



CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

CHARLEIDE JANUÁRIO SILVA

**PERSPECTIVAS DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE SERTANEJAS
SOBRE AS MUDANÇAS TRAZIDAS PELA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO
BÁSICA DE 2017**

ICÓ - CEARÁ
2025

CHARLEIDE JANUÁRIO SILVA

**PERSPECTIVAS DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE SERTANEJAS
SOBRE AS MUDANÇAS TRAZIDAS PELA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO
BÁSICA DE 2017**

Monografia apresentada à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, do curso de bacharelado em Enfermagem, do Centro Universitário Vale do Salgado (UniVS), como quesito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Josué Barros Júnior.

CHARLEIDE JANUÁRIO SILVA

**PERSPECTIVAS DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE SERTANEJAS
SOBRE AS MUDANÇAS TRAZIDAS PELA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO
BÁSICA DE 2017**

Monografia apresentada à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, do curso de bacharelado em Enfermagem, do Centro Universitário Vale do Salgado (UniVS), como quesito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Josué Barros Júnior
Centro Universitário Vale do Salgado – UniVS
Orientador

Prof. Me. Rafael Bezerra Duarte
Centro Universitário Vale do Salgado – UniVS
Universidade Estadual do Ceará - UECE
1º Examinador

Profa. Esp. Clélia Patrícia da Silva Limeira
Centro Universitário Vale do Salgado – UniVS
2ª Examinadora

DEDICATÓRIA

*À minha família, que é a razão do meu viver.
Aos meus pais, Seu Francisco e Dona Lulu que
me ensinaram o valor da honestidade, da fé e
da perseverança, e que é meu porto seguro em
cada momento desafiador. As minhas irmãs, ao
meu cunhado e ao meu sobrinho que, com
palavras de carinho e gestos de amor, enchem
a minha caminhada de esperança.*

*Dedico este trabalho a vocês, que sempre
acreditaram nos meus sonhos, mesmo quando
eu mesma duvido. Cada conquista minha é, na
verdade, é nossa, pois carrego em mim a força,
o amor e os ensinamentos de vocês.*

AGRADECIMENTOS

Muitos esforços, muitas renúncias, muita força de vontade foram necessários para que eu pudesse concluir mais essa conquista. Em muitos momentos pensei em desistir, pois acreditava não ser capaz, mas ao meu lado eu tenho pessoas que me sustentam e sonham junto comigo, por essa razão eu dirijo meus agradecimentos.

A Deus, fonte de sabedoria e luz, agradeço pela força concedida em cada desafio, pela esperança nos momentos de incerteza e pela graça de chegar até aqui. Sem a presença divina, nada seria possível.

A minha família, meus pais Maria Lucineide Januário Cezário da Silva e Francisco das Chagas Silva, minhas irmãs Charlene Januário Silva e Charlineide Januário Silva, meu cunhado Gerson Gomes dos Santos e meu sobrinho Davi Januário Gomes, dedico minha mais profunda gratidão, pelo amor incondicional, pela paciência e pelo apoio em todas as etapas desta caminhada. Cada gesto de incentivo foi combustível para que eu não desistisse diante das dificuldades.

Ao meu orientador, professor Rafael Bezerra Duarte, registro minha sincera admiração e reconhecimento pela dedicação, paciência e disponibilidade em compartilhar seus conhecimentos. Suas orientações foram fundamentais para a construção deste trabalho e para o meu crescimento acadêmico e pessoal, um professor que vai além da sala de aula, um verdadeiro amigo. Sou muito grata por todo seu cuidado.

A minha banca examinadora, professor Josué Barros e professora Clélia Limeira, agradeço pela atenção e pelo tempo dedicado na leitura e avaliação desta pesquisa. Suas contribuições e considerações serão sempre valiosas para o aprimoramento do meu percurso acadêmico e profissional.

A todos que, de alguma forma, fizeram parte desta trajetória, deixo também meu sincero agradecimento.

*“Não há saber mais nem saber
menos, há saberes diferentes”*

Paulo Freire

RESUMO

SILVA, C. J. **Perspectivas das agentes comunitárias de saúde sertanejas sobre as mudanças trazidas pela Política Nacional de Atenção Básica de 2017.** 2025. 76f. Monografia (Graduação em Enfermagem). Centro Universitário Vale do Salgado – UniVS, Icó, Ceará, 2025.

Os(as) Agentes Comunitários(as) de Saúde que atuam em áreas rurais desempenham um papel essencial na promoção da saúde e na aproximação entre a comunidade e os serviços de saúde, especialmente, os oferecidos pelas Atenção Primária à saúde. Contudo, com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica de 2017, ocorreram mudanças significativas em sua atuação, bem como trouxeram desafios quanto à manutenção do vínculo comunitário, continuidade do cuidado e perda da verdadeira identidade da profissão. Assim, este estudo tem por objetivo, analisar a compreensão das agentes comunitárias de saúde sertanejas sobre as mudanças trazidas pela Política Nacional de Atenção Básica de 2017. Realizou-se um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, com nove agentes comunitárias de saúde, atuantes em equipes de Estratégia de Saúde da Família da área rural do município de Icó, Ceará, Nordeste do Brasil. Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário sociodemográfico e Grupo Focal *on-line*. Os dados do questionário foram analisados de forma descritiva e os advindos do Grupo Focal através da análise de conteúdo temática. O estudo respeitou todos os aspectos éticos e legais, fazendo cumprir a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, pelo parecer de nº 4.688.142. No que concerne aos resultados, posteriormente a análise, pode-se obter três categorias temáticas, a saber: Categoria 1 - O (Des)conhecimento das agentes comunitárias de saúde sobre a Política Nacional de Atenção Básica de 2017: ecos e silenciamentos do corpo agente comunitário de saúde; Categoria 2 - “Descaracterização do trabalho do agente comunitário de saúde”: dúvidas e inquietações sobre o novo fazer e ameaça à essência do cuidado e; Categoria 3 - Entre o fazer e o desfazer no território: os desafios e as dificuldades cotidianas das agentes comunitárias de saúde frente às mudanças trazidas pela Política Nacional de Atenção Básica de 2017. Portanto, as mudanças trazidas pela Política Nacional de Atenção Básica de 2017 impactaram de forma significativa o trabalho das agentes comunitárias de saúde rurais, evidenciando fragilidades na compreensão das novas diretrizes e na preservação de sua identidade profissional. Assim, faz-se necessário uma maior valorização, formação continuada e diálogo entre gestão e trabalhadores, a fim de fortalecer o papel dessas profissionais no cuidado comunitário e práticas educativas. No mais, reforça-se a importância de políticas públicas que reconheçam e sustentem a essência do trabalho das agentes comunitárias de saúde como elo fundamental entre a população e o sistema de saúde.

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

ABSTRACT

SILVA, C. J. **Perspectives of community health workers from rural areas on the changes brought about by the 2017 National Primary Care Policy.** 2025. 76f. Monograph (Graduation in Nursing). Vale do Salgado University Center – UniVS, Icó, Ceará, 2025.

Community Health Agents working in rural areas play an essential role in promoting health and bridging the gap between the community and health services, especially those offered by Primary Health Care. However, with the publication of the 2017 National Primary Care Policy, significant changes occurred in their work, as well as challenges regarding the maintenance of community ties, continuity of care, and loss of the true identity of the profession. Thus, this study aims to analyze the understanding of rural community health agents regarding the changes brought about by the 2017 National Primary Care Policy. An exploratory and descriptive study with a qualitative approach was conducted with nine community health agents working in Family Health Strategy teams in the rural area of the municipality of Icó, Ceará, Northeast Brazil. Data were collected through the application of a sociodemographic questionnaire and an online focus group. The questionnaire data were analyzed descriptively, and the data from the Focus Group were analyzed through thematic content analysis. The study respected all ethical and legal aspects, complying with resolution 466/12 of the National Health Council and was approved by the Ethics and Research Committee of the Dr. Leão Sampaio University Center, under opinion number 4.688.142. Regarding the results, after analysis, three thematic categories were obtained, namely: Category 1 - The (Lack of) knowledge of community health agents about the 2017 National Primary Care Policy: echoes and silences of the community health agent body; Category 2 - "Decharacterization of the work of the community health agent": doubts and concerns about the new practice and threat to the essence of care; Category 3 - Between doing and undoing in the territory: the daily challenges and difficulties faced by community health workers in the face of the changes brought about by the 2017 National Primary Care Policy. Therefore, the changes brought about by the 2017 National Primary Care Policy significantly impacted the work of rural community health workers, highlighting weaknesses in understanding the new guidelines and in preserving their professional identity. Thus, greater appreciation, continuing education, and dialogue between management and workers are necessary to strengthen the role of these professionals in community care and educational practices. Furthermore, the importance of public policies that recognize and support the essence of the work of community health workers as a fundamental link between the population and the health system is reinforced.

Keywords: Community Health Workers. Primary Health Care. Health Policy.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agente de Combate de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACSs	Agentes Comunitários(as) de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CE	Ceará
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitês de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CNSMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CNSMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COADS	Coordenadoria da Área Descentralizada de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
eMulti	Equipes multiprofissionais
ESF	Estratégia Saúde da Família
GF	Grupo Focal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programa de Agentes de Saúde
PCATool	Instrumento de Avaliação da APS
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SECNS	Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TICs	Tecnologias de Informação e Comunicação
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UniVS	Centro Universitário Vale do Salgado
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	14
2.1	OBJETIVO GERAL.....	14
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1	DISCORRENDO SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	15
3.2	APONTAMENTOS SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA..	17
3.3	CONHECENDO OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	20
4	MÉTODO	25
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	25
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	26
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	27
4.4	COLETA DE DADOS.....	28
4.5	ANÁLISE DE DADOS.....	31
4.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DO ESTUDO.....	31
4.6.1	Riscos e benefícios	33
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
5.1	APRESENTAÇÃO DAS PARTICIPANTES.....	34
5.2	CATEGORIZAÇÃO DAS FALAS.....	37
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
	REFERÊNCIAS	55
	ANEXOS	62
	ANEXO A – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA	63
	ANEXO B – TCLE	64
	ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO	67
	ANEXO D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM/VOZ	68
	ANEXO E – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS 1	69
	ANEXO F – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS 2	70
	ANEXO G – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	71

1 INTRODUÇÃO

O embrião do trabalho do(a) Agente Comunitário(a) de Saúde (ACS) no Brasil, ocorreu entre as décadas de 1970 e 1980 no município de Jucás no Ceará (CE), sendo em seguida, devido sua experiência exitosa, disseminado por todo o estado do CE como parte de um programa de emergência contra a seca e posteriormente institucionalizado o Programa de Agentes de Saúde (PAS) (Ávila, 2011). Depois, no ano de 1991, com o objetivo principal de reduzir a morbimortalidade materna e infantil, foi criado o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) (Pedebos; Rocha; Tomasi, 2018; Brasil, 2016).

Em 1992, o Ministério da Saúde (MS) reconheceu a implantação do PNACS no estado do CE, e o transformou no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visando contribuir para uma melhor qualidade de vida da população, investindo, sobretudo, em práticas de educação em saúde individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade (Martins, 2012; Brasil, 2001). Logo após, em 1994, o PACS foi integrado ao Programa Saúde da Família (PSF), atualmente intitulado de Estratégia Saúde da Família (ESF), tornando-se, portanto, o principal modelo de atenção à saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) no país, tendo em vista ser a principal porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS) (Pinto; Giovanella, 2018; Freire *et al.*, 2021).

Prontamente, a criação da profissão e o trabalho do(a) ACS foi regulamentada pela Lei n.º 10.507, de 10 de julho de 2002 (Brasil, 2002), posteriormente revogada pela Lei n.º 11.350, de 5 de outubro de 2006 (Brasil, 2006a), e todas as suas atividades e atribuições foram definidas através da portaria n.º 648, de 28 de março de 2006, a qual aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2006b), reformulada primeiramente pela portaria n.º 2.488 de 21 de outubro de 2011, e em seguida pela portaria n.º 2.436 de 21 de setembro de 2017 (Brasil, 2011; Brasil, 2017). Destaca-se também que, diante de todas as lutas, mobilizações e reivindicações da categoria, no dia 20 de janeiro de 2023, através da Lei n.º 14.536, foi regulamentado o trabalho do(a) ACS como profissional de saúde (Brasil, 2023).

No Brasil, 257.061 Agentes Comunitários(as) de Saúde (ACSs) estão presentes em 98% dos municípios, o que representa uma cobertura de 61,03% da população brasileira, trabalhando com objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas nos diferentes territórios, sobretudo, através de ações de promoção, educação, prevenção e vigilância em saúde. Dados do e-Gestor da Atenção Básica (AB) mostram que até dezembro de 2020, a região Nordeste tinha mais 100.00 ACS trabalhando na APS e 14.678 no Estado do Ceará (Brasil, 2021).

Segundo Maciel et al. (2020), dentre os profissionais que trabalham no território da APS, o(a) ACS é considerado um personagem-chave, pois, além de ser o principal elo de ligação entre os serviços de saúde e a comunidade, reside na área que atua e conhece de perto as necessidades e a realidade das pessoas, destaca-se por ter como atributo do seu trabalho a competência cultural, a construção de vínculo e a orientação comunitária, assim como por transitar entre os saberes populares e técnicos, e por ser um agente social (Riquinho *et al.*, 2018). O(a) ACS é quem realiza o levantamento e cadastro dos usuários e os mantém atualizado, orienta as famílias acerca do uso dos serviços de saúde disponíveis, desenvolve ações educativas, principalmente, por meio das visitas domiciliares, entre outras atividades, evidenciando assim seu importante papel junto a equipe de ESF (Brasil, 2017; Alonso; Béguin; Duarte, 2018).

Logo, ressalta-se que no território rural, devido às características socioeconômicas da população, bem como as barreiras demográficas, distância da Unidade Básica de Saúde (UBS), ausência de transporte público, dificuldades de acesso aos meios de comunicação, alta rotatividade dos profissionais de saúde, entre outros aspectos (Sousa; Almeida, 2023), estes profissionais são essenciais e indispensáveis, sobretudo, por serem capazes de diminuir as distâncias que existem entre as unidades de saúde e a comunidade, identificar as reais necessidades e os problemas da população, bem como por buscarem atalhos para que os indivíduos possam ter acesso aos serviços de saúde (Soares *et al.*, 2020).

