nos últimos anos, um processo de certificação por capacidades com base em uma escolaridade mínima, numa perspectiva inclusiva de que todos os trabalhadores possuem direito à escola, por meio do Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, proposto pelo Ministério da Saúde em 2004, o qual é organizado em 1200 horas e dividido em 03 (três) etapas para capacitar tais profissionais da saúde (BRASIL, 2004).

Esse curso é oferecido em algumas escolas, e em alguns estados como Maranhão, Tocantins, Rio de Janeiro iniciaram a profissionalização, a fim de capacitar os profissionais para atuar como técnicos de nível médio junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades (BRASIL, 2004). Esse momento científico é uma estratégia de articulação, troca de experiências, debates e construção de conhecimento em Educação em Saúde. Trata-se de uma rede governamental que foi criada com intuito de fortalecer a formação de profissionais da área da saúde que possuem nível médio (MOTA; DAVID, 2010).

O ACS quando inserido na ESF, surge como uma ligação entre a comunidade e o sistema de saúde, uma vez que deve residir na própria comunidade que atua. Acredita-se que por ser parte da população daquele território em que vive e para quem trabalha, conhece melhor as necessidades desta, compartilha um mesmo contexto social e cultural, portanto, está mais apto a lutar pelos direitos da comunidade (PUPIN; CARDOSO, 2008).

Durante a prática da atenção básica, é imprescindível estabelecer espaços rotineiros de reunião e a frequência das mesmas, e posteriormente, é importante a compreensão dos profissionais a fim de desenvolver estratégias que integrem ainda mais NASF e ESF, sem a exclusão dos ACS, para que a atuação ocorra de forma compartilhada (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Segundo Oliveira e Spiri (2006), as reuniões são realizadas na forma de encontros, com a intenção de discutir sobre os atendimentos e intervenções conjuntas, como a avaliação, consulta, acompanhamento do usuário, grupos, visita domiciliar, estratégias de superação dos desafios no território, humanizar a atenção, entre outros, realizando a troca de conhecimento e de orientações, itens que de acordo com Campos e Domitti (2007), no que se refere o apoio matricial, depende da existência de espaços de reunião com os ACS para o desenvolvimento da prática em saúde.

Cada equipe de ESF também deve se reunir juntamente com seus ACS, visto que são essenciais, devido ao grande número de pacientes visitados pelos mesmos, de modo que esses profissionais saibam divulgar o trabalho coletivo do NASF. Porém, essa divulgação e encaminhamentos dos usuários para o NASF, necessita de indicação, e para que seja realizado de forma eficaz, é competência do NASF capacitar os ACS, para atuarem como facilitadores/monitores no desenvolvimento das atividades físicas/práticas corporais, além de orientar e dar suporte às ações dos ACS (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

A construção de vínculos implica em disponibilidade do profissional, demanda tempo, de modo que aspectos como a variação de profissionais e agendas, que priorizam a demanda espontânea, de certa forma desorganizam o funcionamento do serviço e torna a formação do vínculo, entre profissional e usuário, fragilizado (VIEGAS; PENNA, 2012).

Essa ligação estabelecida, entre ACS e NASF com os usuários, é estimada como fundamental para que se estabeleça a reflexão e o respeito mútuo, e também favorece o processo de autonomia das práticas sociais, no ponto de vista de fortalecer o controle social no SUS (LANZONI et al., 2009).

Quando os usuários do sistema apontam dificuldades quanto à formação de vínculo entre participantes e profissionais do NASF, destaca-se então a importância de medidas educativas para ganho de conhecimento para os ACS, pois os mesmos são parceiros importantes da equipe, e requerem uma atenção especial (LANZONI et al., 2009).

Nesse aspecto, analisando que uma das funções do NASF é desempenhar ações técnico-pedagógicas, uma das maneiras de se favorecer as ações realizadas para a comunidade, é capacitando os ACS juntamente com as ESF. De modo que os profissionais

sejam participativos e engajados em modificar sua atuação, para melhor servir os usuários através de suas práticas profissionais (SCHIMITH; LIMA, 2004).

O entendimento acerca do funcionamento do NASF, seus objetivos, ações desenvolvidas e o público para as quais são destinadas, são assuntos essenciais para que o ACS domine, a fim de que haja uma programação das atividades que serão desenvolvidas, bem como selecionar o indivíduo e/ou família com base em critérios de prioridades, por conta das especificidades do sujeito ou familiares, tentando minimizar a seleção de visitas domiciliares por afinidade a tais usuários (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Valorizar a subjetividade dos usuários, montando vínculos de coresponsabilização entre os sujeitos, assim como intensificar as redes voltadas para a produção do cuidado em saúde são estruturas de busca da integralidade da assistência e dos serviços de saúde (ABRAHÃO; LAGRANGE, 2007).

3 METODOLOGIA

3.1 APROVAÇÕES

A pesquisa teve início após a aprovação da orientadora (APÊNDICE A), do (a) Responsável pela Estratégia Saúde da Família (ESF) Águas Lindas I (APÊNDICE B), do (a) Responsável pela Estratégia Saúde da Família Águas Lindas II (APÊNDICE C), do (a) Responsável pela Estratégia Saúde da Família Nova Águas Lindas (APÊNDICE D), do (a) Responsável pela Estratégia Saúde da Família Palmeira do Açaí (APÊNDICE E), do (a) Responsável pela Estratégia Saúde da Família Moara (APÊNDICE F), do (a) Responsável pela Estratégia Saúde da Família São Raimundo (APÊNDICE G), do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, número do Protocolo do CAAE 44874715.5.0000.5174 e Parecer número 1.095.731 (ANEXO A) e dos participantes da pesquisa por meio da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.2 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa foi do tipo observacional transversal e descritiva, de caráter quantitativa. Baseou-se na absorção e análise de depoimentos dos voluntários.

3.3 LOCAL E PERÍODO

A pesquisa foi realizada nas 6 (seis) Estratégias Saúde da Família vinculadas ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família de Águas Lindas – Ananindeua – Pará. As Estratégias Saúde da Família Águas Lindas I e Águas Lindas II estão localizadas na Rua Oswaldo Cruz, s/n, CEP: 67118-270, e as Estratégias Nova Águas Lindas, Palmeira do Açaí, Moara e São Raimundo estão localizadas na Rua Maranhão, 151, CEP: 67020-250. A coleta de dados foi realizada no período de junho a agosto de 2015.

3.4 AMOSTRA

A amostra foi composta por 25 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das Estratégias Saúde da Família (ESF) vinculadas ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família de Águas Lindas – Ananindeua – Pará.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa os Agentes Comunitários de Saúde exclusivamente vinculados as Estratégias Saúde da Família de Águas Lindas – Ananindeua, de ambos os sexos e com idade acima de 18 anos. Como critérios de exclusão, os profissionais que não são das Estratégias Saúde da Família de Águas Lindas – Ananindeua e que atuem há menos de 1 ano no local de trabalho.

3.6 PROCEDIMENTOS

A coleta foi composta pela aplicação de um questionário socioeconômico e demográfico (APENDICE I) e uma entrevista semiestruturada (APENDICE J), contendo perguntas sobre a prática profissional, processo de trabalho dos ACS, o que é e a importância do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), profissionais e o papel dos mesmos, se há visitas com a equipe do NASF, quais os pontos positivos em fazer parceria com o NASF, quais os pontos negativos em fazer parceria com o NASF, qual é o principal objetivo das visitas domiciliares. As entrevistas foram gravadas e transcritas, para posterior análise dos dados.

Para maior sigilo das informações aos participantes da pesquisa, os instrumentos de coleta de dados foram identificados através das iniciais dos nomes de cada voluntário. Além disso, conforme a utilização dos depoimentos dos entrevistados foram atribuídos números, distribuídos aleatoriamente de acordo com a ordem de entrevista (ACS1, ACS2, ACS3...), de modo a não comprometer a identificação dos participantes.

3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise da estatística descritiva dos dados quantitativos, como o total de participantes da pesquisa, gênero, idade, tempo de trabalho na ESF, vínculo empregatício na ESF, renda e escolaridade, foram armazenados em um banco de dados do Microsoft Office Excel 2010 para a elaboração das tabelas. Para os dados qualitativos, os depoimentos dos participantes foram transcritos para análise dos pontos questionados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a caracterização do perfil dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (Tabela 1), observou-se que haviam 29 ACS os quais estavam distribuídos em 6 Estratégias Saúde da Família (ESF) ligadas ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) do bairro de Águas Lindas – Ananindeua - Pará. No entanto, apenas 25 aceitaram participar da pesquisa. Observou-se que 21 (84%) eram do gênero feminino, e apenas 4 (16%) do gênero masculino. Além disso, 2 ACS não participaram da pesquisa por não se enquadrarem nos critérios de inclusão, 1 ACS não trabalhava mais na ESF e 2 ACS encontravam-se no período de férias.

TABELA 1 – Dados referentes ao perfil dos Agentes Comunitários de Saúde participantes da pesquisa.

	N	%
Gênero		
Feminino	21	84
Masculino	04	16
Faixa etária		
18 a 25 anos	02	08
26 a 30 anos	01	04
31 a 35 anos	03	12
36 a 40 anos	04	16
41 a 45 anos	07	28
46 a 50 anos	05	20
51 a 55 anos	02	08
56 a 59 anos	01	04
Estado Civil		
Solteiro (a)	13	52
Casado (a)	09	36
Divorciado (a)	02	08
Viúvo (a)	01	04

FONTE: Pesquisa de Campo, 2015.

Observou-se que o predomínio do gênero feminino na profissão também foi demonstrado em outros estudos do universo do ACS. Segundo Daune-Richard (2003), em muitas profissões observa-se uma crescente tendência da feminização, sendo assim, esse fato pode estar intimamente relacionado ao papel de cuidadora que a mulher assume na sociedade, como ser responsável pela educação e alimentação das crianças, e aos cuidados dos idosos da família. Essa teoria exemplificaria o processo de trabalho dos ACS, o qual envolve cuidado e dedicação. (ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2004; BERNARDES, 2008; FERRAZ; AERTS, 2005; GESSNER, 2006; KLUTHCOVSKY, 2005; VASCONCELOS; COSTA-VAL, 2008).

Em estudo de Wai (2007), foi identificado que os ACS do gênero masculino apresentavam dificuldade durante o desenvolvimento de suas tarefas laborais, principalmente no que diz respeito em estabelecer o vínculo com a comunidade, entrar no domicílio onde residem apenas mulheres e ao orientar quanto aos cuidados em saúde da mulher. Algumas ACS reconhecem o trabalho como ideal para o gênero feminino, devido às atribuições exigirem características inerentes às mulheres, mas que a prática do cuidado, não deve ser exclusiva de uma categoria profissional, nem do gênero feminino (THEISEN, 2004).

Quanto à faixa etária (Tabela 1) dos ACS entrevistados, verificou-se que houve uma variação de 23 a 58 anos, com média 40.68 ± 8.73 anos.

Em um estudo realizado na região central e norte de em São Paulo com trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS), constatou-se médias semelhantes a presente pesquisa, onde verificou-se que 50,5% dos participantes possuíam idade entre 21 e 40 anos e 49,1% entre 41 e 60 anos. Tais dados demonstram sendo o perfil de trabalhadores bastante heterogêneo, sendo composto em sua maior parte por adultos jovens, onde muitas vezes, podendo estar atrelado em profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS) apresentando pouco tempo de serviço na instituição de trabalho (SILVA; MENEZES, 2008; URSINE; TRELHA; NUNES, 2010; KLUTHCOVSKY et al., 2007).

Quanto ao estado civil, prevaleceram os entrevistados que se declararam solteiros 52%. Tal resultado difere a um estudo realizado no interior do Rio Grande do Sul, onde se detectou um predomínio de ACS casados 105 (43%), o que pode estar relacionado ao predomínio de adultos jovens e mulheres (CARRIJO JORGE et al., 2015).

Em relação à escolaridade (Tabela 2), 16 entrevistados (64%) relataram apresentar ensino médio completo, seguido de 4 (16%) com o nível médio incompleto.

TABELA 2 – Dados referentes às características socioeconômicas dos Agentes Comunitários de Saúde participantes da pesquisa.

	N	%
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	---	---
Ensino Fundamental Completo	02	08
Ensino Médio Incompleto	04	16
Ensino Médio Completo	16	64
Ensino Superior Incompleto	---	---
Ensino Superior Completo	03	12
Renda		
1 salário mínimo	12	48
2 salários mínimos	12	48
3 salários mínimos	---	---
Mais de 3 salários mínimos	01	04

FONTE: Pesquisa de Campo, 2015.

Segundo a Lei nº 11.350/2006 que regulamenta a atuação dos ACS, foi estabelecido dentre os requisitos mínimos que os mesmos tenham concluído o ensino fundamental, e de acordo com os resultados da pesquisa, a maioria dos entrevistados possui escolaridade superior ao que foi instituído. Esses dados corroboram com estudos de Bernardes (2008), Vasconcelos; Costa-Val (2008), Kluthcovsky (2005). Ferraz e Aerts (2005) defendem que quanto maior o tempo de estudo que o ACS possui, maior será o processo de aprendizagem e orientação às famílias sob sua responsabilidade, podendo estar relacionado diretamente com a qualidade do seu serviço.

Observou-se que em relação à renda mensal (Tabela 2) dos participantes, oscilou entre 1 salário mínimo a mais de 3 salários mínimos. Além disso, identificou-se que 2 ACS (8%) exercem, paralelamente, outra ocupação (Tabela 3).

De acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde, o repasse de recursos para o pagamento dos ACS provém do governo federal, governo municipal e de uma parcela em pequena proporção do governo estadual, os quais devem ganhar ao menos um salário mínimo mensal, inserindo-os em uma classe de baixa renda (FERRAZ; AERTS, 2005). E segundo Nunes et al. (2002) esta situação pode desenvolver uma desvalorização do trabalho, havendo um desequilíbrio em desempenhar as complexas atribuições da profissão com a obtenção de uma remuneração financeira baixa. Essa insatisfação pode aumentar ao comparar a renda com o de outros profissionais da equipe. Tal realidade pode influir negativamente no aspecto psicológico desses profissionais, estando mais propensos a desenvolver quadros de sofrimento e adoecimento (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010).

Entretanto, mesmo com uma renda mensal insuficiente, a maioria dos ACS entrevistados possuía apenas um vínculo empregatício, fato que contribui para facilitar a criação de vínculo da comunidade assistida com a equipe de saúde que atua no território, além do mais, a sobrecarga de trabalho tende a ser menor, visto que o profissional pode dedicar-se mais à atividade laboral que exerce (LACERDA E SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011).

Quanto à moradia (Tabela 3), 18 (72%) mencionaram residir na área de abrangência em que atuam. O tempo de trabalho na ESF de Águas Lindas permaneceu em torno de 2 a 15 anos, onde 11 (44%) dos entrevistados relataram trabalhar na ESF em torno de 2 a 3 anos.