Contudo, a cobertura destes profissionais nos diferentes territórios foi desconsiderada no texto da PNAB de 2017, onde encontra-se descrito que o número de ACSs poderá ser reduzido na formação da equipe de ESF, ficando determinado que só existirá cobertura total de ACSs em áreas de risco ou em situação de vulnerabilidade social, o que conseqüentemente, acarretará, na diminuição e precarização da cobertura populacional, bem como efeitos negativos no processo de trabalho da APS (Brasil, 2017; Batalha; Lavor, 2017). Destaca-se ainda que tal problemática, acabou comprometendo a qualidade do acompanhamento dos usuários e a resolutividade dos problemas de saúde na comunidade, além de enfraquecer a relação entre a equipe de saúde e a população (Pinto, 2018; Fonseca *et al.*, 2019).

Além da diminuição ou até mesmo a formação de equipes de ESF sem a presença do(a) ACS, a última PNAB trouxe mudanças no processo de trabalho destes profissionais, tendo por destaque, à integração do trabalho do(a) ACS com o Agente de Combate de Endemias (ACE), configurando-se em uma categoria mais ampla, bem como a realização de procedimentos desenvolvidos até então pelo técnico e/ou auxiliar de enfermagem, descaracterizando, portanto,

o papel construído historicamente pelo(a) ACS, de promotor de práticas de educação em saúde (Brasil, 2017; Melo *et al.*, 2018; Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

Assim, reconhecendo o papel histórico do(a) ACS como um agente de mudanças, munido de conhecimentos e experiências singulares adquiridas na APS, sobretudo, no território rural, este estudo parte das seguintes questões norteadoras: Qual a compreensão dos(as) ACSs sertanejos(as) sobre a PNAB de 2017 e as repercussões da mesma em suas práticas? Quais as mudanças ocorridas nas práticas dos(as) ACSs a partir da publicação da PNAB de 2017? Quais são as dificuldades e/ou desafios dos(as) ACSs para o desenvolvimento de suas práticas após a publicação da PNAB de 2017 e de que forma as mesmas podem ser superadas?

A escolha por essa temática, justifica-se pelo fato de a pesquisadora residir em área rural e poder observar de perto a importância do trabalho que o(a) ACS tem nesse território, sobretudo, por também residir em área rural e conhecer de perto as reais necessidades e os problemas de saúde da população, assim como por poder aproximar a comunidade dos serviços de saúde. Além disso, pesquisas revelam que após a publicação da PNAB de 2017, em muitos municípios brasileiros, estes profissionais tiveram mudanças em suas práticas. Assim sendo, pode-se afirmar que essas transformações provocadas pela PNAB de 2017, trouxeram impactos significativos sobre os serviços de saúde da APS, bem como para o modelo de assistência à saúde vigente, o que despertou o interesse em buscar aprofundamento científico acerca das percepções dos ACSs rurais diante dessas mudanças.

Diante do exposto, o presente estudo é relevante pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o papel do(a) ACS na APS e de suas atribuições atuais, além das mudanças trazidas pela PNAB de 2017, especialmente, para o trabalho dos(as) ACSs, assim como por poder despertar e estimular a realização de novas pesquisas sobre a temática no meio acadêmico. Ainda, o estudo contribuirá para que possamos refletir acerca do trabalho essencial que o(a) ACS exerce dentro da APS, tendo em vista resgatar suas atribuições originais, considerando e incorporando as inovações tecnológicas atuais, mas não tê-lo como um trabalhador dispensável, como é proposto na última PNAB. Também, despertará nos gestores, instituições e trabalhadores da área da saúde uma reflexão a respeito de uma nova reformulação/atualização da PNAB.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a compreensão das agentes comunitárias de saúde sertanejas sobre as mudanças trazidas pela Política Nacional de Atenção Básica de 2017.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos participantes da pesquisa;
- Evidenciar as mudanças nas práticas das ACSs a partir da publicação da PNAB de 2017;
- Identificar as dificuldades e/ou desafios das ACSs para o desenvolvimento de suas práticas após a publicação da PNAB de 2017 e de que forma as mesmas podem ser superadas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DISCORRENDO SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS é o primeiro ponto de contato da população com os serviços de saúde. Ela envolve um conjunto de ações que vão além do tratamento de doenças, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de agravos, a proteção da saúde, o diagnóstico, o tratamento, a redução de danos e a vigilância em saúde. Essas ações são realizadas por equipes multiprofissionais, qualificadas e comprometidas com o cuidado integral do indivíduo, da família e da comunidade (Brasil, 2017). Com isso, são definidos alguns atributos que são importantes para o desenvolvimento das práticas do cuidado na APA. Sendo eles essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, e derivados: abordagem familiar, enfoque comunitário e competência cultural (Oliveira; Pereira, 2013; Barros; Aquino; Souza, 2022).

Assim, os atributos essenciais são cruciais para o desenvolvimento das práticas de cuidado, enquanto os atributos derivados enfatizam a importância de direcionar o atendimento às necessidades específicas da população (Machado *et al.*, 2021). O processo de utilização dos serviços de saúde inicia-se com o atributo do primeiro contato do usuário, que pode ser motivado por um novo problema de saúde ou por uma exacerbação de um problema pré-existente. Esse ponto de partida é comumente denominado "porta de entrada" do sistema de saúde, caracterizando-se como o primeiro recurso a ser procurado pela população quando surge uma necessidade ou demanda relacionada à saúde (Oliveira; Pereira, 2013).

A longitudinalidade, caracterizada pela existência de uma relação contínua entre profissional de saúde e usuário, é um conceito central na APS. Enfatizando o vínculo interpessoal e o acompanhamento integral do usuário. Ao manter uma relação de confiança com um profissional de saúde, as pessoas tendem a procurar atendimento precocemente, o que facilita o diagnóstico e o tratamento de doenças. Além disso, a longitudinalidade contribui para a prevenção de doenças e para a promoção da saúde (Batista *et al.*, 2023).

A integralidade, princípio fundamental do SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988, busca garantir uma assistência à saúde que abranja todas as dimensões do ser humano, considerando suas necessidades individuais e coletivas. Essa integralidade se manifesta em quatro dimensões principais: a primazia das ações de promoção e prevenção, a atenção nos três níveis de complexidade da assistência, a articulação das ações de promoção, proteção e

prevenção e a abordagem integral do indivíduo e das famílias (Machado *et al.*, 2021; Oliveira; Pereira, 2013).

A coordenação do cuidado objetiva ofertar ao usuário, entre níveis assistenciais, um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada. Para tanto, busca-se articular os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do ponto de atenção. A atenção coordenada, portanto, se configura como uma estratégia essencial para garantir a integralidade da assistência à saúde, promovendo a continuidade do cuidado, otimizando o uso dos recursos e, conseqüentemente, melhorando os resultados em saúde da população (Lima *et al.*, 2018).

Os quatro atributos da APS, são fundamentais para a organização das RAS. No entanto, a coordenação desempenha um papel central, pois é ela que garante a articulação entre os diferentes pontos de atenção e os serviços de saúde. Sem a coordenação, o primeiro contato se reduziria a um mero registro, a longitudinalidade perderia sua profundidade, e a integralidade seria comprometida, dificultando a construção de relações de confiança e a oferta de cuidado integral ao usuário (Oliveira; Pereira, 2013; Batista *et al.*, 2023).

Os atributos derivados da APS, no que diz respeito à abordagem familiar, centra-se na família como núcleo de cuidado, valorizando o conhecimento que a equipe de saúde tem sobre ela e o conhecimento que os próprios membros da família têm sobre seus problemas de saúde. Além disso, o enfoque comunitário busca o envolvimento ativo da comunidade na tomada de decisões sobre a saúde, promovendo a participação da população em todos os níveis de atenção. A articulação entre essas duas abordagens é fundamental para fortalecer o vínculo entre a comunidade e as equipes de saúde, garantindo um cuidado mais integral e humanizado (Machado *et al.*, 2021).

Ainda, a APS deve ser orientada por princípios que garantam o acesso e a qualidade do cuidado. A universalidade, a acessibilidade e a equidade asseguram que todos tenham direito aos serviços de saúde. A integralidade, a humanização e o vínculo promovem um cuidado centrado no indivíduo, considerando suas necessidades e particularidades. A continuidade do cuidado garante a assistência integral ao longo da vida, enquanto a responsabilidade e a participação social fortalecem o vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade. Ao considerar o indivíduo em sua complexidade e inserção social, a APS busca promover a saúde, prevenir doenças e reduzir danos, contribuindo para uma melhor qualidade de vida (Shimazaki, 2009).

Assim, a APS deve ser organizada em serviços locais de saúde, próximos à população, sendo constituída por equipes multiprofissionais. Essas equipes, que devem ser compostas por médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e outros profissionais, que trabalham de forma integrada para atender às necessidades específicas de cada comunidade. A participação ativa da população na gestão e no controle das ações da APS é fundamental para garantir que os serviços sejam relevantes e eficazes (Fahel; Silva, 2018).

Dessa forma, considerando a saúde como um resultado multifatorial, que transcende o biológico, a intersetorialidade se configura como um atributo fundamental da APS (Sumar; Fausto, 2014). A construção da intersetorialidade é um processo participativo que envolve a sociedade civil organizada, universidades, movimentos sociais e governos em diferentes níveis. Ao integrar diferentes perspectivas e saberes, essa abordagem busca fortalecer a democracia e promover a equidade em saúde, considerando as necessidades e demandas da população (Garcia *et al.*, 2014).

Diante das práticas acumuladas, ao serem unidas à constituição do SUS (Brasil, 1988) e sua normatização (Brasil, 1990), oportunizou a construção de uma política que visasse à reorientação do modelo assistencial, tem em vista tornar o contato prioritário da população com o SUS. Dessa forma, em 28 de março de 2006, por meio da Portaria nº GM/648, o MS publicou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2006b), que definiu a atualização de diretrizes e normas para a organização da APS e para o PACS no Brasil, alterando e invalidando muitas das portarias já existentes. Com isso, a PNAB é considerada um marco que apresenta uma grande evolução e ampliação da APS e do SUS (Pinto; Giovanella, 2018).

3.2 APONTAMENTOS SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

A PNAB foi constituída a partir da experiência acumulada por um conjunto de atores historicamente envolvidos com o desenvolvimento e consolidação do SUS, como usuários, movimentos sociais, trabalhadores e gestores das três esferas do governo (Brasil, 2012). Foi instituída no Brasil com o objetivo de promover o acesso universal e contínuo aos serviços que se configuram como porta preferencial do sistema de saúde, bem como desenvolver um cuidado integral que impactasse de forma direta na situação de saúde e na autonomia das pessoas e das coletividades (Silva *et al.*, 2020). Sendo responsável, por coordenar ações integrais que abrangem estratégias como ações programáticas, assistência, vigilância, interdisciplinaridade e multidisciplinaridade, nos diversos níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo a ESF uma prioridade na reorganização dessa rede (Ferreira; Ladeia, 2018).

A PNAB é regularizada pelos princípios norteadores do SUS como universalidade, acessibilidade, integralidade, equidade e participação social, assim como pela definição de atribuições/funções, continuidade do cuidado, humanidade e responsabilização (Ferreira; Ladeia, 2018). Em sua primeira edição, a PNAB foi publicada pelo governo federal no ano de 2006, no contexto do Pacto pela Saúde, por meio da portaria GM n.º 648, de 28 de março de 2006, a qual estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da APS, do PSF e do PACS no Brasil, além de modificar e revogar várias portarias existentes até então (Pinto; Giovanella, 2018; Brasil, 2006b).

A PNAB-2006 tinha por objetivo estabelecer as diretrizes organizacionais, levando em consideração os princípios propostos pelo Pacto pela Vida, em defesa do SUS e da Gestão e a expansão nacional da ESF, ratificando esse modelo como prioridade na realização da APS. Construída com base científica sólida, a PNAB-2006 deu início a uma importante discussão sobre a organização institucional do sistema nas redes de saúde, ao fornecer recomendações norteadoras para os serviços de saúde, financiamento do sistema, arranjo das equipes, processo de trabalho, e para as atribuições das categorias profissionais, entre outras (Brasil, 2006b).

Além disso, a PNAB-2006 em seu texto incorporou e definiu no país os atributos da APS, sendo eles: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural (Gomes; Gutiérrez; Soranz, 2020). Ao incorporar os atributos da APS, estabeleceu princípios e diretrizes para a organização da APS muito próximos com os princípios e fundamentos do SUS. Ainda, fez uma revisão das funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e reconheceu a existência de distintas modalidades de acordo com o modelo de organização predominante (UBS com ou sem ESF) (Melo *et al.*, 2018, Mitros *et al.*, 2023).

Juntamente ao processo de formulação de políticas públicas e a partir da necessidade de adequação aos novos serviços de saúde, e também aliada à demanda do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CNSMS), a PNAB-2006 passou por duas revisões, a primeira através da Portaria GM n.º 2.488 de 21 de outubro de 2011, e a segunda pela Portaria GM n.º 2.436 de 21 de setembro de 2017 (Brasil, 2006b; Brasil, 2011; Brasil, 2017). Com a publicação da PNAB-2011, além de programas já existentes como o Instrumento de Avaliação da APS (PCATool), outros surgiram para o fortalecer ainda mais as ações da APS, como o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ-AB), o Requalifica UBS (reformas, ampliações, construções e informatização), o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos (PMM). Também, nesse período foi criado o e-SUS AB (Ferreira; Ladeia, 2018; Melo *et al.*, 2018).