TABELA 3 – Dados referentes ao perfil profissional dos Agentes Comunitários de Saúde participantes da pesquisa.

	N	%
Tempo de Experiência em ESF		
2 a 3 anos	11	44
4 a 5 anos	02	08
6 a 7 anos	03	12
Mais de 8 anos	09	36
Tipo de Vínculo Empregatício		
Concurso	13	52
Contrato	12	48
Apresenta outro Vínculo Empregatício		
Sim	02	08
Não	23	92
Mora na Comunidade em que atua		
Sim	18	72
Não	7	28

FONTE: Pesquisa de Campo, 2015.

O ACS é um profissional que precisa estar intimamente ligado à realidade local, visto que deve residir na comunidade em que trabalha. O mesmo realiza a adscrição de famílias de acordo com uma base geográfica definida, adotando aspectos de solidariedade e liderança essenciais no desenvolvimento de suas atividades (BRASIL, 2006; NOGUEIRA et al., 2000).

Muitas vezes o fato do profissional residir na área em que atua, permite a permanência de longo período no mesmo trabalho. Em estudo de Fonseca et al (2014), foi constatado que o tempo de permanência de ACS nos serviços da APS, desde a contratação, variou em torno de 24 meses. Tais dados foram diferentes em comparação a este estudo, em que os participantes da pesquisa apresentaram maior tempo de trabalho na ESF em que

atuavam desde a contratação. Entretanto, observa-se que o tempo de atuação ainda é considerado pouco, visto que a assistência na atenção primária é recente, além da alta rotatividade de profissionais no serviço, seja por questões políticas e não realização de concursos públicos (FONSECA et al., 2014).

Em relação à forma de vínculo empregatício na ESF, 13 entrevistados (52%) ingressaram no cargo por meio de prova de concurso público. O ACS deve ingressar em cargo público por meio da realização de processo seletivo, a partir daí, fica proibida a contratação temporária ou terceirizada. Esta situação pode prejudicar a qualidade de vida desses trabalhadores, pois a inserção em cargos instáveis gera uma insegurança, visto que suas garantias trabalhistas não são concedidas pelos gestores (BRASIL 2006; FIGUEIREDO et al., 2009).

Nesse contexto, proporcionar que o ACS tenha uma satisfação e boa qualidade de vida, permite uma maior motivação para se qualificar que certamente, é um dos caminhos e um dos desafios a enfrentar para que se alcance maior qualidade dos serviços de atenção à saúde, pois entender como o serviço de saúde ao qual está inserido funciona, é de extrema importância (COTTA; SCHOTT; AZEREDO, 2006).

Sendo assim, tornou-se importante examinar o nível de conhecimento dos entrevistados sobre o objetivo do NASF (Tabela 4), visto que é um apoio direto da ESF em que atuam. Observou-se que promover saúde (48%) e orientar a população (28%), foram as alternativas mais mencionadas, porém, 16% dos entrevistados relataram que reabilitar a população doente seria o principal objetivo do NASF nas visitas domiciliares (COTTA; SCHOTT; AZEREDO, 2006).

TABELA 4 – Dados referentes ao principal objetivo do NASF nas visitas domiciliares de acordo com os Agentes Comunitários de Saúde participantes da pesquisa.

	N	%
Reabilitar a população doente	04	16
Promover saúde	12	48
Prevenir doenças	02	08
Orientar e informar a população	07	28

FONTE: Pesquisa de Campo, 2015.

O fato de conhecer os objetivos do NASF nas visitas domiciliares permite que os ACS desempenhem seu trabalho de forma eficaz, visto que existe um grande número de usuários visitados pelos ACS, e assim ocorre a divulgação real do trabalho coletivo do NASF, e cuidando para que este serviço inovador não seja utilizado como atendimento ambulatorial.

Além disso, permite que os entrevistados conheçam a competência do NASF em capacitá-los, para atuarem como facilitadores no desenvolvimento de ações de saúde (MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

A importância do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e as visitas domiciliares

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi implantado sob o discurso de priorização e ampliação das ações da atenção básica, a partir da qualificação da assistência e da gestão, apoiando as equipes da ESF na rede de serviços e ampliando a abrangência, resolutividade, territorialização e a regionalização (LIMA, 2013).

O NASF por se tratar de uma equipe de apoio e com objetivo de prestar maior qualidade de assistência aos usuários apresenta diversos desafios em sua prática. Além disso, se constitui como uma importante estratégia para gerar o fortalecimento da ESF e, de modo especial, desenvolver e aperfeiçoar um novo modelo de atenção à saúde, voltado ao trabalho de equipe (ANJOS et al., 2013).

Para que as ações da ESF sejam realizadas de forma satisfatória, visando a satisfação dos usuários, é importante que primeiramente se crie uma estreita relação entre todos os profissionais. O ACS por ser um profissional que atua diretamente com a comunidade, deve estar ciente de suas atribuições, conhecer os serviços que o NASF oferece e entender o funcionamento, para identificar problemas de saúde no território em que atua, e junto com a equipe, traçar o melhor plano para a resolução de casos (ANJOS et al., 2013).

Os entrevistados quando foram questionados sobre o que significava o NASF, os mesmos oscilaram em seus depoimentos, alguns desconhecem o responsável pela implantação deste serviço de saúde na comunidade.

“É o Núcleo (...) Núcleo Integrado de Saúde da Família” (ACS 1)

“Para dizer a verdade, sei que a gente trabalha junto com eles, mas muitas coisas eu não consigo analisar, qual a função do NASF (...)” (ACS 18)

“O NASF foi um projeto que foi implantado aqui em Águas Lindas, implantado por diversos professores da universidade (...) (ACS 8)

Por sua vez, o NASF traz como proposta de trabalho, a qualificação e o apoio ao trabalho desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família (SF), visando ações com a comunidade e funcionários, colaborando para superar a assistência à saúde fragmentada que

ainda vigora no atual modelo de saúde, e permitindo alcançar a integralidade na atenção à saúde dos usuários (SOUZA et al., 2013).

(...) Então eu acho assim que ele veio para somar, ele veio para fazer a diferença dentro da comunidade. (ACS 3).

(...) na complementação a saúde da comunidade, e a nossa também, do trabalhador, porque eles também trabalham a nossa saúde. (ACS 5).

O ACS é considerado como uma ligação forte entre a comunidade com que atua e o sistema de saúde. Esse vínculo é criado principalmente por meio das visitas domiciliares onde os mesmos entram em contato com a intimidade das famílias, e essa relação de estreita-se devido ao fato desse trabalhador geralmente residir na área em que atua. (PUPIN; CARDOSO, 2008).

“Ele trabalha como um elo, um elo entre a saúde da família e a comunidade.” (ACS 6)

(...) é um vínculo entre eles (NASF) e nós ACS, e através da gente o vínculo com a comunidade (ACS 9)

Diversas atividades são desenvolvidas pelos ACS, como cadastramento das famílias, identificação de situações de risco à saúde, encaminhamento dos casos graves à equipe de saúde, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, busca ativa de faltosos, preenchimento de relatórios, e dentre as mesmas, a principal é a visita domiciliar. No entanto, vários desafios são enfrentados para a realização da mesma, como a distância excessiva e periculosidade de algumas áreas geográficas (BRITO; FERREIRA; DOS SANTOS, 2014; MONTEIRO; PREVITALI, 2011).

“Olha, a verdade é que infelizmente a área do Moara, não sei se foi o mesmo relato (referindo-se aos demais ACS), mas a gente não faz (visita domiciliar) por é longe pra eles (NASF), pra gente e para os pacientes. É a área mais longe de todas as quatro estratégias (...) então é uma dificuldade muito grande, porque o NASF ele depende de um transporte da prefeitura, e isso não acontece há muito tempo (...) (ACS 11)

(...) é uma área que além de ser distante, é muito perigosa, muito carente, no meio de tráfico, sem saneamento, sem condições dignas de se viver (...) (ACS 20)

No que diz respeito sobre as dificuldades enfrentadas pelos ACS, a tarefa torna-se muito complexa, em que abrange diversos enigmas rotineiros, os quais vão além da questão

da saúde e que não dependem dos próprios agentes para serem solucionados, mas que os mesmos têm que encarar para desempenhar o papel na sociedade (MONTEIRO; PREVITALI, 2011).

Profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

No presente estudo, o NASF ligado às ESF de Águas Lindas – Ananindeua – Pará insere-se na modalidade 1, no qual são requisitados alguns profissionais definidos pelos gestores municipais, de acordo com a necessidade de cada área. Conforme ao que foi estabelecido na adaptação portaria nº 2.488/GM/MS de 21 de outubro de 2011, o quadro de profissionais do NASF 1 pode ser composto por Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (LIMA, 2013).

Atualmente, o NASF de Águas Lindas – Ananindeua – Pará é composto por 14 profissionais, distribuídos nas seguintes categorias: assistente social (2), fisioterapeuta (6), terapeuta ocupacional (1), nutricionista (2), fonoaudiólogo (1), profissional de educação física (1), farmacêutico (1). Observa-se que de acordo com o que foi instituído, existem poucos profissionais atuantes, o que pode contribuir para um atendimento deficitário para a população assistida.

De acordo com Pires et al. (2010) é importante conhecer a oferta e a demanda de serviços de saúde de determinado território, a fim de auxiliar a formulação e adaptação de políticas públicas. Com isso, não se deve criar demandas a partir de uma oferta desigual de serviços, e sim os serviços de saúde devem se adequar a partir das necessidades e exigências dos usuários.

Os entrevistados foram questionados sobre os profissionais que compunham o NASF, e em relatos observou-se que alguns desconheciam as categorias profissionais e/ou não se recordavam de todos os profissionais.

“Fisioterapeuta ocupacional, assistente social, nutricionista, dermatologista (...) esqueci os outros” (ACS 12)

(...) Então o que faz falta pra nós é um psicólogo (...) (ACS 2)

“Duas visitas por semana. Terapia ocupacional e fisioterapeuta. Os demais não tive contato” (ACS 22)

A forma de trabalho multiprofissional traz consigo a interdisciplinaridade, que é definida pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas, onde cada profissional possui uma visão diferente, sendo uma importante troca de saberes, incorporando os resultados de várias especialidades e a possibilidade de compartilhar o cuidado para o fortalecimento da integralidade (SANTOS; CUTOLO, 2004).

“É um trabalho em conjunto, assim, é bastante válido pro paciente, né? Nós sozinhos não conseguimos resolver todo o problema do paciente, né? Então, tem que ter um trabalho em conjunto, em equipe. (ACS 17)

“O NASF só veio para somar, ajudar a comunidade, as pessoas que precisam, que as vezes não tem nem informação e os vários profissionais que tem lá, vão e orientam (...) (ACS 14)

A fim de garantir a saúde para diferentes populações, a parceria entre ESF e NASF deve incorporar a interdisciplinaridade das ações entre os membros de suas equipes e promover a integração dos diferentes setores sociais, como educação, saúde, trabalho e transporte, com intuito do fortalecimento das ações em saúde (FERRO et al., 2014).

O trabalho desenvolvido pela ESF está diretamente relacionado com o conceito da intersetorialidade, que é entendida como uma integração contínua que inicia desde o planejamento, execução e a avaliação das ações desenvolvidas entre as instituições e serviços dos diferentes setores. Como exemplo disso, as parcerias existentes das universidades com os serviços de saúde, a fim de difundir o conhecimento, permitindo um contato com a realidade local, contribuindo para formar um profissional competente que atenda as necessidades da população, com sensibilidade e responsabilidade social (DIAS et al., 2014).

Pontos positivos da parceria Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Os ACS ao serem questionados sobre os pontos positivos de fazer a parceria com o NASF demonstram a importância do trabalho em equipe, onde a mesma precisa ser construída

reorganizando-se em torno de projetos terapêuticos para assistir os usuários em sua integralidade.

(...) a importância de se trabalhar em conjunto é muito bom, para todos os lados (ACS 15).

“Olha, a parceria com vários profissionais, porque o ACS se trabalhar sozinho, as pessoas não querem só a nossa visita, os usuários querem todos os outros profissionais, outros cuidados mais especializados” (ACS 22)

(...) eles só vêm para somar com a gente, trabalhar em equipe né, para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com outras especialidades (...) (ACS 16)

Além disso, os entrevistados reconhecem que através do trabalho de assistência em levar os diferentes profissionais do NASF ao domicílio dos usuários, por meio da escuta necessária, cria-se um vínculo de confiança, seja por parte da comunidade e dos próprios ACS com a equipe do NASF (DOS SANTOS et al., 2015)

“A comunidade estava muito necessitada de uma assistência (...) então é um elo né, é um vínculo que já tem ali, e a gente pode confiar (...)” (ACS 3)

(...) isso incentiva a gente levar eles (NASF) para a casa das pessoas, pois os próprios usuários nos cobram. (ACS 13)

“Não observo nenhum (ponto negativo), só ponto positivo mesmo.” (ACS 25)

É importante que o ACS tenha um perfil para o trabalho que vai assumir, ter habilidade de lidar com o público, entender sua função, acolher os usuários e ser acolhido. Esses requisitos podem ser lapidados, respeitando as subjetividades e capacitando frequentemente o profissional (BRAGA; MAFRA; GOMES, 2014).

Pontos negativos da parceria Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Em relação aos pontos negativos, um entrevistado quando questionado relatou a necessidade de resolução de outros casos no momento que a equipe do NASF estava escalada, obtendo uma visão de que tal serviço acarreta em prejuízo das suas atividades. Tal fato pode contribuir para que o trabalho do NASF seja exercido com uma baixa qualidade.

(...) tem muitas vezes que ele ajuda muito, mas as vezes ele atrapalha. Porque as vezes a gente quer ir pra área resolver alguma coisa e não consegue, tem que estar com eles, aí tem que voltar, deixar no posto e não consegue voltar (para a área), porque já está muito tarde, tem certos lugares que são áreas vermelhas, perigosas (...) (ACS 6)

Alguns profissionais relatam que há uma frequência menor de visitas domiciliares, atividades extramuros, apontando como uma deficiência para a assistência à população. A saída para campo, promove um conhecimento melhor das famílias e da comunidade, contribuindo para a atenção às pessoas e para o trabalho da equipe (SIMÕES, 2009).

Como uma forma de estratégia de assistência, as visitas domiciliares são atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde e, quando realizadas, devem constar mensalmente no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), ferramenta que permite conhecer os indicadores quantitativos que está sendo realizada periodicamente pela equipe. Em média, os ACS podem possuir em torno 3.500 famílias cadastradas, realizando em torno de 10 visitas domiciliares diárias, ficando dentro dos valores recomendados pelo Ministério da Saúde (SIMÕES, 2009).