De modo geral, a PNAB no período de 2006 a 2013, buscou solucionar os problemas vigentes na APS, mesmo diante de cenários críticos, como por exemplo, a infraestrutura inadequada das UBS, o modelo assistencial, a dificuldade de atração de profissionais médicos e o subfinanciamento. Durante esse período, houveram acontecimentos importantes, os quais ajudaram no fortalecimento da APS e na ampliação do acesso e aprimoramento da atenção em saúde, como, implantação e ampliação das ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criação de diferentes modalidades de equipes (consultórios na rua, ribeirinhas e fluviais, por exemplo), criação do Programa Saúde na Escola (PSE) e da Academia da Saúde (Ferreira; Ladeia, 2018; Gomes; Gutiérrez; Soranz, 2020).

Já em setembro de 2017, foi instituída por meio da Portaria n.º 2.436 a PNAB de 2017 (Brasil, 2017), que consolida os conceitos, assim como reafirma os princípios instituídos nas políticas anteriores. Contudo, a PNAB de 2017 propõe modificações significativas no que se diz respeito às modalidades e na composição das equipes de saúde atuantes na APS, como por exemplo, o reconhecimento das equipes de APS sem a obrigatoriedade dos profissionais dentistas e auxiliares ou técnicos de enfermagem, aponta mudanças na flexibilização da carga horária dos profissionais da APS e a não priorização da ESF do ponto de vista da indução financeira, exhibe a possibilidade de diminuição do número de ACS nas equipes de APS, além de alterações nas atribuições comuns e específicas de profissionais e trabalhadores da saúde (Morosini; Fonseca, 2017; Silva *et al.*, 2020).

Além da redução ou falta dos ACS nas equipes de ESF, outra mudança proposta na PNAB de 2017 é a integração desse trabalhador com o Agente de Combate de Endemias (ACE), se configurando assim no Agente de Saúde (Brasil, 2017). Ainda, o texto da PNAB de 2017 descreve que o ACS irá desempenhar após treinamento algumas competências realizadas pelos técnicos e/ou auxiliares de enfermagem como, aferição de pressão arterial, medição da glicemia capilar, aferição da temperatura axilar e realização de técnicas limpas de curativo (Melo *et al.*, 2018).

Ao analisar as duas primeiras versões da PNAB, percebe-se que, entre os itens necessários à implantação da ESF na PNAB 2006 e 2011, havia uma referência única, o acesso universal. Afirmava-se que, para a implantação da equipe de ESF, seria necessário que houvesse um número de ACS suficiente para atender 100% da população cadastrada, sendo no máximo 750 pessoas por ACS e 12 ACS por equipe. Ainda, na PNAB-2011 ficou descrito o alerta de que o limite máximo de residentes vinculados a cada equipe não deve ser ultrapassado, destacando a preocupação com condições que possam afetar diretamente a qualidade do atendimento (Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

Em contrapartida, no texto da PNAB-2017, não há nenhuma referência sobre o acesso universal. A mesma discorre a respeito do fim da obrigatoriedade da cobertura universal dos ACS, sendo determinada cobertura de 100% somente em populações que vivem em situação de vulnerabilidade social e em áreas de risco, ficando esta definição a cargo do gestor em conjunto com a Equipe da AB e Conselho Municipal ou Local. O número de ACS por Equipe, na nova PNAB, não é definido de acordo com dados demográficos e legislação vigente, fato que provoca incompatibilidade sobre o papel do ACS e universalidade de acesso (Morosini; Fonseca; Lima, 2018; Pinto, 2018; Silva *et al.*, 2020).

A PNAB-2017, também, reconhece que a equipe mínima pode ser formada por auxiliar ou técnico de enfermagem, enfermeiro e médico, podendo ou não acrescentar outros profissionais. Essas equipes devem ser arranjadas pela Gestão municipal segundo as necessidades locais, levando em consideração o perfil demográfico e epidemiológico que é de sua responsabilidade. Ainda, a nova PNAB descreve que a distribuição da carga horária dos profissionais dessa equipe mínima, deve ser de forma flexível, mantendo a carga horária mínima de 10 horas, além de poder existir no máximo três profissionais de uma mesma categoria (Melo *et al.*, 2018; Cecilio; Reis, 2018).

Todavia, a criação de equipes mínimas com dedicação parcial à APS e a readequação da equipe profissional com menor carga horária aos serviços de saúde tem sido vastamente discutida e criticada tendo em vista a probabilidade de fragmentação do processo de trabalho com várias conexões profissionais e menor vínculo entre a equipe de referência e população (Cecilio; Reis, 2018; Almeida, 2018; Ferreira; Ladeia, 2018). Dessa forma, excluindo o ACS da equipe mínima colocam-se em risco as ações de promoção e prevenção de saúde, trazendo ameaças sobre os determinantes em saúde essencial para prestação de uma assistência integrada à saúde (Morosini; Fonseca, 2017; Pinto; Giovanella, 2018).

3.3 CONHECENDO OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Os ACS são peças-chave na APS, atuando como ponte entre a comunidade e os serviços de saúde. Sua presença de forma rotineira nas residências e na comunidade, permite um acompanhamento próximo das famílias, facilitando a identificação de problemas, a promoção da saúde e a vigilância epidemiológica. Ao viverem imersos na realidade local, os ACS detêm um conhecimento profundo das necessidades da população, contribuindo para a construção de ações mais eficazes e culturalmente adequadas. O ACS, ao compreender as particularidades culturais da comunidade, torna-se um agente fundamental na promoção da saúde, traduzindo o

conhecimento científico para uma linguagem acessível e relevante, tornando mais fácil a comunicação e a construção de ações educativas mais eficazes (Garcia *et al.*, 2017; Garcia *et al.*, 2019).

Em outros países também há a presença do ACS como personagem importante para o desenvolvimento do cuidado, com origem e desempenhando seu papel de acordo com as regularidades de cada lugar. No que se refere a saúde brasileira, a atuação do ACS tem origem na década de 1940, quando o MS já formava profissionais para atuarem em áreas desassistidas do país, antecipando o papel atual desse profissional. Além de atuarem como educadores, esses profissionais desempenhavam um papel fundamental na vigilância em saúde, realizando visitas domiciliares para acompanhar gestantes, puérperas e crianças. Também eram responsáveis por monitorar a ocorrência de doenças prevalentes e registrar os nascimentos e óbitos em suas áreas de abrangência (Fonseca; Morosini; Mendonça, 2013).

O Ceará foi pioneiro na institucionalização do trabalho de agentes comunitários de saúde no Brasil. A experiência de Jucás, iniciada na década de 1970, serviu de base para a criação do PAS em 1987, em resposta à seca que assolou o estado. Essa iniciativa inovadora demonstrou a importância da atuação comunitária na promoção da saúde, especialmente em áreas rurais e com baixa cobertura de serviços de saúde. O programa de emergência, criado em resposta à seca, selecionou 6.000 mulheres do sertão cearense para atuarem como agentes de saúde. A escolha priorizou mulheres conhecidas e respeitadas em suas comunidades, valorizando o conhecimento local e a proximidade com a população, independentemente do nível de escolaridade (Ávila, 2011).

Apesar do sucesso do PAS, criado em 1987 como resposta à seca, ele foi desativado em 1988. No entanto, a importância do trabalho dessas mulheres para a comunidade foi reconhecida e, em 1991, o MS institucionalizou o PACS, visando à promoção da saúde e à melhoria da qualidade de vida da população (Brasil, 2001; Ávila, 2011). Sendo assim, a trajetória da profissão de ACS iniciou-se em 1997 com o estabelecimento das primeiras bases legais. Em 1999, as diretrizes para o exercício dessas atividades foram definidas, delineando o papel do ACS no sistema de saúde. No entanto, foi apenas em 2002, com a sanção da Lei nº 10.507, que foi revogada pela Lei nº 11.350, que a profissão foi oficialmente reconhecida e regulamentada. Essa lei conferiu aos ACS a responsabilidade de realizar ações de prevenção de doenças e promoção da saúde nas comunidades, sempre sob a supervisão do gestor local e alinhadas às diretrizes do SUS (Brasil, 2002, Brasil, 2006a).

Segundo a Lei nº 13.595, que altera a Lei nº 11.350 e atualmente é denominada como Ruth Brillhante, pela Lei nº 14.799, que foi uma profissional que lutou pelos direitos e causas

relacionadas aos ACS. Para exercer as funções, é fundamental que o profissional resida na área em que atua, a fim de conhecer a realidade local e facilitar o acesso à população. Além disso, a conclusão do ensino fundamental e do curso de qualificação específica garante a formação necessária para o desenvolvimento das atividades (Garcia *et al.*, 2017, Brasil, 2018, Brasil, 2024).

No contexto da APS, a PNAB estabelece as atribuições desse profissional da seguinte maneira:

- I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;
- III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;
- IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;
- V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;
- VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito à agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;
- VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal (Brasil, 2017, s/p).

Em situações excepcionais, e sob supervisão de profissional de saúde, o ACS poderá realizar, em sua área de atuação, atividades assistenciais, desde que devidamente treinado e equipado, encaminhando posteriormente o paciente para a unidade de referência. Essas atividades incluem a realização de aferição de pressão arterial e glicemia capilar, em domicílio, com o objetivo de promover a saúde e prevenir doenças, especialmente a diabetes mellitus. Executar técnicas limpas de curativos e aferição de temperatura axilar durante visitas domiciliares. Avaliar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, garantindo o acompanhamento do paciente. Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com a equipe, além de exercer outras atribuições inerentes à função e em sua área de atuação (Brasil, 2017).

Dentro da APS, o ACS configura-se como um profissional singular, cuja atuação transcende os limites da saúde, abrangendo diversos aspectos das condições de vida da

população. Sua forte identidade comunitária e o papel de mediador entre as diferentes esferas da vida social distinguem o ACS dos demais profissionais de saúde, tornando-o um agente fundamental na construção de redes de solidariedade e no acesso aos direitos sociais. Ao impulsionar a construção de redes de solidariedade comunitária e facilitar o acesso aos direitos sociais, o ACS demonstra sua importância com a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde (Riquinho *et al.*, 2018).

De acordo com Soares *et al.*, (2020), o trabalho do ACS, especialmente em áreas rurais, é fundamental para reduzir as desigualdades em saúde, diminuindo a distância entre a população e o cuidado. Ao identificar as necessidades específicas da comunidade e facilitar o acesso aos serviços, os ACS contribuem para a equidade em saúde. Estudos internacionais evidenciam que, em muitos casos, os ACS complementam as políticas públicas, utilizando recursos próprios para garantir a assistência aos usuários, demonstrando um forte compromisso com a saúde da população.

Diante disso, no contexto da ruralidade as intervenções dos ACS se aproximam fortemente dos atributos de porta de entrada e integralidade da atenção primária à saúde, através de ações como o cadastramento familiar, o agendamento de consultas e a orientação sobre serviços disponíveis. A forte vinculação com as famílias e a ausência de outros recursos assistenciais nas áreas rurais reforçam o papel dos ACS como mediadores, garantindo a continuidade do cuidado e a integralidade das ações. A disponibilidade fora do horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o uso de instrumentos informais de comunicação para agendar consultas e exames demonstram a capacidade dos ACS em superar as barreiras geográficas e logísticas, garantindo o acesso oportuno aos serviços (Sousa; Almeida, 2023).

O ACS rural também desempenha um papel crucial no acolhimento dos usuários nas unidades de saúde. Ele é o primeiro ponto de contato, responsável por ouvir, identificar as necessidades e orientar sobre os procedimentos a serem adotados. Além disso, ele esclarece aos usuários sobre as limitações do serviço e os motivos de eventuais encaminhamentos ou impossibilidades de atendimento imediato (Fonseca, 2013).

Ainda em relação às atribuições dos ACS, principalmente rurais, que são fundamentais para a APS, mas são frequentemente realizadas em condições precárias. A sobrecarga de trabalho, com longas jornadas que extrapolam o horário regular, a falta de materiais e infraestrutura adequados, a fragilidade do vínculo empregatício e a exposição a riscos ocupacionais são desafios constantes. Além disso, a ausência de reconhecimento e valorização por parte de gestores, colegas e usuários, somada às fragilidades do sistema de saúde,

contribuem para a desvalorização da categoria. Assim, a valorização desses profissionais, por meio do reconhecimento, de melhores condições de trabalho e do investimento em capacitação, é essencial para garantir a eficácia das ações em saúde e o bem-estar da população (Riquinho *et al.*, 2018, Broch, 2018).

Diante disso, o trabalho do ACS é marcado por diversos desafios que demandam um constante aprimoramento de suas habilidades e conhecimentos. A necessidade de traduzir o conhecimento técnico para a linguagem da comunidade, a complexidade das dinâmicas familiares, a diversidade dos contextos de atuação e a amplitude das atribuições da ESF são alguns dos principais obstáculos enfrentados pelos ACS. A resistência da população a mudanças e os conflitos interpessoais, tanto com a comunidade quanto com a equipe de saúde, também se configuram como desafios significativos para a prática do ACS (Baptistini; Figueiredo, 2014).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, parte do projeto de pesquisa intitulado “**ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: De (in) visível na nova Política Nacional de Atenção Básica à protagonista na pandemia da Covid-19**”.

Estudos exploratórios desempenham um papel fundamental na construção do conhecimento científico, especialmente em áreas pouco exploradas. Ao aprofundar a compreensão inicial sobre um tema, eles oferecem subsídios para a definição precisa dos objetivos de pesquisa, a delimitação do escopo e a formulação de hipóteses significativas. Ainda, esses estudos podem revelar novas perspectivas e insights, estimulando futuras investigações mais detalhadas (Gil, 2019).

No que se refere a estudos descritivos, Gil (2019) destaca que esses têm como objetivo caracterizar e descrever detalhadamente um determinado fenômeno, grupo ou comunidade. Utilizando-se de informações como idade, sexo, escolaridade e outras variáveis, esses estudos buscam registrar e analisar as características de um determinado objeto de estudo. O pesquisador, nesse caso, atua como um observador, descrevendo as particularidades sem interferir nos dados. Através dos estudos descritivos, é possível compreender as experiências, a composição de uma população e as características de um determinado fenômeno, contribuindo para a construção de um conhecimento mais aprofundado sobre o tema em questão.

Já se tratando da pesquisa com abordagem qualitativa, quando aplicada à saúde, permite uma compreensão profunda dos significados e das experiências individuais e coletivas relacionadas a um determinado fenômeno. Ao investigar não apenas os fatos em si, mas também os sentidos que as pessoas atribuem a esses fatos, essa abordagem possibilita uma análise mais rica e complexa. Ao contrário da pesquisa quantitativa, que busca generalizações a partir de grandes grupos, a pesquisa qualitativa se concentra na singularidade de cada experiência, buscando compreender as construções sociais e os significados que as pessoas atribuem à saúde e à doença. Através de técnicas como entrevistas em profundidade, grupos focais e observação participante, os pesquisadores podem acessar as perspectivas e as vivências dos participantes, revelando nuances e complexidades que seriam perdidas em uma abordagem mais quantitativa (Minayo, 2014).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no território da APS, mais precisamente nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da zona rural do município de Icó, localizado na região Centro-Sul do Ceará, Nordeste do Brasil. O município fica distante 375 km da capital Fortaleza e faz divisa com os estados da Paraíba e do Rio Grande do Norte. Icó foi a terceira vila instalada no CE, apresenta um sítio arquitetônico do século XVIII, tem uma área territorial de 1.871,995 km² e apresenta densidade demográfica de 34,97 hab/km². De acordo com o censo realizado em 2022, o município de Icó tinha uma população de 62.642 habitantes, e para o ano de 2024 a população estimada é de 64.802 habitantes (IBGE, 2023).

O município de Icó faz parte da 2ª região de saúde do estado - Cariri, integrando a Coordenadoria da Área Descentralizada de Saúde (COADS) de Icó, a qual é responsável pela coordenação, articulação e organização do sistema de saúde loco-regional, tendo em vista que, é polo de referência para outros seis municípios (Baixio, Cedro, Ipaumirim, Lavras da Mangabeira, Orós e Umari) (Ceará, 2019).

Em sua organização de sistema de saúde, o referido município conta com um Hospital e uma Policlínica de caráter Regional, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e com o serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) básico e avançado. Além disso, dispõe de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), e duas Equipes multiprofissionais (eMulti). Conta ainda com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I, um CAPS II, um CAPS Infantil, um CAPS Álcool e Drogas e com uma Residência Terapêutica.

No que se refere aos serviços à APS, o município de Icó possui cobertura de 100% de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo um total de 21 (09 localizadas na zona urbana e 12 na zona rural), distribuídas em 17 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS). Cabe ainda destacar que, todas as equipes têm cobertura de ACS, totalizando um quantitativo de 138, sendo 63 ACS da zona urbana e 75 da zona rural (ver Quadro 1).

Quadro 1 - Distribuição do número de ACS por equipes de ESF e território de instalação da ESF, Icó, Ceará, Nordeste, Brasil, 2021.

EQUIPES DE ESF	Nº DE ACS NA EQUIPE	LOCAL DE INSTALAÇÃO DA ESF
ESF - CENTRO I	06	Zona urbana
ESF - CENTRO II	06	Zona urbana
ESF - SÃO VICENTE DE PAULO*	07	Zona urbana
ESF - SÃO GERALDO*	12	Zona urbana
ESF - CIDADE NOVA I	08	Zona urbana
ESF - CIDADE NOVA II	06	Zona urbana
ESF - ALTO MANOEL MARIANO I	04	Zona urbana
ESF - ALTO MANOEL MARIANO II	05	Zona urbana
ESF - GAMA*	09	Zona urbana
ESF - UMARI DOS LOURENÇOS	07	Zona Rural
ESF - LIMA CAMPOS I	04	Zona Rural
ESF - LIMA CAMPOS II	06	Zona Rural
ESF - CASCUDO	09	Zona Rural
ESF - GENIPAPEIRO	08	Zona Rural
ESF - BOQUEIRÃO	05	Zona Rural
ESF - ICOZINHO	06	Zona Rural
ESF - TRÊS BODEGAS	05	Zona Rural
ESF - CATAVENTO	03	Zona Rural
ESF - CRUZEIRINHO	08	Zona Rural
ESF - PEDRINHAS	07	Zona Rural
ESF - LAGOA DOS MILHOMES	07	Zona Rural

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do município/Coordenação da Atenção Básica de Icó, Ceará, 2021.

* ESF conta com ACS atuante na zona rural.

A escolha por este município justifica-se pelo fato de o mesmo ter o maior número de habitantes, assim como por ter na rede de APS o maior número de equipes de ESF, dentre os municípios que compõem a COADS de Icó. Além disso, entre estes municípios, Icó possui um maior número de equipe com cobertura de ACS na área rural.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do presente estudo nove ACSs. Para a seleção destas foi utilizado o método de amostragem intencional, que de acordo com Gil (2019), se configura na seleção de um subgrupo da população que, com base nas informações que serão coletadas, sejam representativas do restante da população.

Geralmente, os pesquisadores utilizam amostras intencionais ao organizar amostras de indivíduos para entrevistas de maior profundidade. Cabe ainda ressaltar que um grupo restrito de pessoas é selecionado deliberadamente com base na importância que possuem em relação a um tema específico, com base no acordo dos pesquisadores e participantes (Thiollent, 2011).

Destaca-se que para participarem da pesquisa, as ACSs seguiram os critérios de inclusão e exclusão apresentados no quadro abaixo:

Quadro 2 - Descrição dos critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos participantes do estudo.

Participantes	Crítérios de inclusão	Crítérios de exclusão
ACSs	Ambos os sexos; Ter idade igual ou superior a 18 anos; Fazer parte de uma da equipe de ESF do município de Icó, independente do vínculo empregatício; Residir na área de atuação; Atuar na equipe há pelo menos seis meses.	Estar/entrar de férias ou de licença durante o período da coleta de dados.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de julho a setembro de 2021. Primeiro foram coletados os dados sociodemográficos dos sujeitos participantes do estudo (ANEXO-E) através da aplicação de formulário estruturado, feito no *Google Forms*. O presente formulário foi aplicado no período de julho a agosto de 2021. Em seguida, a coleta das informações foi feita por meio da realização de Grupo Focal (GF) *on-line*, realizado no mês de setembro de 2021, o qual seguiu um roteiro de entrevista pré-estabelecido (ANEXO-F).

A escolha desta técnica baseia-se no fato de ser um método ideal para este estudo. O objetivo principal desta técnica é expor sentimentos, vivências, percepções e preferências sobre um tema específico, possibilitando a construção de conhecimento entre os participantes. Adicionalmente, essa ferramenta tem a vantagem de ser de baixo custo, adaptável, permitindo ao moderador fazer perguntas que não estavam previstas, além de fornecer resultados ágeis.

Em pesquisas qualitativas, o desenvolvimento de GF se configura em uma técnica importante. Logo, o GF se caracteriza como tipo de conversa ou entrevista em grupos pequenos e homogêneos. Esse método é amplamente utilizado em pesquisa de caráter qualitativo, sendo de forma combinada, e/ou exclusivamente com entrevistas, e baseia-se na capacidade humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos. É importante destacar que a condução de um GF é feita por um facilitador podendo as discussões serem gravadas através de vídeos e áudios para depois serem observadas e analisadas. Ainda, no decorrer do processo poderão ser feitas anotações sobre o comportamento dos participantes do GF (Minayo, 2014; Gatti, 2005).

A finalidade do GF refere-se a dinâmica que existe entre os participantes e os pesquisadores para a coleta das informações, partindo da discussão voltada para assuntos específicos. Dessa forma, os GF têm sido utilizados por muitos profissionais no

desenvolvimento de pesquisas e educação em saúde, como também na implementação e avaliação de programas, dentre outras ações (Cotrim, 1996; Barbour, 2009). É importante ressaltar que dentre as características dos GF, destaca-se a de que ele seja formado com oito a doze membros. Grupos com quantidade reduzida de integrantes, geralmente não provocam a composição e a dinâmica de grupo necessárias para uma reunião com bom desempenho. Também, grupos com número elevado de participantes podem ficar aglomerados demais e não promover debate coerente e adequado. Um outro aspecto do GF é que ele requer um tempo de duração entre uma hora e meia e duas horas (Minayo, 2014).

Prontamente, um GF *on-line*, segundo Abreu, Baldanza e Gondim (2009, p. 10):

É um método de coleta de informações semelhante ao grupo focal presencial. Sua principal característica, não obstante, é a de ser realizado em ambiente virtual, dispensando a presença física dos participantes para que haja interação e consequente comunicação entre eles. Essa diferenciação é apontada como uma das principais vantagens dos grupos focais *on-line*.

Destaca-se ainda como vantagens da realização do GF online, a ausência de custos, coleta de dados em curto espaço de tempo, a facilidade de não necessitar o deslocamento tanto dos participantes como dos pesquisadores, agilidade para registrar as informações que futuramente serão analisadas. Além disso, vale ressaltar a viabilidade da participação dos sujeitos de diferentes espaços geográficos, precisando apenas que disponham de um dispositivo com acesso à internet. Outra vantagem, é a espontaneidade em relação aos participantes do GF em demonstrarem as manifestações de pensamentos e respostas (Abreu; Baldanza; Gondim, 2009).

De acordo com Bordini e Sperb (2011), a realização de GF abrange seis etapas, sendo elas: Seleção da amostra: recrutamento dos participantes/número de participantes; Escolha do programa de comunicação a ser utilizado; Procedimentos prévios para realização do grupo focal: construção do guia de entrevista, escolha do local de realização do grupo focal, consentimento livre e esclarecido, confidencialidade das informações fornecidas; Execução do grupo focal; Transcrição dos dados; Análise dos dados.

Prontamente, para a execução do GF desta pesquisa, foi adotado um plano estruturado em fases, baseado no modelo proposto por Dall'agnol e Trench (1999), conforme ilustrado no Quadro 3.

Quadro 3 – Descrição das fases do roteiro estruturado para condução do GF.

Fases	Descrição das fases do roteiro estruturado
Abertura da sessão do GF	Recepção dos participantes, apresentação dos pesquisadores, esclarecimentos sobre os objetivos e propósitos da pesquisa e a técnica utilizada.
Dinâmica de apresentação dos participantes entre si	Oportunidade para uma breve apresentação entre os participantes, visando uma maior interação entre eles, além de proporcionar uma comunicação mais eficaz.
Esclarecimento sobre a dinâmica de discussões	Neste momento, o pesquisador elucida aos participantes sobre o funcionamento da reunião, garantindo que todos fiquem cientes sobre sua participação e a dos demais, além do confronto de ideias, que é crucial, considerando que não há verdades absolutas.
Estabelecimento do <i>setting</i>	Oportunidade em que serão destacados os aspectos éticos relacionados à pesquisa e ao processo interativo.
Condução do debate	É o instante em que o moderador promoverá o começo da entrevista-debate, focando nas questões norteadoras.
Síntese dos momentos anteriores	Realizado um breve resumo da sessão do GF, destacando as principais questões da entrevista.
Finalização da sessão	Agradecimentos e fechamento da sala de reunião.

Fonte: Elaborado pelos autores, adaptado do modelo de Dall’agnol e Trench (1999).

Nesta pesquisa o GF *on-line* apresentou as seguintes características (Quadro4):

Quadro 4 - Característica do GF *on-line*.

CARACTERÍSTICAS	GRUPO
Nº de participantes	09 ACS
Quantidade de sessões	01
Data de realização do GF	27/09/2021
Tempo de duração do GF	01h45min
Nº de Moderadores	01
Nº de Facilitadores	01
Plataforma virtual utilizada	Google Meet

Fonte: Elaborado pelo autor.

Optou-se pela realização dos GF em formato *on-line* em virtude das medidas de segurança adotadas durante a pandemia de Covid-19, buscando garantir a integridade dos participantes e evitar a disseminação do vírus.

A seleção das ACSs foi procedida através de indicação dos(as) enfermeiros(as) coordenadores(as) das Equipes da ESF, bem como indicação dos(as) próprios(as) ACSs do município de Icó, os(as) quais disponibilizaram os números de telefone/*WhatsApp*. Prontamente, as ACSs foram convidadas para participar do estudo, mediante contato por ligação/conversas pelo *WhatsApp*.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

No que diz respeito aos dados sociodemográficos, eles foram organizados e estruturados utilizando o software Excel 2019 (Microsoft®). Posteriormente, os dados foram enviados para o documento do Word, organizados e apresentados em um quadro síntese, bem como foram analisados de maneira descritiva, com base na literatura relevante ao tema em estudo.

Para análise das informações colhidas no GF *on-line*, bem como para direcionar os resultados e a discussão, foi adotado neste estudo o que é chamado por Minayo (2014) e Gomes (2013), de técnica de Análise de Conteúdo Temática. Tais autores apresentam uma nova interpretação desta técnica, desenvolvida pela professora Laurence Bardin, na qual ela afirma que a análise de conteúdo busca entender o significado por trás das palavras que analisa (Bardin, 2011).

No que diz respeito à Análise de Conteúdo Temático, sugere-se uma leitura aprofundada de todo o material escolhido, permitindo que o pesquisador atinja níveis mais profundos do que foi recolhido. Depois, é preciso realizar uma exploração desse material, ou seja, a análise *in situ*. Na etapa final, é necessário elaborar uma síntese interpretativa por meio de uma redação, com o propósito de estabelecer diálogos-tema com os objetivos, questões e pressupostos do estudo (Gomes, 2013).

Nessa mesma compreensão, Minayo (2014) organiza a análise de conteúdo temático em três fases essenciais no seu plano operacional, a saber: Pré-análise; Exploração do material e; Tratamento dos resultados e a interpretação. Portanto, a primeira fase envolve o pesquisador fazendo uma leitura "flutuante" do material, além de estabelecer o corpus, formular e reformular hipóteses e objetivos. Adicionalmente, são criados os indicadores que orientarão a interpretação e a preparação do material a ser utilizado. Na segunda fase, o pesquisador busca identificar as categorias, organizando o conteúdo das falas, expressões ou palavras relevantes. Finalmente, a terceira fase envolve a simples organização estética dos resultados e a tabulação das informações obtidas através da análise de conteúdo. Imediatamente, as interpretações deverão ultrapassar o conteúdo visível nos documentos, pois é de interesse do pesquisador o significado oculto por trás das palavras, a fim de permitir a compreensão do discurso dos enunciados.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DO ESTUDO

Esta pesquisa seguiu as recomendações da Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece normas e diretrizes para a condução de estudos que envolvam

seres humanos. Esta resolução abrange o ponto de vista individual e coletivo, fundamentando-se nos quatro princípios fundamentais da bioética: justiça, autonomia, não maleficência e beneficência, que garantem os direitos e obrigações da comunidade científica e dos participantes envolvidos (Brasil, 2013).