“Sim, faço, uma vez ao mês” (ACS1)

(...) Eu gostaria que tivesse mais visitas, porque tem muitas coisas na nossa área que a gente trabalha sem ferramenta, e com eles não, tem assistente social, que resolvem muitos problemas. Queria mais visitas, mais acompanhamento. (ACS 10)

(...) Talvez que as visitas fosse mais vezes né. Temos que nos dividir, são várias áreas, então acaba sendo poucos dias para ter esse acompanhamento, essas visitas. (ACS 4)

Observa-se ainda, que alguns ACS possuem uma visão da equipe do NASF como assistência a nível secundário, e dependente exclusivamente de materiais para realizar o atendimento ao usuário.

“Assim, em relação a alguns pacientes acamados, eles não tem aquele suporte para atender, eles vão e orientam (...)” (ACS 19)

(...) que eles levassem os instrumentos para fazer a fisioterapia na casa (...) (ACS 15)

Nesse sentido, Cunha e Campos (2011) alegam que a carência de serviços de saúde especializados pode acarretar em um funcionamento equivocado do NASF, podendo adquirir

um papel de outros níveis de atenção, com intuito de substituir o serviço que falta, respondendo às necessidades da população.

Incentivos da Estratégia de saúde da Família para os Agentes Comunitários de Saúde

Em 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS – Humaniza SUS com o objetivo de valorizar e fortalecer o sistema de saúde. Dentre as propostas, encontra-se a constituição das equipes de referência e de apoio matricial para viabilizar os princípios e resultados esperados (BRASIL, 2003).

O apoio matricial é denominado como um apoio técnico especializado ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde com intuito de aumentar seu campo de atuação e qualificar suas ações. O mesmo pode ser realizado por profissionais de diversas áreas especializadas, realizando acolhimento e assistência ao atendimento de qualidade (SCHATSCHNEIDER, 2012).

Desta forma, o apoio matricial permite desenvolver processos de educação permanente em saúde, ao proporcionar a produção de novos conhecimentos nos espaços de trabalho. A educação permanente surge, na lógica da singularidade dos processos de trabalho e das produções de cuidado, introduzindo mecanismos, espaços e temáticas que proporcionem a discussão, problematização e demonstração das práticas em saúde (CECCIM, 2005).

(...) Para não falharmos dia de visita, procurar chegar cedo, para ir, porque é muito importante, e a gente não pode deixar, já que temos essa parceria temos que preservar (...) (ACS 7)

“Sim, as capacitações, essas oficinas que acontecem. São muito boas.” (ACS 23)

“Há muito tempo eu não sabia o que era o NASF, e fui saber aqui. Eu achava que o NASF trabalhava só fazendo tratamento nas casas, e somente agora fui entender que ele é um trabalho de prevenção.” (ACS 21)

Os momentos de escuta devem existir no cotidiano das equipes de saúde da família, nas reuniões de equipes e nos estudos programados, entretanto, os relatos de alguns participantes demonstram que tem sido insuficientes no cotidiano de trabalho (LUNARDELO, 2004).

“Incentivo? Não nenhum.” (ACS 8)

“Antigamente era tudo na prática, tínhamos várias palestras no mês, de aleitamento materno, tuberculose, sobre gestante, hipertenso e diabético, tudo” (ACS 9)

“Não. Mas seria bom né?” (ACS 4)

(...) em termos mais momentos de conhecimento, como os que acontecem na sexta-feira, que são muito bons. (ACS 24)

Conservar os espaços de educação é um ponto encontrado para que muitos profissionais troquem experiências, conhecimento, dialoguem sobre as situações de saúde do território. Esta forma de trabalho tem um caráter resolutivo, sendo determinante na realização de grande parte das ações de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados, observou-se que os objetivos do estudo foram alcançados. No entanto, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) apresentaram pouca percepção quanto ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O ACS considerado como um elo, o responsável pela articulação das ações em saúde entre a comunidade e a equipe de saúde. Atuando como facilitador do acesso da população aos serviços e saúde, necessita de uma atenção especial para desempenhar as atividades. Entretanto, se reconhece o desafio sobre as transformações das práticas, que deve ser superado em várias instâncias, pois implica em mudanças de paradigmas já estruturados nos serviços.

No presente estudo observa-se um perfil de trabalhadores considerados como adultos jovens com idade entre 41 a 45 anos, sendo predominante o gênero feminino, e a maioria dos entrevistados possuía vínculo através de concurso e moradores da comunidade em que atuam, possuindo uma renda mensal compatível com o que é estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Durante as entrevistas, observou-se que a percepção dos ACS quanto às atividades, e o que o NASF realiza, apresentaram-se de forma satisfatória. Quanto aos incentivos que a Estratégia Saúde da Família (ESF) oferece para esses profissionais, a motivação de enfermeiros chefes não deve ser a única motivação para esses profissionais, visto que reconhecem que há uma necessidade maior de capacitações, oficinas, discussão de casos, onde tal incentivo melhoraria as atividades profissionais.

No entanto, para os entrevistados, o conhecimento da função de cada profissional do NASF, encontra-se exposto de forma insatisfatória, na qual poucos conseguiram elencar todos os profissionais que atuam no determinado serviço. Esta deficiência pode acarretar na dificuldade de resolutividade a curto prazo dos problemas de saúde da população, levando a adiar visitas, por ser solicitado equivocadamente outro profissional, que não seja específico para tal família. Além disso, há uma confusão sobre o nível de saúde em que se encontra a atuação do NASF, onde alguns consideram o serviço de nível secundário.

Almeja-se que esta caracterização sociodemográfica possa ser aplicada no conhecimento das exatas realidades das equipes de Saúde da Família, auxiliando em modificações efetivas da atuação profissional, às políticas públicas em saúde e às melhorias na atenção à saúde da família.

Ao se tratar de um trabalho integrado, e não isolado, torna-se impossível pensar somente no agente comunitário, sendo necessária que a equipe de ESF seja capacitada e

formada cotidianamente, sensibilizando-a para que haja a reversão do modelo assistencial para um modelo que visa a prevenção de doenças e promoção de saúde.

Frente ao exposto, torna-se de extrema importância investir em capacitações, parcerias, incentivos ao trabalhador, para que alcancem um melhor conhecimento, para que tais profissionais auxiliem melhor a comunidade, facilitando e ampliando o acesso aos serviços e proporcionando melhores condições de saúde à população do território sob sua responsabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A. L.; LAGRANGE, V. **A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio**. In: Morosini MVGC, Corbo A D. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV, p. 151-72. 2007.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo novas “autonomias” no trabalho. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 5, n. 9, p.150-153, ago. 2001.

ANJOS, K. F. dos et al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde debate**, v. 37, n. 99, p. 672-680, 2013.

BERNARDES, K. A. G. **Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de um município da região oeste do estado de São Paulo**. 2007. 79 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev Esc Enf USP**, v. 30, p.380-398. 1996.

BRAGA, G. M. A. M.; MAFRA, S. T. C.; GOMES, A. P. Agente Comunitário de Saúde: Perfil Socioeconômico, Estado Motivacional e Planejamento para o Trabalho—Uma Caracterização das UBSFS de Viçosa, Minas Gerais. **Libertas**, v. 14, n. 1, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**, Brasília, 1990.

BRASIL, Lei Nº, 10,507, de 10 julho de 2002. **Cria A Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá Outras Providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10507.htm> Acesso: 03 out., 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: área profissional saúde** /Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Lei nº 11.350, 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2008. **Portaria Nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 20 de out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2010. **Portaria Nº 2.843 de 20 de setembro de 2010**. Disponível em: < <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/105513-2843.html>>. Acesso em: 15 de out. 2014.