Tendo em vista que a coleta de informações também se deu por meio de GF *on-line*, foram consideradas as diretrizes para procedimentos em estudos que envolvam qualquer fase em ambiente virtual, conforme as orientações contidas no ofício circular 02/2021 do MS/Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde (SECNS)/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (Brasil, 2021).

Para a execução do estudo, primeiramente foi enviada uma solicitação de permissão à Secretaria de Saúde de Icó Ceará, por meio da Declaração de Anuência (ANEXO-A). Em seguida, o projeto de pesquisa foi registrado na Plataforma Brasil, um banco de dados nacional e unificado de registros de pesquisas com seres humanos para todo o sistema Comitês de Ética em Pesquisa (CEP)/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sendo posteriormente encaminhado ao CEP do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO) para apreciação ética, em que obteve aprovação por meio do parecer de nº: 4.688.142 (ANEXO-G).

Depois da aprovação, os pesquisadores apresentaram a Declaração de Anuência e o parecer do CEP à coordenadora da Atenção Básica do município onde a pesquisa foi realizada, bem como às coordenadoras responsáveis por cada equipe de ESF, para dar início a coleta de dados. Todos os participantes receberam informações sobre todas as fases do estudo, as quais podem ser consultadas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) *on-line* (ANEXO-B).

A pesquisa não apresentou conflitos de interesse, a participação foi livre, de forma voluntária, sem compensação financeira, permitindo aos participantes desistir a qualquer instante. Todavia, aqueles que concordaram em participar, foram enviados o TCLE juntamente com o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (ANEXO-C) e o Termo de Autorização de Uso de Imagem e Voz (ANEXO-D), por meio de links para o devido preenchimento e consentimento.

Adicionalmente, com o objetivo de garantir a privacidade e o anonimato dos participantes da pesquisa, considerando que as falas e possíveis imagens foram gravadas, foram atribuídos códigos (siglas) para cada participante, seguidos de uma sequência numérica crescente. Desse modo, cada participante foi identificada pela sigla “ACS”, seguida da numeração, conforme a ordem de posicionamento de fala durante a condução do GF *on-line*, por exemplo: ACS-1, ACS-2, ACS-3, e assim por diante.

4.6.1 Riscos e benefícios

A presente pesquisa apresentou riscos considerados de baixa gravidade (mínimos), já que, as participantes poderiam se sentir envergonhadas por estarem participando de Grupo Focal on-line, e sendo registrado suas imagens e voz. Ainda, poderiam sentir-se constrangidas com a presença de outros(as) sujeitos(as), e por estarem expondo sua vida pessoal, trabalho e sobre a situação de saúde no município em estudo, medo de se posicionar quanto a determinados assuntos e receio de ser desaprovada, assim como, poderiam ficar apreensivas e receosas devido à invasão de sua privacidade ou quebra da confidencialidade, como também, poderia ferir seus princípios, ou ainda acontecer o extravasamento ou perda de dados.

Em relação aos riscos, antes mesmo de surgirem ou ocorrerem durante a coleta de dados, os(as) pesquisadores(as) buscaram amenizá-los por meio de esclarecimentos. Além disso, esclareceram todas as incertezas e detalharam todas as fases do estudo. Os(as) pesquisadores(as) também garantirão a proteção da identidade de cada participante. Também, foram asseguradas as participantes o sigilo, confidencialidade e anonimato de todas as informações recolhidas, incluindo dados pessoais, garantindo assim a preservação da identidade de todas.

Já no que se refere a extravasamento ou perda de dados, os pesquisadores tomaram mais precauções tanto na manipulação quanto no armazenamento das informações. Portanto, apenas os pesquisadores tiveram acesso a todos os dados e informações, e os registros feitos no GF foram arquivados em uma pasta na nuvem de acesso limitado apenas aos pesquisadores.

Sobre os benefícios, a realização deste estudo trará à tona novos conhecimentos a respeito da atuação dos(as) ACSs desde a publicação da nova PNAB (2017) até os dias atuais, podendo assim, servir como fonte de pesquisa e despertar no meio acadêmico o interesse pela realização de novas pesquisas. Além disso, a partir dos resultados obtidos, poderá despertar uma reflexão das atuais práticas desenvolvidas por esses trabalhadores, além de servir como instrumento para o planejamento de novas ações e estratégias, assim como, orientar a tomada de decisões, objetivando a melhoria do trabalho do(as) ACS dentro das unidades de saúde e nos territórios. No mais, este estudo provocará nos gestores, instituições e trabalhadores da área da saúde uma maior reflexão a respeito das mudanças impostas pela nova PNAB, assim como, despertar pensamentos e/ou uma análise detalhada sobre uma nova reformulação/atualização desta política, visando o fortalecimento da APS/SUS.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 APRESENTAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Para caracterizar o grupo de participantes da pesquisa, foi elaborado o Quadro 5, que apresenta informações sociodemográficas e aspectos relacionados ao trabalho das ACSs envolvidas no estudo. As participantes foram identificadas pela sigla ACS, seguida de uma numeração de 1 a 9, atribuída ao final de cada citação correspondente às suas falas.

A análise dos dados sociodemográficos das ACSs rurais de Icó evidencia que há predomínio de profissionais do gênero feminino, o que é observado também em outros estudos pesquisados em áreas rurais do Brasil. Souza *et al.* (2021), destacam que o maior número de mulheres na profissão é associado a historicidade do cuidado comunitário, construído principalmente por mulheres. Abordando essa mesma temática, Santos *et al.* (2020), dizem que o gênero feminino se mostra em maior quantidade na categoria, mas ressaltam que isso também demonstra desigualdades estruturais, pois há um acúmulo de funções tanto no âmbito doméstico quanto familiar, o que pode gerar sobrecarga de atividades. Assim, alguns autores apresentam a importância do papel feminino nessa categoria, outros refletem sobre os limites impostos por essa realidade.

Em relação à faixa etária, as ACSs rurais que participaram do estudo, têm entre 30 e 53 anos, apresentando tempo de atuação maior que 20 anos em alguns casos. Essa informação está de acordo com o estudo de Lima *et al.* (2021), que relaciona o tempo prolongado no cargo com a relação de confiança que foi criada com a comunidade, por sua vez, complementam essa observação, argumentando que a permanência fortalece o reconhecimento na região de atuação das ACSs. Porém, Oliveira e Freitas (2019), relatam que a permanência por longos períodos sem atualização ou formação contínua pode resultar na estagnação das práticas, evidenciando, dessa forma, uma tensão entre a experiência acumulada e a necessidade de inovação.

No que se trata de escolaridade, o quadro evidencia que a maior parte das ACSs concluiu o ensino médio, ainda, algumas ACSs possuem formação técnica e até superior. Esse contexto está de acordo com as observações de Peixoto *et al.* (2015), que observaram um aumento no nível de escolarização dos ACSs, especialmente na região Nordeste. Contudo, Silva e Camargo (2019) afirmam que, embora haja um aumento no nível de escolaridade, as possibilidades de crescimento profissional continuam restritas, revelando uma contradição entre a qualificação obtida e o reconhecimento no trabalho.

No que se refere à renda, é possível observar que se concentra entre 1 a 2 salários mínimos, mesmo com vínculos regulamentados. Fernandez, Lotta e Corrêa (2021), associam esse nível de rendimento inferior às condições precárias de trabalho nas áreas rurais, principalmente quando esse cenário é agravado devido às dificuldades de deslocamento. Martins *et al.* (2020) contribuem com esse contexto ao mostrar que, mesmo em zonas urbanas, a remuneração dos ACS não é equivalente para as demandas de trabalho dessas profissionais. No entanto, nas áreas rurais a situação se configura de modo mais grave, devido à distribuição geográfica dos espaços. Nesse sentido, embora os autores concordem ao identificar a baixa remuneração como um problema estrutural, se opõem em relação ao que diz respeito às barreiras territoriais e institucionais.

Por fim, a grande inserção comunitária das ACSs rurais do município de Icó, é apresentada pela participação em associações, conselhos escolares e grupos religiosos, que vai de encontro com os achados de Souza *et al.* (2021), que relatam o papel das ACS rurais como cuidadoras sociais. Santos *et al.* (2020), agregam nessa discussão ao mencionar que o trabalho das ACSs vai além da prática técnica, funcionando como ligação entre comunidade e serviços de saúde. Em contrapartida, Souza *et al.* (2021) alertam que essa acumulação de tarefas pode gerar sobrecarga e expectativas que fogem da realidade dessas profissionais, revelando pontos que diferem, como o de que a inserção comunitária fortalece a atuação, sendo que por outro lado amplia as responsabilidades não reconhecidas formalmente.

Assim, os dados sociodemográficos das ACSs rurais de Icó confirmam as predominâncias já apresentadas na literatura, mas também traz contradições, principalmente no que se refere à valorização profissional, às condições de trabalho e ao reconhecimento da prática social dessas trabalhadoras. A discussão entre os autores mostra que o debate sobre o trabalho das ACSs em áreas rurais se mantém ativo, buscando tanto valorização das experiências já regulamentadas como também, atenção às fragilidades estruturais que ainda persistem.

Quadro 5 – Caracterização sociodemográfica das ACSs participantes do estudo. Icó, Ceará, Brasil, 2021

Participantes	Idade	Cor	Formação	Estado civil	Renda	Religião	Curso de 400h de ACS	Tempo de atuação	Vínculo trabalhista	Outro trabalho/ Participação em pastoral ou movimento e outros
ACS 1	51 anos	Parda	Técnica de enfermagem; Pedagoga	Solteira	2 a 3 salários	Católica	Não	30 anos	Estatutário	Técnica de enfermagem; Grupos da igreja; ASSOASMI
ACS 2	53 anos	Parda	Ensino Médio Completo	Casada	1 a 2 salários	Católica	Sim	26 anos	Estatutário	Associação comunitária
ACS 3	37 anos	Parda	Ensino Médio Completo	Casada	1 a 2 salários	Católica	Sim	13 anos	Estatutário	ASSOASMI
ACS 4	46 anos	Parda	Ensino Médio e Técnico Completo; Técnica de Enfermagem	Viúva	1 a 2 salários	Católica	Sim	25 anos	Estatutário	Associação Comunitária; Grupos da Igreja; Catequista
ACS 5	46 anos	Negra	Ensino Médio Completo	Casada	1 a 2 salários	Católica	Não	25 anos	Estatutário	Grupos da igreja; Catequista; Conselho Escolar
ACS 6	46 anos	Parda	Ensino Superior Completo; Assistente social	Casada	1 a 2 salários	Católica	Sim	21 anos	Estatutário	Catequese
ACS 7	30 anos	Parda	Técnica de enfermagem; Ensino Superior Incompleto	Solteira	1 a 2 salários	Católica	Não	9 anos	Estatutário	Associação comunitária; ASSOASMI
ACS 8	50 anos	Parda	Ensino Médio Completo	Casada	1 a 2 salários	Católica	Sim	30 anos	Estatutário	Associação comunitária
ACS 9	42 anos	Negra	Ensino Médio e Técnico Completo; Técnica de enfermagem	Casada	1 a 2 salários	Católica	Não	13 anos	Estatutário	ASSOASMI; Sindicato dos Servidores Públicos de Icó

Fonte: Elaboração do pesquisador/Dados da pesquisa.

5.2 CATEGORIZAÇÃO DAS FALAS

As categorias construídas neste trabalho surgiram a partir das falas das ACSs durante a pesquisa, revelando como elas compreendem e têm vivenciado as mudanças trazidas pela PNAB de 2017. Essas categorias refletem percepções, sentimentos e desafios enfrentados por tais profissionais no dia a dia do trabalho nos territórios. Além disso, ajudam a compreender como a PNAB de 2017 tem afetado o trabalho das ACSs, tanto na prática quanto no sentido que elas dão ao que fazem. Mostram também a força e a resistência dessas profissionais que, mesmo diante de tantas mudanças, continuam comprometidas com o cuidado e a saúde das pessoas nos diferentes territórios.

Categoria 1 - O (Des)conhecimento das ACSs sobre a PNAB de 2017: ecos e silenciamentos do corpo ACS

Essa categoria descreve o nível de conhecimento das ACSs sobre as mudanças trazidas pela PNAB de 2017, buscando compreender de que forma essas alterações afetam diretamente o fazer prático dessas profissionais no cotidiano de suas atividades, influenciando tanto a organização do trabalho quanto às estratégias de cuidado adotadas junto às comunidades.

As falas das ACSs apresentam diferentes níveis de compreensão, informação e envolvimento em relação a PNAB de 2017. Há casos onde ocorre a total ausência de conhecimento sobre a política e casos onde as percepções são mais aprofundadas e críticas sobre o processo de mudanças trazidas pela atualização da política. Elas também apontam uma preocupação em relação à ameaça de perda da essência do trabalho desses agentes, que historicamente sempre foi voltado à promoção e prevenção em saúde e, após a PNAB de 2017, apresenta mudanças significativas, redirecionando as atividades para práticas mais curativas, o que é entendido como uma descaracterização do papel do ACS. Ao mesmo tempo, ocorrem manifestações sobre a busca por manter os direitos garantidos, com algumas ACSs demonstrando consciência crítica sobre a importância de conhecer as leis e portarias que amparam a profissão, entendendo que funciona como instrumento de luta e valorização profissional.

Dessa forma, essa categoria mostra a diferença entre o conhecimento formal, adquirido através do estudo de documentos que abordam essa temática, que ainda é limitado devido à falta de repasse de informações e dificuldades de acesso, e o saber construído nas práticas diárias e com as experiências vivenciadas pelas ACSs. Essa realidade evidencia a necessidade

de investir em momentos de formação continuada, troca de saberes, que valorizem as atividades desenvolvidas por essas profissionais como protagonistas nas ações e decisões relacionadas às políticas públicas de saúde.

Eu não conheço não. Eu não tenho esse conhecimento. Se já falaram sobre, eu não me lembro, mas gostaria de conhecer, queria saber. (ACS1)

Essa PNAB, outras colegas já falaram, eu só não me lembro muitas coisas como a colega aí já falou. Mas assim, essa nova PNAB vem com muitas coisas, mudanças [...] (ACS5)

Eu lembro, assim, minha mente tem horas que foge, mas eu lembro um pouco [...] Não sei se é bem isso, eu lembro que a gente se preocupou muito quando saiu essa nova PNAB. No que se falava em mudanças no trabalho do ACS, e ficavam aqueles comentários, todo mundo preocupado, todo mundo apreensivo, no que seria bom, no que seria ruim, né? [...]. (ACS3)

Na construção da nova PNAB teve a participação dos conselhos de saúde dos Municípios e Estados. Com ajuda do pessoal lá do ministério, que eram técnicos, eles acabaram fazendo o que os secretários queriam, quando a gente teve o conhecimento dela, [...] já estava publicada, [...] ninguém viu o teor dela.[...] Quando a gente viu publicada, foi que a gente correu em cima [...]. Essas Leis e essas Portarias, a gente precisa ter elas como livrinho de cabeceira [...]. (ACS2)

“Não existe você lutar por algo que você não conhece [...]. Com relação a essa PNAB, então, a gente precisa realmente se aprofundar nos estudos para não deixar que passem por cima da gente, sendo que a gente, somos nós os mais interessados [...]. (ACS9)

As falas das ACSs demonstram uma falta de conhecimento por algumas das participantes do estudo em relação a PNAB de 2017. As afirmações da ACS1 e da ACS5, quando relatam sobre o desconhecimento e falta de lembrança sobre o conteúdo da política, mostram uma fragilidade que compromete o desempenho dos agentes em relação à informação e comunicação. De acordo com Valença *et al.* (2020), a dificuldade das ACSs em compreender as mudanças da PNAB está diretamente associada à ausência de atividades direcionadas à educação permanente sobre as políticas que norteiam o trabalho na APS. Para Silva e Pacheco (2022), essa limitação reforça a necessidade de impor processos formativos que aproximem os trabalhadores da base das discussões e das decisões que os afetam diretamente.

Dessa forma, Fausto *et al.* (2023) afirma que muitos desses profissionais constroem suas práticas apoiados mais nas experiências e vivências adquiridas no cotidiano do que no conhecimento técnico das políticas públicas. Assim, é perceptível que apesar do trabalho do(a) ACS, ser essencial para o funcionamento da APS, ainda é marcado por falhas no que se refere ao processo formativo, podendo comprometer a eficiência das ações de saúde desenvolvidas nos territórios. as informações apresentadas nas falas das ACSs mostram a necessidade de

aprofundamento entre os saberes práticos e políticos, a fim de que a atuação desses profissionais vai de encontro com diretrizes do SUS.

As falas da ACS3 e da ACS2 trazem um outro ponto importante que é a preocupação diante das mudanças propostas pela PNAB de 2017. Elas demonstram preocupação sobre as modificações nas atribuições do(a) ACS e em relação ao fato de não terem participado da reformulação da política. Essa observação é afirmada por Giovanella *et al.* (2021), que dizem que a PNAB de 2017 alterou as atribuições dos ACSs, apresentando uma sensação de desvalorização e incerteza sobre o futuro da categoria. Silva *et al.* (2020) destacam também que as alterações impostas pela PNAB enfraquecem o papel construído historicamente pelo ACS como uma ponte entre a comunidade e o serviço de saúde.

O relato da ACS9 ao mencionar que “*não existe lutar por algo que não se conhece*”, provoca um alerta para a importância de se aperfeiçoar em relação a conhecer as leis que regem o trabalho da categoria para defender seus direitos, com isso fica evidente a vontade de haver essa aproximação com o teor das políticas. Giovanella *et al.* (2021), que defendem que o protagonismo do ACS depende do conhecimento e da percepção crítica das políticas públicas que dita sua prática. Para os autores, entender a PNAB é necessário para que profissionais atuem de forma segura e garantindo o melhor desempenho nas funções desenvolvidas. Para contribuir, Soares *et al.*, (2020) relatam que a formação continuada e o estudo sobre as políticas relacionadas à saúde, elevam o nível assistencial no que diz respeito à intervenção social dos ACS, reforçando o empoderamento crítico e participativo.

Nas falas da ACS2 e da ACS9 é possível perceber uma visão mais crítica relacionada a importância de conhecer seus direitos, as alterações realizadas e a vontade de estar mais presente nas decisões que cercam seu trabalho, reconhecendo que ter domínio do que está explícito nas leis e portarias é uma maneira de fortalecer a categoria e defender seus direitos. É importante ressaltar também que de acordo com as falas, o desconhecimento sobre a PNAB não é proveniente da falta de interesse, mas devido ao fato de que muitas vezes os agentes são esquecidos, no que se refere à participação nas discussões propostas que implicam em seu processo de trabalho.

Portanto, esta categoria demonstra que o (des)conhecimento das ACSs sobre a PNAB de 2017, apresenta uma forma de manifestar a insatisfação em relação ao fato de o poder público definir mudanças nas atribuições da categoria, sem a devida participação dos profissionais que são afetados diretamente, reforçando que elas não tiveram a oportunidade de opinar sobre as decisões tomadas. Mas, apesar das dificuldades de acesso à informação e à capacitação adequada, as agentes mostram disposição em aprender, buscar novos conhecimentos e

compreender as alterações que desconfiguram suas práticas. Essa atitude demonstra o interesse de consolidar a categoria e a busca contínua por valorização, reconhecimento profissional e por uma APS mais acolhedora e participativa.

Categoria 2 - “Descaracterização do trabalho do ACS”: dúvidas e inquietações sobre o novo fazer e ameaça à essência do cuidado

Essa categoria apresenta observações que demonstram o fato de que a PNAB de 2017 tem descaracterizado o trabalho do(a) ACS, gerando dúvidas, inseguranças e inquietações sobre o novo modo de atuar. As agentes argumentam que a mudança nas diretrizes alterou a essência do seu trabalho, que inicialmente era centrado na prevenção de doenças, na promoção da saúde e no cuidado próximo às famílias, para uma prática mais técnica, curativa e burocrática.

Essas mudanças permitem que muitos profissionais se vejam desvalorizados e longe dos territórios, devido ao rompimento na ligação do agente com a comunidade, uma vez que, essa assistência mais próxima é substituída pelo fazer técnico e burocrático. O distanciamento desse vínculo é entendido como ameaça à essência do trabalho, que era centrado na proximidade com as pessoas, na escuta qualificada e na educação em saúde, sendo definidas como características primordiais da prática cotidiana do(a) ACS.

[...] essa nova PNAB [...] é a descaracterização do trabalho do agente de saúde [...] deixa de ser um agente que trabalhava na promoção e prevenção [...], para trabalhar como um técnico na parte curativa, e não mais na parte preventiva [...] a gente ia perder aquele valor, aquele elo que a gente tinha de tanto tempo de trabalho nessa área de prevenção, de cuidado com as famílias. Deixava de ter esse trabalho, e passava a ter esse trabalho mais na parte curativa, né? E, também, até mais perigoso pra nossa área, né? Porque a gente iria passar a lidar com o trabalho que oferece mais riscos. O trabalho do ACS não é voltado a curativo, e sim a parte preventiva, mais educativa. (ACS6)

[...] Então assim, tem sim uma descaracterização do papel do agente comunitário de saúde. Como nessa PNAB de 2017 vem a questão da medição, da aferição da pressão arterial e da medição da glicemia capilar, vem como um dos, uma das atribuições novas [...] (ACS9)

Sobre as mudanças trazidas pela nova PNAB, creio eu que seja definida com uma única palavra, que até foi dita lá no início do nosso encontro a “descaracterização” do agente comunitário de saúde. (ACS7)

A parte informativa continua, porém, um pouco defasada por conta dessa parte curativa que infelizmente a gente tem que fazer. Como eu falei bem lá no início, aqui na nossa região a situação é muito delicada, eu faço o curativo sim, muitas vezes quando você tá nessa parte curativa, eu tenho um exemplo bem clássico. Eu fiz curativo em uma senhora que não morava na minha área de trabalho, morava em uma área vizinha por 5 meses, durante esses 5 meses que eu fiz curativo nela, eu deixei de tá dando assistência a várias famílias da minha comunidade, deixei de tá

dando informações de fundamental importância, enfim a gente faz porque a necessidade obriga, mas isso tira totalmente o foco, totalmente a essência do agente comunitário de saúde, começa a surgir cobranças que não são da nossa competência por parte da população, e essas muitas vezes baseada nessa PNAB (RISADA). (ACS7)

Os argumentos das ACSs abordam sentimentos de preocupação, insegurança e descontentamento com as modificações trazidas pela nova PNAB. Para elas, essa atualização da política representa a descaracterização da função do(a) ACS, que deixa de ser um agente promotor da saúde, para assumir um papel mais voltado à prática técnica. Dessa forma, Silva *et al.* (2020) reforça que a reformulação da política introduziu mudanças que repercutem diretamente no cotidiano dessas profissionais, ao incluir tarefas técnicas, como por exemplo, a aferição de pressão arterial e a verificação de glicemia capilar, que leva o(a) ACS a desenvolver habilidades mais associada à enfermagem. De acordo com os autores, essas alterações têm desviado o foco do trabalho com caráter educativo e humanizado da categoria.

Ao falarem sobre o prejuízo relacionado à diminuição do elo com as famílias, como também, sobre os riscos acarretados ao desenvolverem atividades que fogem da área de atuação, as ACSs expressam a indignação com essa reforma. Conforme Silva *et al.* (2020), o(a) ACS configura-se como o(a) principal profissional na construção da conexão entre a equipe de saúde e a população, sendo indispensável para promover a escuta ativa e a educação em saúde no território. Ainda, Alves, Almeida *et al.* (2018) relatam que essas inovações geram preocupação e dúvidas entre os profissionais, levando-os a refletir sobre o real papel do(a) ACS na APS.

A PNAB de 2017 trouxe mudanças importantes no trabalho do ACS. Além desses profissionais terem suas competências práticas desconfiguradas, sua presença obrigatória nas equipes de saúde passou a facultativa, o que levou a uma diminuição de sua participação direta nas ações comunitárias. Ainda, a nova versão da PNAB afetou um ponto muito sensível, que está associado à quantidade tanto de profissionais para atuar nos territórios quanto em relação ao número de famílias que cada ACS deve prestar assistência.

Nessa mudança, [...] a questão de número de ACS, e o número de famílias[...] Quando foi feito uma nova territorialização em 2019, aqui na nossa unidade tinha três ACS que tinha se aposentado, é como se fosse três vagas, mas aí o que foi que o município fez, pegou aquelas famílias que seria aquelas três vagas, simplesmente distribuiu pra gente, então aumentou muito o número de famílias pra gente, já que essa PNAB traz isso [...] as visitas têm que ser feitas de forma mais rápida, porque se não, eu não cubro minha área toda. Na casa de um idoso que eu passava mais tempo conversando, [...] escutar as conversas, [...] tenho que ser mais rápida e prática, porque se não, eu não consigo fazer outras visitas, e no final do mês eu não vou ter feito a cobertura da minha área. (ACS4)

Eu também tive aumento do número de famílias, pois na nova territorialização, peguei mais uma microárea para atuar. Não sei se isso tem relação com as mudanças da nova PNAB. Também tivemos várias outras mudanças depois dessa PNAB. (ACS3)

Os relatos das ACSs mostram de maneira óbvia como as alterações da PNAB de 2017 afetaram significativamente o trabalho delas. Elas abordam que, com a atual territorialização, ocorreu um aumento considerável do número de famílias e uma redução do tempo dedicado para as visitas domiciliares. Isso contribuiu para que as ACSs precisassem ser mais ágeis e práticas nos atendimentos, reduzindo assim, a parceria com as famílias e a qualidade do atendimento. Estudos confirmam essa realidade, evidenciando que o aumento das microáreas e o foco em alcançar metas e dados estatísticos deixaram o trabalho mais corrido e menos humanizado (Freire *et al.*, 2021).

Destarte, os ACS precisam alcançar as metas para elevar os indicadores, essa é uma das principais exigências trazidas pela PNAB de 2017. Esses indicadores, embora sejam importantes para o monitoramento e a avaliação das políticas públicas de saúde, acabam na maioria das vezes se sobressaindo quando se trata da relação comunitária e ACS. Assim, os(as) ACS têm sido desafiados a conciliar a realização das metas e o registro dados que compõem os indicadores, com a permanência da qualidade do cuidado de forma integral.

No início quando eu comecei, era um trabalho bem educativo e tal, algumas coisas se modificaram, até porque a gente hoje trabalha em cima de indicadores e isso, isso modifica a visão, dar a entender que a qualidade dos nossos serviços não estão, não estão mais essenciais a partir dessa nova PNAB. Quando se trabalha dessa questão de indicadores isso, isso modifica também na questão da qualidade, então assim, quando você precisa buscar indicadores você corre um sério risco de, do trabalho educativo acabar se esvaziando, então, eu vi bastante diferença nessa questão. É, hoje a gente trabalha muito a questão dos indicativos, então a gente precisa todo momento se preocupando com alguns indicativos, então assim, quando se trabalha isso, a gente realmente perde em termos de qualidade, qualidade na visita, é, um olhar mais atencioso, porque aí, você está precisando buscar ver essa questão dos riscos e não mas a questão educativa, da prevenção, a gente tá, eu vi muito essa questão, a gente pulando da prevenção já para, já pra indicativos, buscando a parte curativa, mais curativa do que a preventiva. Então, eu vi muitas mudanças com relação nessa PNAB, com relação ao que nós trabalhamos hoje. (ACS9)

A ACS9 comenta que atualmente o trabalho dessa categoria agora é baseado em indicadores e metas, o que fragiliza a parte educativa e o contato direto com as pessoas. Segundo Lima *et al.*, (2021) essa busca incessante por quantidades tem surtido efeito contrário ao que muitas precisa a população precisa, com isso o tempo para escutar, conversar e orientar as famílias ficou cada vez menor. É perceptível que a reformulação PNAB de 2017 trouxe alterações que aumentaram o trabalho das ACS e diminuíram o foco nas ações educativas em saúde, que sempre foram a base do seu papel nas comunidades.