BRITO, R. S.; FERREIRA, N. E. M. S.; SANTOS, D. L. A. dos. Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. **Saúde & Transformação Social**, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 16-21, 2014.

CAMPOS, G. W. de S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo, Editora HUCITEC, p. 149. 1992.

CAMPOS, G. W. S. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica – Diretrizes. **Cadernos ABEM**, v. 3, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2. 2007.

CARPINTÉRO, M.C. C. **Implantação dos NASF e Gestão Municipal de Saúde**. Conselho Regional de Psicologia SP, 2008. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/cadernos_tematicos/7/frames/fr_implantacao.aspx>. Acesso em: 10 out., 2014.

CARRIJO JORGE, J. et al. Qualidade de vida e estresse de agentes comunitários de saúde de uma cidade do interior de Minas Gerais. **Rev Enferm Atenção Saúde**, v. 4, n. 1, p. 28-41, 2015.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema único de Saúde: comentários à lei orgânica da saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90)**. São Paulo: Hucitec. 1992.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 10, p. 975-986, 2005.

COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C. M. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde & Sociedade**, v. 20, p. 961-70, 2011.

DAUNE-RICHARD, A. Qualificações e representações sociais, pp. 65-76. In Hirata & Maruani (orgs.). **As novas fronteiras da desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho**. Editora Senac: São Paulo, 2003.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 47-355, 2005.

FIGUEIREDO, I. M. de. et al. Qualidade de vida no trabalho: percepções dos agentes comunitários de equipes de saúde da família. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 262-267, abr./jun. 2009.

FONSECA, F. F. et al. Caracterização sociodemográfica e ocupacional de trabalhadores da estratégia saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 5, edição especial, p. 2465-78, 2014.

GESSNER, C. L. S. **Qualidade de vida das equipes de Saúde da Família no município de Timbó-SC**. 2006. 94 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2006.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794. 2009.

GOMES, K. O. et al. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14 (supl. 1), p. 1473-1482. 2009.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. **Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná**. 2005. 118 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. et al. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. **Revista Psiquiatria Rio Grande Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 176-183, 2007.

LACERDA E SILVA, T., DIAS, E. C.; RIBEIRO, E. C. O. Saberes e práticas do Agente Comunitário de Saúde na atenção à Saúde do Trabalhador. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 15, n. 38, p. 859-870, jul./set. 2011.

LANZONI, G. et al. Direitos dos usuários da saúde: estratégias para emponderar agentes comunitários de saúde e comunidade. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p.145-54. 2009.

LIMA, F. L. C. O núcleo de apoio à saúde da família e alguns dos seus desafios. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.3, n.2, jan/jun. 2013.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto – SP**. 2004. 154 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão preto, 2004.

MAGALHÃES, P. L. **Programa Saúde da Família: uma estratégia em construção**. 2011. 39f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto, Minas Gerais, 2011.

MAIO, M. C.; LIMA, N. T. Fórum: o desafio do SUS: 20 anos do Sistema único de Saúde. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7. 2009.

MÂNGIA, E.F.; LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 19, n. 2, ago. 2008.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 2, p.177-184. 1993.

MONTEIRO, M. A. G. S.; PREVITALI, F. S. A política de formação profissional dos agentes comunitários de saúde: limites e possibilidades de construção de sujeitos críticos. **Revista Labor**, v. 1, n. 5, 2011.

MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? In: **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 229-248, jul./out. Ed. Fiocruz, 2010.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96. 2010.

NASCIMENTO, A. P. S.; SANTOS, L. F.; CARNUT, F. Atenção primária à saúde via estratégia saúde da família no Sistema único de Saúde: introdução aos problemas inerentes à operacionalização de suas ações. **J Manag Prim Health Care**, v. 2, n.1, p.18-24. 2011.

NEGRI, B. **Assistência básica de saúde: menos doença, mais vida**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Ações Prioritárias na Atenção Básica em Saúde. 2000.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B. da.; RAMOS, Z. do. V. O. **A vinculação institucional de trabalhador sui generis - o agente comunitário de saúde**. Texto para discussão n. 735. Rio de Janeiro, 2000.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov./dez. 2002.

OLIVEIRA, M.A.C. **Da intenção ao gesto: a dialética da formação de enfermagem em saúde coletiva** [tese], São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 89 p, 2004.

OLIVEIRA, M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, ago. 2006.

OLIVEIRA, L. V.; TREZZA, P. M. **Saúde e educação**. Centro universitário de Maringá. Núcleo de educação à distância. Maringá, PR. 182 p. 2012.

PAIM, J, S, **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA, 2008.

PEREIRA, G. M. **Relato de Experiência: Integração ESF e NASF: parceria para a promoção de saúde**. 2012. 21 p. Monografia (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais. 2012.

PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1009-19, 2010.

- PUPIN, V. M.; CARDOSO, C. L. Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de “ser agente”. **Estudos de Psicologia**, v. 13, n. 2, p.157-163. 2008.
- ROSA, A. S.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; BRÊTAS, A. C. P. O significado que o agente comunitário de saúde atribui ao seu trabalho no processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 255-61, 2004.
- SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre os pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 1, p.33-53. 2001.
- SANTOS, I. S.; SANTOS, S. A.; OLIVEIRA, R. C. **Os avanços do programa saúde da família (PSF) no Brasil**, jul. 2009. Disponível em: <www.webartigos.com>. Acesso em: 25 out. 2014.
- SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 33, n. 3, 2004.
- SANTOS, M. G. dos et al. Desafios enfrentados pelos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Inova Saúde**, v. 4, n. 1, p. 26-46, 2015.
- SCHATSCHINEIDER, V. B. **O matriciamento e a perspectiva dos profissionais de uma estratégia saúde da família**. 2012. 41f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004.
- SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em Agentes Comunitários de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 921-929, 2008.
- SIMÕES, A. R. O agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 2, n. 1, jan./jul. 2009.
- SOUSA, M. F. et al. Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades. **Saúde em Debate**, v. 2, p. 7-14. 2000.
- SOUZA, M. C. de, et al. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios, **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 176-184, 2013.
- THEISEN, N. I. S. **Agentes comunitários de saúde (ACS): condições de trabalho e sofrimento psíquico**. 2004. 160 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) - Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2004.
- URSINE, B. L.; TRELHA, C. S.; NUNES, E. F. P. A. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 327-339, 2010.

VASCONCELLOS, M. P. C. **Reflexões sobre a saúde da família.** In: **Mendes, E. V. org. A organização da saúde no nível local.** São Paulo, Editora HUCITEC. p. 155-172. 1998.

VASCONCELLOS, N. P.; COSTA-VAL, R. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de Lagoa Santa-MG. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 17-28, jan./mar. 2008.

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. D. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família.** *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (suplemento): 225-264. 2005.

VIEGAS, S.; PENNA, C. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na estratégia saúde da família. **Rev Rene**, v. 13, n. 2, p.375–85. 2012.

WAI, M. F. P. **O trabalho do agente comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento.** Ribeirão Preto, 2007. 140 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2007.

APÊNDICE A – ACEITE DA ORIENTADORA**APÊNDICE A - ACEITE DA ORIENTADORA**

**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
EIXO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

DECLARAÇÃO:

Eu, Biatriz Araújo Cardoso, Fisioterapeuta, professora da Universidade do Estado do Pará, aceito orientar o trabalho intitulado “A percepção dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família em Águas Lindas – Ananindeua – Pará”, de autoria da residente Gabriella Araújo de Souza. Declaro ainda ter conhecimento do projeto de pesquisa ora entregue para o qual dou meu aceite.