O(a) ACS é, historicamente, uma figura fundamental para o funcionamento da APS no Brasil. Sua atuação única, fortalecida pelo vínculo com o território e pela residência na própria comunidade que permite a esses profissionais a capacidade de compreender de fato reais necessidades e fatores sociais do processo saúde-doença da área em que trabalha. Além disso, o cuidado do(a) ACS não se limita na prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde, também desenvolvem a função de proporcionar a equidade e de identificar de forma precoce as vulnerabilidades e potencialidades presentes nos territórios que auxiliam no desenvolvimento de estratégias para o cuidado e o bem comum (Morosini; Fonseca, 2018).

Contudo, a discussão sobre o nível de formação e a qualificação dos(as) ACSs tem gerado confronto de ideias, principalmente ao ser proposto a complementação das funções, agregando tarefas técnicas intimamente ligadas à enfermagem, de forma mais específica, ocorre a indicação da formação em técnico de enfermagem. Em concordância com Melo *et al.* (2018), ao enfatizar que embora pareça um avanço em relação à titulação profissional, configura-se de fato como um retrocesso da padronização da APS, pois há a sobreposição de funções.

[...] foi comentado muito sobre o curso técnico que teria que fazer, e muitos se fosse o caso, pra fazer o curso pensavam em sair, outros disseram não, vou enfrentar. Eu sou uma que se fosse pra fazer, assim, eu nunca fiz o técnico de enfermagem, pois não era a minha função, não cabe a mim, eu não tenho essa coragem, já tentei, mas, eu admiro demais essa área, mas eu acho que não é a nossa função, de ser um técnico de enfermagem, assim, sai totalmente da nossa função, fazer a parte da enfermagem. (ACS4)

De onde eu moro para minha unidade, são 16 km[...] E desde o início que eu comecei a trabalhar, a gente faz muito a parte curativa, [...] Quando surgiu essas notícias que o ACS ia ter que ter o técnico de enfermagem, pra mim já tava mais difícil, que eu já tô mais para lá do que para cá, e fica muito distante para sede, onde tem um curso para eu fazer o técnico de enfermagem. Mas, eu já fazia muito tempo esse serviço[...] A parte curativa, só que a gente foca mais na parte preventiva, porque, a população é muito carente, e de uma forma geral, a gente se torna um pouco de cada coisa, um pouco de tudo. A gente, vai do riso às lágrimas com as comunidades [...]. A gente sabe todas as necessidades de todas as pessoas, da criança ao adolescente, da mãe ao idoso, [...], há um tempo, a gente era do curativo, aplicação de injeção, a retirada de pontos, ultimamente eu deixei de fazer uma, uma certa parte dessas coisas, mas, para verificar glicemia, um montão de coisas, a gente ainda faz, por conta da distância para unidade básica[...] (ACS8)

[...] o agente comunitário de saúde teria que ser técnico de enfermagem, e nós não somos os técnicos de enfermagem, nós não somos obrigados a ser técnico de enfermagem. Nós vamos ser técnicos em agente saúde, porque a nossa Lei 11.350, ela disse que o profissional só pode ser agente comunitário de saúde quando ele for formado em técnico em agente comunitário de saúde. (ACS2)

Nas falas, as ACS mencionam incertezas sobre a obrigatoriedade do curso técnico de enfermagem. A ACS4 afirma que “nunca fiz o técnico de enfermagem, pois não era a minha

função”, demonstrando a preocupação em perder sua identidade profissional. Batalha e Lavor (2017), explanam que transferência de profissões de ACS para técnico de enfermagem acaba gerando situações de conflitos e descaracteriza rigorosamente o papel de agente, que é o da promoção e vigilância em saúde, mantendo firme o vínculo com a comunidade. Já a ACS8 diz que devido a necessidade da população, é comum realizar várias atividades ligadas à enfermagem, como curativos e verificação de glicemia, mas reconhece que essas tarefas não fazem parte da função original do ACS. Segundo Silva *et al.* (2020), essa ampliação de funções gera sobrecarga e insegurança, pois o agente comunitário acaba fazendo atividades que vão além da prevenção e promoção da saúde, o que pode representar um risco para esses trabalhadores, uma vez que, pela falta de formação específica, podem não ter domínio e destreza para a realização da técnica de forma segura.

A ACS2 argumenta que “nós não somos técnicos de enfermagem, [...] nós vamos ser técnicos em agente de saúde”, enfatizando que a Lei nº 11.350/2006 define uma formação específica para o ACS e que ao invés de migrar para a área da enfermagem, os ACSs devem se especializar na área em atuam. Morosini e Fonseca (2018), reforçam que essa diferenciação é se faz muito importante para que o(a) ACS tenha uma função única no SUS, desempenhando as funções constituídas desde o surgimento da profissão.

Portanto, com a compreensão das manifestações das ACS sobre esse processo de descaracterização de seu trabalho, é possível observar como essas transformações afetam não apenas a identidade profissional, mas também a prática cotidiana e o vínculo com a comunidade. Mesmo a formação técnica tendo o objetivo de valorizar a categoria, ela também, da maneira como ficou explícita, provoca o entendimento acerca do desvio da função original. Manter a identidade da categoria preservada, o vínculo com a comunidade e o papel do ACS como promotor da saúde, é essencial para que as mudanças advindas da política venham beneficiar, e não descaracterizem, o trabalho desses profissionais.

Categoria 3 - Entre o fazer e o desfazer no território: os desafios e as dificuldades cotidianas das ACSs frente às mudanças trazidas pela PNAB de 2017

Nessa categoria, é apontado, por meio dos relatos das ACSs, os desafios e as dificuldades enfrentadas por elas no desenvolvimento de suas habilidades diárias após as alterações propostas pela PNAB de 2017. Antes, o que era vivenciado como um serviço dedicado ao vínculo familiar, escuta de qualidade e atuação direta nas comunidades, passou a ser modificado por cobranças de metas, preenchimento de sistemas e prazos para entrega de

produções. Essa nova roupagem, voltada a indicadores e resultados quantitativos, tem trazido sobrecarga, adoecimento e sentimentos de incapacidade para as trabalhadoras dessa classe.

A ACS3, em sua fala, expressa a inversão de valores direcionado pela nova PNAB, uma vez que, evidencia que a política busca não a qualidade do serviço, mas sim a quantidade, apresentando uma oclusão do cuidar para emergir a produtividade. A ACS7 reforça essa observação ao dizer que o maior desafio é “correr contra o tempo”, expressão que mostra que devem trabalhar em um ritmo acelerado e desumanizador com a imposição da política às práticas diárias dessas trabalhadoras.

[...] Um dos desafios é a perda da nossa essência nas visitas. A gente não tem mais assim, você chega numa casa, muitas vezes você ia ver o idoso com aquele olhar bem calmo, bem tranquilo, aí veio, vem a quantidade, essa nova PNAB não ver a qualidade, ver a quantidade, porque a gente trabalha indicadores e tem que alcançar a meta dos indicadores. Então, tem que correr para cima, se eu tenho cinco crianças pra fazer vacina, às vezes eu tenho um idoso, um hipertenso que eu tenho que mandar para o PSF, eu vou chegar lá na casa dele, vou só mandar para o PSF, não vou conversar, não vou explicar algumas necessidades, algumas coisas, porque eu tenho que correr e mandar as cinco crianças imediatamente para aquela vacina ou pra fazer algo de indicadores, quer dizer, ficou muito sobrecarregado, a questão dos indicadores, porque antigamente a gente tinha toda aquela questão. Na minha área, eu não tinha vacina atrasada porque sempre trabalhei com pouca criança, mas eu, a gente conversava e os dias de vacina não era correria que é agora com esses indicadores. Eu acho assim, e é o enfermeiro muitas vezes cobrando, eu quero isso eu quero aquilo por conta que eu tô precisando do indicador tal, pois ele tá baixo, precisa aumentar, e assim a gente sai correndo nas áreas, a gente vive muitas vezes de correria [...]. (ACS3)

[...] Eu acho que o maior desafio é correr contra o tempo. Correr contra o tempo e dar de conta de tantas atribuições que nos estão sendo impostas e, atingir esses benditos indicadores que visam quantidade e não qualidade [...]. (ACS7)

[...] Concordo com as colegas, uma das nossas maiores dificuldades é a questão do tempo que temos nas nossas visitas, agora é tudo mais corrido, tem muita papelada para preencher, o sistema nos exige números, para assim aumentar os indicadores, o que infelizmente acaba prejudicando na atenção, nas visitas, nas ações, etc. O fato é que, trabalhamos hoje com quantidade e não com qualidade, uma pena, pois a população, as comunidades é quem sofre as consequências. [...] (ACS1)

As ACS, em suas falas, revelam uma grande preocupação com a perda da essência do seu trabalho no território da comunidade. Elas relatam que o foco na produtividade e nos indicadores têm mudado de forma grandiosa o modo como as mesmas atuam, tornando as visitas mais rápidas e automáticas, com menos tempo para conversas e fortalecimento de vínculos com as famílias. Como destaca a ACS3 “a gente não tem mais assim, você chega numa casa e conversa com calma... agora é tudo na correria por causa dos indicadores”. Essa observação também é notada por ACS7 e ACS1, que enfatizam o aumento das atribuições, o que resulta na diminuição da qualidade do cuidado prestado.

Além da busca constante de alcançar os indicadores, a sobrecarga de trabalho também é um fator que impacta na qualidade das visitas. Nunes *et al.* (2018) destacam que lugares menores, com territórios e número de famílias e/ou pessoas adequados por ACS, mostram melhor desempenho na qualidade das visitas domiciliares. Mas, em muitas realidades, o aumento das atribuições, o preenchimento de sistemas e a pressão para alcançar metas, permitem que o tempo dedicado às visitas seja prejudicado. Isso provoca, como relatou a ACS7, “correr contra o tempo para dar conta de tantas atribuições impostas”, fadiga e desvio da essência do trabalho de educação e prevenção da saúde.

Assim sendo, tanto as falas das ACS quanto às evidências científicas argumentam sobre uma mesma percepção, ficando claro que o modelo atual de trabalho, focado em indicadores e quantidade de produção, tem comprometido a qualidade do cuidado, o vínculo com as famílias e a essência do trabalho do(a) ACS. Com isso se faz necessário que as políticas públicas e a gestão da APS revejam a maneira como os resultados podem ser atingidos, para que haja um equilíbrio no que se compreende sobre a cobrança de metas, mantendo a valorização da escuta qualificada, da integralidade e da presença constante do(a) ACS nos territórios (Silva *et al.*, 2020)

O desafio relacionado ao tempo, aparece como um dos quesitos mais difíceis dentro das novas formas de cobrança do trabalho. A ACS8 em sua fala relata a pressão da produtividade semanal, a distância que é necessária percorrer para chegar nas áreas de atuação e até o receio de ocorrer atos de violência no trajeto, se configurando em um cenário de precarização que incide diretamente sobre a segurança das ACSs. A ACS9 traz uma ampliação acerca dessa reflexão ao afirmar que o trabalho desenvolvido se tornou uma prática sem resolutividade, ou seja, “enxugando gelo”, devido ao fato da valorização dos dados dos indicadores se sobressair, enquanto a comunidade anseia por um cuidado mais próximo.

[...] Realmente, algumas coisas a gente acha que tá, tá na mesma, né? A correria aumentou, é, a gente agora tá fazendo a entrega da produção por semana e antes não era, a gente entregava mensal, e a gente tem que correr com aquela produção para entregar no final da semana na sexta-feira. A minha área é muito distante, se torna difícil, tô com medo de ir, tá acontecendo os assaltos e eu aqui já foi com um revólver aqui na testa escorado aqui uma vez já, e outras vezes uma ameaça, sendo obrigado correr, e haja pneu de moto. Se torna difícil eu entregar as produções na sexta-feira, aí quando aparece uma carona eu mando, mas de qualquer maneira a gente tem que correr, para produção tá pronta na sexta-feira porque os indicadores estão aí eles pedindo, e a gente tem que correr atrás do prejuízo, né? E aí vamos nós. [...] (ACS8)

[...] Eu acho que assim, somos realmente, nós somos realmente protagonistas, mas as maiores dificuldades vivenciadas nessa, na atuação dessa, dessa nova publicação da PNAB é justamente isso, esse esforço demasiado para levar indicadores e estamos perdendo qualidade, então assim, estamos enxugando gelo na realidade, levando

indicadores para subir, e a população está sendo afetada com o desconhecimento, então assim, essa prática tem sido muito desafiadora, pra tentar da melhor forma possível ajudar a nossa comunidade, que o objetivo maior é isso mesmo, é o amor por a comunidade que nos move, né? Então, a principal dificuldade é essa mesmo, é tentar melhorar o atendimento e subir indicadores porque esse caso específico dos indicadores é uma vivência que nós estamos, todos os ACS estão vivenciando essa dificuldade. [...] (ACS9)

De acordo com as falas das ACS a junção da imposição do alcance de metas, sobrecarga de trabalho e a insegurança territorial, cria um contexto de fragilidade institucional e humana, que acarreta a deficiência da capacidade das ACS de executar sua função primordial que é a de promoção e prevenção da saúde através da aproximação com as famílias e com a comunidade. Como argumenta Azevedo Neto *et al.* (2021), o trabalho dos(as) ACS é fortemente relacionado pelas necessidades apresentadas nos territórios, sendo relevante que o poder público leve em consideração esses fatores na definição de metas e indicadores.

Dessa forma, para que a prática na APS retorne com sua essência, é importante considerar a reformulação da logística da produtividade, priorizando o cuidado completo, não apenas buscando a elevação de números. Isso está diretamente ligado ao fato de revisar os sistemas de avaliação e indicadores, possibilitando não se limitar a quantificar os atendimentos, mas visar a qualidade no serviço ofertado. Conforme orienta o Caderno de Indicadores Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde de 2023, é indispensável que o alcance de resultados seja acompanhado de ações que proporcione apoio e supervisão, e que sejam capazes de permanecer com o vínculo entre profissionais e território (Brasil, 2025).