Belém - Pará, 22 de outubro de 2014.


Biatriz Araújo Cardoso
Fisioterapeuta
Orientadora

APÊNDICE B – ACEITE DA INSTITUIÇÃO – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ÁGUAS LINDAS I

APÊNDICE B - ACEITE DA INSTITUIÇÃO - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ÁGUAS LINDAS I




PREFEITURA MUNICIPAL DE ANANINDEUA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ACEITE DA INSTITUIÇÃO

DECLARAÇÃO:

Declaro em nome da Estratégia Saúde da Família Águas Lindas I ter conhecimento do Projeto de Pesquisa intitulado "A percepção dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família em Águas Lindas – Ananindeua – Pará", de autoria da residente Gabriella Araújo de Souza, do Programa Multiprofissional em Saúde do Eixo Estratégia Saúde da Família da Universidade Estado do Pará, sob orientação da Professora Biatriz Araújo Cardoso, dando-lhe consentimento para a realizar o trabalho nesta Instituição, e coletar dados em nosso serviço durante o período preestabelecido pelo cronograma. Estamos também cientes e concordamos com a publicação dos resultados encontrados, sendo obrigatoriamente citados na publicação como locais de realização do trabalho.

Belém - Pará, 22 de outubro de 2014


Gerlandia Deives de Oliveira Campos

Gerlandia Deives de Oliveira Campos
Enfermeira
COREN/PA 119.455/PK

Responsável pela Estratégia Saúde da Família Águas Lindas I

(assinatura e carimbo do Responsável legal pela Instituição)

Telefones: (91) 98207-0474

APÊNDICE C – ACEITE DA INSTITUIÇÃO – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ÁGUAS LINDAS II

APÊNDICE C - ACEITE DA INSTITUIÇÃO - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ÁGUAS LINDAS II



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANANINDEUA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ACEITE DA INSTITUIÇÃO

DECLARAÇÃO:

Declaro em nome da Estratégia Saúde da Família Águas Lindas II ter conhecimento do Projeto de Pesquisa intitulado "A percepção dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família em Águas Lindas – Ananindeua – Pará", de autoria da residente Gabriella Araújo de Souza, do Programa Multiprofissional em Saúde do Eixo Estratégia Saúde da Família da Universidade Estado do Pará, sob orientação da Professora Biatriz Araújo Cardoso, dando-lhe consentimento para a realizar o trabalho nesta Instituição, e coletar dados em nosso serviço durante o período preestabelecido pelo cronograma. Estamos também cientes e concordamos com a publicação dos resultados encontrados, sendo obrigatoriamente citados na publicação como locais de realização do trabalho.

Belém - Pará, 22 de outubro de 2014

Juliana Maria Oliveira da Silva

Responsável pela Estratégia Saúde da Família Águas Lindas II
(assinatura e carimbo do Responsável legal pela Instituição)

Telefones: (91) 9825-22688

APÊNDICE D – ACEITE DA INSTITUIÇÃO – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOVA ÁGUAS LINDAS

APÊNDICE D - ACEITE DA INSTITUIÇÃO - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOVA ÁGUAS LINDAS



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANANINDEUA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ACEITE DA INSTITUIÇÃO

DECLARAÇÃO:

Declaro em nome da Estratégia Saúde da Família Nova Águas Lindas ter conhecimento do Projeto de Pesquisa intitulado "A percepção dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família em Águas Lindas – Ananindeua – Pará", de autoria da residente Gabriella Araújo de Souza, do Programa Multiprofissional em Saúde do Eixo Estratégia Saúde da Família da Universidade Estado do Pará, sob orientação da Professora Biatriz Araújo Cardoso, dando-lhe consentimento para a realizar o trabalho nesta Instituição, e coletar dados em nosso serviço durante o período preestabelecido pelo cronograma. Estamos também cientes e concordamos com a publicação dos resultados encontrados, sendo obrigatoriamente citados na publicação como locais de realização do trabalho.

Belém - Pará, 22 de outubro de 2014


Fabricia Marques Fiuza

Fabricia Fiuza
Enfermeira
COREN-PA 095.181

Responsável pela Estratégia Saúde da Família Nova Águas Lindas

(assinatura e carimbo do Responsável legal pela Instituição)

Telefones: (91) 98220-9303

APÊNDICE E – ACEITE DA INSTITUIÇÃO – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PALMEIRA DO AÇAÍ

APÊNDICE E - ACEITE DA INSTITUIÇÃO - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PALMEIRA DO AÇAÍ



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANANINDEUA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ACEITE DA INSTITUIÇÃO

DECLARAÇÃO:

Declaro em nome da Estratégia Saúde da Família Palmeira do Açaí ter conhecimento do Projeto de Pesquisa intitulado "A percepção dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família em Águas Lindas – Ananindeua – Pará", de autoria da residente Gabriella Araújo de Souza, do Programa Multiprofissional em Saúde do Eixo Estratégia Saúde da Família da Universidade Estado do Pará, sob orientação da Professora Biatriz Araújo Cardoso, dando-lhe consentimento para a realizar o trabalho nesta Instituição, e coletar dados em nosso serviço durante o período preestabelecido pelo cronograma. Estamos também cientes e concordamos com a publicação dos resultados encontrados, sendo obrigatoriamente citados na publicação como locais de realização do trabalho.

Belém - Pará, 22 de outubro de 2014

Paula Regina Ferreira Lemos

Paula Regina Ferreira Lemos

Responsável pela Estratégia Saúde da Família Palmeira do Açaí

(assinatura e carimbo do Responsável legal pela Instituição)

Telefones: (91) 98372-2092



APÊNDICE F – ACEITE DA INSTITUIÇÃO – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA MOARA

APÊNDICE F - ACEITE DA INSTITUIÇÃO - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA MOARA



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANANINDEUA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ACEITE DA INSTITUIÇÃO

DECLARAÇÃO:

Declaro em nome da Estratégia Saúde da Família Moara ter conhecimento do Projeto de Pesquisa intitulado “A percepção dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família em Águas Lindas – Ananindeua – Pará”, de autoria da residente Gabriella Araújo de Souza, do Programa Multiprofissional em Saúde do Eixo Estratégia Saúde da Família da Universidade Estado do Pará, sob orientação da Professora Biatriz Araújo Cardoso, dando-lhe consentimento para a realizar o trabalho nesta Instituição, e coletar dados em nosso serviço durante o período preestabelecido pelo cronograma. Estamos também cientes e concordamos com a publicação dos resultados encontrados, sendo obrigatoriamente citados na publicação como locais de realização do trabalho.

Belém - Pará, 22 de outubro de 2014

Diego João de Lima Arrais

Diego João de Lima Arrais

Diego João de Lima Arrais
Emprego
Luzia-PA 1981

Responsável pela Estratégia Saúde da Família Moara
(assinatura e carimbo do Responsável legal pela Instituição)
Telefones: (91) 98027-6896

APÊNDICE G – ACEITE DA INSTITUIÇÃO – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO RAIMUNDO

APÊNDICE G - ACEITE DA INSTITUIÇÃO - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO RAIMUNDO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANANINDEUA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ACEITE DA INSTITUIÇÃO

DECLARAÇÃO:

Declaro em nome da Estratégia Saúde da Família São Raimundo ter conhecimento do Projeto de Pesquisa intitulado "A percepção dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família em Águas Lindas – Ananindeua – Pará", de autoria da residente Gabriella Araújo de Souza, do Programa Multiprofissional em Saúde do Eixo Estratégia Saúde da Família da Universidade Estado do Pará, sob orientação da Professora Biatriz Araújo Cardoso, dando-lhe consentimento para a realizar o trabalho nesta Instituição, e coletar dados em nosso serviço durante o período preestabelecido pelo cronograma. Estamos também cientes e concordamos com a publicação dos resultados encontrados, sendo obrigatoriamente citados na publicação como locais de realização do trabalho.

Belém - Pará, 22 de outubro de 2014


Luiz Bandeira
ENFERMEIRO
COREN-PA 213938



Luiz Francisco R. Bandeira

Responsável pela Estratégia Saúde da Família São Raimundo
(assinatura e carimbo do Responsável legal pela Instituição)

Telefones: (91) 98135-7265

APÊNDICE H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“A percepção dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família em Águas Lindas – Ananindeua – Pará”

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

O participante da pesquisa fica ciente:

- I)** Essa pesquisa será realizada com 35 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de ambos os sexos e com idade acima de 18 anos e que atuem mais de 1 ano nas Estratégias Saúde da Família (ESF) vinculadas ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) de Águas Lindas – Ananindeua – Pará e tem como objetivo Analisar a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família de Águas Lindas - Ananindeua – Pará. A coleta será composta pela aplicação de um questionário socioeconômico e demográfico e uma entrevista semiestruturada, contendo perguntas sobre a prática profissional, processo de trabalho dos ACS, o que é e a importância do NASF, profissionais e o papel dos mesmos, se há visitas com a equipe do NASF, quais os pontos positivos em fazer parceria com o NASF, quais os pontos negativos em fazer parceria com o NASF, qual é a principal objetivo das visitas domiciliares. As entrevistas serão gravadas e transcritas.
- II)** O participante ou voluntário da pesquisa não é obrigado a responder as perguntas contidas no instrumento de coleta dos dados pesquisa;
- III)** A participação neste projeto poderá ou não submeter você a um tratamento, bem como não causará a você nenhum gasto;
- IV)** O participante ou voluntário da pesquisa tem a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação, sem penalização nenhuma e sem prejuízo a sua saúde ou bem estar físico;
- V)** O participante ou voluntário não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária;
- VI)** Direito a Indenização: Item 2.7 da Res. 466/12 - cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa;

VII) Garantia de Ressarcimento: Item 2.21 da Res. 466/12 – compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transportes e alimentação;

VIII) Benefícios: Os benefícios da pesquisa estão relacionados com a importância de ter conhecimento sobre a percepção, visão e conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, desta forma, poderá instruí-los sobre as diretrizes do programa, com o propósito de ser atuar na atenção básica de maneira mais eficiente e eficaz oferecendo a população um atendimento de prevenção de doenças e de promoção de saúde com mais qualidade;

IX) Riscos: A pesquisa poderá ter como risco para o participante o constrangimento devido as perguntas, no entanto, o mesmo não é obrigado a responder as perguntas contidas nos questionários. Outro risco refere-se a divulgação dos dados coletados, desta forma, os dados obtidos durante a pesquisa serão mantidos em sigilo pelos pesquisadores, assegurando ao participante a privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa;

X) Os dados obtidos durante a pesquisa serão mantidos em sigilo pelos pesquisadores, assegurando ao participante ou voluntário a privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa;

XI) Os resultados poderão ser divulgados em publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais;

XII) Durante a realização da pesquisa, serão obtidas as assinaturas dos participantes da pesquisa e do pesquisador, também, constarão em todas as páginas do TCLE as rubricas do pesquisador e do participante da pesquisa;

XIII) Garantir ao participante da pesquisa que este receberá uma via assinada e rubricada do TCLE.

XIV) Caso o participante da pesquisa desejar, poderá pessoalmente, ou por meio de telefone, entrar em contato com o pesquisador responsável para tomar conhecimento dos resultados parciais e finais desta pesquisa (incluir contatos: telefone/email de todos os pesquisadores envolvidos na pesquisa).

Eu, _____, residente e domiciliado na _____, portador da Cédula de identidade, RG _____, e inscrito no CPF _____ nascido (a) em ____/____/____, abaixo assinado, declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Desta forma concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário (a) do estudo acima descrito.

- () Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- () Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Belém, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante: _____

Testemunha 1: _____

(Nome / RG / Telefone)

Testemunha 2: _____

(Nome / RG / Telefone)

Gabriella Araújo de Souza – CREFITO: 200909.1.F

Assinatura Pesquisador Responsável: _____

Fisioterapeuta Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Estratégia Saúde da Família/UEPA

Telefone: (91) 98335-4664

Endereço: Rua Domingos Marreiros, 350. Apto 1502

CEP: 66055-210 – Bairro: Umarizal

APENDICE I - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

Identificação: _____

Sexo: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Estado civil: _____

Tempo de trabalho na ESF de Águas Lindas: _____

Vínculo empregatício na ESF: () Contrato () Concurso

Possui outro vínculo empregatício: () Sim () Não

Mora na Comunidade: () Sim () Não

Escolaridade:

() Fundamental Incompleto

() Fundamental Completo

() Médio Incompleto

() Médio Completo

() Superior Incompleto

() Superior Completo

Renda:

() 1 salário mínimo

() 2 salários mínimos

() 3 salários mínimos

() mais de 3 salário mínimo

APENDICE J - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

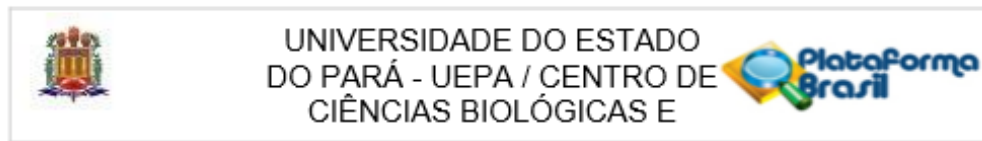
Identificação: _____

ESF: _____

- 1) O que é o NASF?
- 2) Qual é a importância do NASF?
- 3) Quais são os profissionais que tem no NASF?
- 4) Você faz visitas com a equipe do NASF?
 - 4.1) Quantas visitas você faz por semana?
 - 4.2) Com quais profissionais você mais faz visitas?
- 5) Quais os pontos positivos em fazer parceria com o NASF?
- 6) Quais os pontos negativos em fazer parceria com o NASF?
- 7) Você recebe algum incentivo da ESF? Se sim, qual?

- 8) Qual é o principal objetivo do NASF nas visitas domiciliares?
 - () Reabilitar a população doente
 - () Promover saúde
 - () Prevenir doenças
 - () Orientar e informar a população

ANEXO A – APROVAÇÃO DA PESQUISA NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A percepção dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Águas Lindas - Ananindeua - Pará

Pesquisador: Gabriella Araújo de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44874715.5.0000.5174

Instituição Proponente: Universidade do Estado do Pará - UEPA / Centro de Ciências Biológicas e da

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.095.731

Data da Relatoria: 15/05/2015

Apresentação do Projeto:

Ok!

Objetivo da Pesquisa:

Ok!

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Ok!

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ok!

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Ok!

Recomendações:

Ok!

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ok!

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Trav. Perebebul, 2623

Bairro: Marco

CEP: 66.087-670

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3276-0829

Fax: (91)3276-8052

E-mail: cep_uepa@hotmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO PARÁ - UEPÁ / CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E



Continuação do Parecer: 1.095.731

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BELEM, 08 de Junho de 2015

Assinado por:
RENATO DA COSTA TEIXEIRA
(Coordenador)



Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
Tv. Perebebuí nº 2623 – Marco
66095-662, Belém – PA
www.uepa.br