Em resumo, as falas da ACS8 e da ACS9 apresentam a rotina diária desses agentes diante de um cenário de atenção cada vez mais focado na produtividade, mas também mostra a responsabilidade e compromisso que as ACS têm com o cuidado. A superação desses desafios requer condições de trabalho seguras, valorização profissional, gestão que tenha um olhar sensível às realidades locais e políticas públicas voltadas à reconfiguração da APS para que retorne o sentido de atenção centrada nas pessoas, e não apenas nos números.

Ainda, outros desafios também são apontados, como o processo de cadastramento no e-SUS e a exigência do Cartão Nacional de Saúde (CNS), relatados pelas ACS4 e ACS5, que demonstram as dificuldades de sensibilizar a população e conciliar com a burocracia proposta no novo texto da PNAB. A ACS6 acrescenta mais um obstáculo, que é o ponto eletrônico, onde afirma que traz mais dificuldade para o processo de trabalho para elas que trabalham nos territórios.

[...] Uma dificuldade enfrentada por muitas de nós após a publicação da nova PNAB, mas não sabemos se foi por causa dela, foi em relação ao cadastramento das pessoas, famílias na nova ficha do E-SUS. Todas as pessoas da área tinham que ter cartão do SUS, e no início foi muito difícil, porque assim, a gente foi vendo que a população não tinha o cartão ainda. Muitos nunca tiraram, outros não querem pois tem planos de saúde, e não buscam serviços nos postos de saúde, outros tinham, mas precisavam trocar e, eles não iam. Então assim, o desafio maior é conseguir sensibilizar as pessoas sobre algo. [...] (ACS5)

As principais dificuldades e os desafios que a gente tem enfrentado, especialmente, é a sobrecarga, a desvalorização do nosso trabalho e, a questão do ponto eletrônico, tem dificultado bastante o nosso trabalho. (ACS6)

As ACS refletem de forma clara sobre os desafios enfrentados por esses profissionais, no que diz respeito às transformações trazidas pela nova PNAB e pela introdução de novas tecnologias de informação na APS. A ACS5 relata os desafios em realizar o cadastramento das pessoas e das famílias no sistema e-SUS da APS, destacando barreiras como a falta do CNS, a resistência de usuários que têm planos de saúde e a dificuldade de mobilizar a população para atualizar seus dados. A ACS6, por sua vez, enfatiza o impacto do ponto eletrônico no desempenho de suas atividades, o que acarreta no acréscimo de mais uma tarefa a ser realizada.

As informações apresentadas pelas ACSs, referem que o cadastramento no e-SUS é uma das principais atribuições dos agentes. O Manual de Uso do Aplicativo e-SUS Território, Brasil (2020) afirma que o cadastramento e a atualização periódica são responsabilidades diretas dos ACSs, que são de extrema importância para o funcionamento da APS. Porém, Barreto *et al.* (2018) mostram que, apesar do cadastramento ser fundamental para o gerenciamento de dados, sua execução no dia a dia é marcada por dificuldades operacionais e de adesão das famílias, que em sua maioria são desinformadas ou resistentes a participar desse processo, gerando desgaste no desenvolvimento do trabalho dessas profissionais.

Além do desgaste administrativo, relacionado ao cadastramento no e-SUS, as ACS expressam a desvalorização e sobrecarga devido a muitas exigências para a categoria. Segundo Miranda e Pegoraro (2020) o trabalho dos(as) ACSs está ligado a fatores de risco para adoecimento físico e mental, como sobrecarga, acúmulo de funções, pressão por metas e falta de valorização. Salgado *et al.* (2023), amplia a discussão ao afirmar que os(as) ACS apresentam uma exaustão laboral significativa, que é agravada pela inserção de novas tecnologias e sistemas, trazendo mais responsabilidades e requerendo mais conhecimentos técnicos que muitas vezes vão além da formação inicial.

De forma geral, a ACS2 faz uma crítica à política de gerenciamento do SUS, enfatizando que o principal problema não está apenas ligado à PNAB, mas também a falta de uma gestão eficaz e a desvalorização do sistema e de seus trabalhadores. Sua fala relembra os princípios de

integralidade e equidade do SUS, relatando que a logística da alta cobrança por produtividade, desumaniza o cuidado. Ainda argumenta sobre o grande número de pessoas que cada profissional precisa atender, afirmando que é humanamente impossível trabalhar com qualidade diante dessa realidade.

Nossa dificuldade principalmente agora nesse tempo, porque tem muita coisa que a PNAB pede dados, pedem informações, pede que a gente coloque números, a gente vai ter que ir atender todos os critérios que a PNAB depende. E hoje, nós temos, antes a gente era qualquer número de famílias, hoje não, hoje é por pessoa, você tem que ter até 750 pessoas eu acho que na PNAB fala que até 750 pessoas, e às vezes a gente se depara ainda com agentes comunitários de saúde que tem duas mil pessoas, eu fico besta, 2 mil pessoas é humanamente impossível alguém atender, e existe, a gente sabe que tem, que eu mesma nem com os pneu nos pés eu não conseguiria, porque juízo ninguém tem mais, todo mundo adoecido, todo mundo esperando uma melhora, aí vem uma PNAB que diz que você tem que dar conta de 200 e 750 visitas por tempo por mês, não tem condição de jeito nenhum. Você tem que ser uma máquina mesmo, então só informatização para que a gente possa conseguir melhorar essa situação, porque o caos é grande. (ACS2)

Em sua fala, a ACS2, manifesta preocupação com o distanciamento entre o que é exigido como normas pela PNAB e as condições reais de trabalho dos(as) ACSs. Ao mencionar que alguns agentes chegam a ter sob sua responsabilidade até duas mil pessoas, número muito superior ao que é padronizado, evidencia uma situação que deixa inviável o acompanhamento integral e humanizado.

A ACS2, deixa claro que uma das principais tensões vivenciadas na APS, depois das mudanças introduzidas pela PNAB de 2017, é o aumento da quantidade de pessoas que cada profissional é responsável. A PNAB realmente estabelece que cada ACS deve acompanhar, preferencialmente, até 750 pessoas, número que deveria garantir a integralidade e a qualidade do cuidado (Brasil, 2017). No entanto, como afirma a ACS2, essa norma nem sempre é respeitada na prática, e há casos em que um único agente chega a atender muito mais pessoas, fugindo do que é preconizado, tornando esse trabalho “humanamente impossível”.

Outro aspecto relevante é o impacto desse trabalho excessivo sobre a saúde física e mental dos ACS. Nunes *et al.* (2018) mostram que as cargas de trabalho desses profissionais envolvem fatores físicos, emocionais e cognitivos, provenientes do excesso de atribuições, da exposição a diversas situações que compõem os territórios e da falta de estrutura adequada. A sobrecarga e o estresse constantes têm contribuído para o adoecimento desses profissionais, o que a ACS2 apresenta ao dizer que “todo mundo adoecido, todo mundo esperando uma melhora”.

Se tratando do processo de informatização, é notório que as exigências têm aumentado sem que haja o suporte técnico necessário. Silva *et al.* (2020) ressaltam que a mudança para sistemas digitais, pode ser positiva, porém requer investimento em infraestrutura, equipamentos e capacitação dos ACS. Quando não ocorre dessa forma, o processo apenas aumenta a carga de trabalho e o sentimento de impotência diante de tudo que é cobrado. Essa perspectiva aparece no discurso da ACS2, ao mencionar que “só informatização para que a gente possa conseguir melhorar essa situação, porque o caos é grande”, mostrando a expectativa de que a tecnologia possa amenizar o peso das tarefas administrativas.

Desse modo, as falas das ACS revelam que a inserção da PNAB, apesar de buscar eficiência e padronização, tem produzido efeitos contrários na prática do trabalho do(a) ACS. Enquanto a política valoriza indicadores e cobertura populacional, o dia a dia de trabalho dos(as) agentes é marcado por exaustão e distanciamento do território. A PNAB propõe que o(a) ACS seja o elo entre comunidade e serviço de saúde, mas, assim como apontam Silva *et al.* (2020) e Morosini e Fonseca (2021), a intensificação das demandas burocráticas desfaz justamente essa função de vínculo e cuidado. Conforme expressa a ACS2, “não tem condição de jeito nenhum, tem que ser uma máquina mesmo”, frase que evidencia a contradição entre o ideal da política e a realidade concreta do trabalho.

A superação das dificuldades enfrentadas pelas ACSs diante das mudanças propostas pela PNAB de 2017 é percebida principalmente pela união da categoria e apoio das representações como federações e sindicatos. A ampliação do quadro de profissionais e o uso de tecnologias também são apontados como estratégias essenciais para reduzir a sobrecarga e melhorar a qualidade do trabalho. Além disso, políticas públicas que amparam e promovem a visibilidade do papel das ACS são essenciais para resgatar a essência do cuidado e garantir uma atuação mais humana e eficaz para as comunidades.

[...] As formas que a gente pode superar essas dificuldades. A melhor forma é nos unindo, a nossa Federação e Confederação, unindo cada vez mais a categoria, buscando políticas que possam nos amparar, nos qualificando e prestando nosso serviço de qualidade com responsabilidade [...]. (ACS6)

[...] Trazendo novos profissionais, sabe? [...] Então eu acredito que só com o contrato, concurso, seleção de novos profissionais poderia estar se adequando, então acredito que o melhor seria o contrato de novos profissionais para assim ficar melhor para se trabalhar esses índices e as demandas [...]. (ACS9)

Na minha opinião, gestão, políticas públicas voltadas para visibilidade do agente de saúde na sua real função. (ACS7)

[...] Eu concordo com minhas colegas. Gestão e tecnologia. Ainda vamos ter muito trabalho, vamos ter que passar por mais essa, mas, vai dar tudo certo [...]. (ACS2)

Os argumentos das ACSs mostram que para vencer os desafios na atuação profissional, é preciso de estratégias, como a organização e cooperação da categoria, disposição de novos profissionais e gestão com uso de tecnologias e políticas que apoiam a classe. As ACS reconhecem que não basta apenas executar as funções, é preciso também que os meios que favorecem uma boa desenvoltura na prática diária, como políticas públicas, a valorização profissional e instrumentos tecnológicos caminhem juntos para ser suporte no desenvolvimento da qualidade do serviço prestado. Morosini e Fonseca (2023) analisam que, apesar dos avanços na APS, há uma diminuição do protagonismo do(a) ACS na coordenação do cuidado, reflexo da falta de formação continuada e da implementação de políticas que assegurem essa autonomia.

A ACS9 destaca a necessidade de mais profissionais na categoria, o que reforça a sobrecarga enfrentada pelas equipes. Essa escassez de agentes é vista como fator que compromete a integralidade e a continuidade do cuidado. Silva *et al.* (2020), apontam que a PNAB de 2017 ao apresentar sua reformulação, não afetou apenas a atuação do ACS, MAS implicou na redução de recursos e insuficiência de profissionais, o que limita a atuação territorial e o acompanhamento das famílias.

No que se refere a tecnologia e políticas públicas de apoio, as ACS2 e ACS7, mencionam “gestão” e “tecnologia” como fatores importantes para melhorar as condições de trabalho. Teixeira *et al.* (2020), demonstram que os ACS identificam o potencial das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) para melhorar processos e registros, mas ainda existem empecilhos estruturais e falta de suporte técnico para a sua utilização como desejado.

De forma integrada, as falas das ACSs mostram que a superação dos desafios provenientes das alterações relacionadas ao desenvolvimento de suas funções, requer ações simultâneas das esferas que compreendem a organização da oferta do cuidado integral. Assim, as propostas apresentadas pelas ACSs não são de caráter individual, mas retratam de maneira mais ampla o que é vivenciado pela coletividade da categoria.

As ACSs revelam que um dos maiores desafios não é apenas no sentido operacional, mas de caráter ético e simbólico, de acordo com a historicidade do trabalho dos(as) ACSs, para manter ativa a essência do cuidado nos territórios, mesmo ao se deparar com uma política que prioriza indicadores ao invés de vínculos. Em meio aos objetivos impostos e a característica principal do trabalho, essas mulheres renovam frequentemente suas práticas, resistindo à pressão pelo alcance de metas, fortalecendo a responsabilidade com o território e com as pessoas que acompanham.

Esta categoria mostra que as dificuldades e desafios vividos pelas ACSs depois da atualização da PNAB, vai além da dimensão técnica. Atingem de forma direta o sentido do trabalho, o tempo dedicado ao cuidado e o valor do vínculo comunitário. A sobrecarga, a burocratização e a cobrança por produtividade criam um contexto de descaracterização do papel das ACSs, que deixam de ser educadoras e promotoras da saúde e passam a ser operadoras de metas e dados.

Desse modo, para superar os desafios enfrentados na rotina do trabalho, as ACSs relatam que são necessários meios que vão de encontro com a coletividade da categoria como também do gerenciamento estrutural, e não apenas de esforços isolados. A união da categoria, através das entidades representativas, é de grande importância para incentivar a luta por melhores condições de trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo mostram que a PNAB de 2017 embora tenha buscado aprimorar a gestão da APS, trouxe mudanças significativas para o processo de trabalho das ACSs, impactando desde a organização de suas práticas diárias, até sua identidade profissional. Prontamente, os dados demonstram diferentes níveis de conhecimento e compreensão entre as ACSs sertanejas sobre as alterações introduzidas pela política, indicando, assim, fragilidades nos processos de comunicação e formação continuada.

Ainda, os dados apontam que as mudanças trazidas a partir da PNAB de 2017 podem ter contribuído de forma significativa para um processo de descaracterização do papel histórico dos(as) ACSs, tendo em vista o redirecionamento das ações, antes concentradas na parte de promoção e prevenção da saúde, para a realização de atividade mais técnicas e curativas, as quais geraram maior insegurança, sobrecarga e sentimento de perda da essência do cuidado educativo e comunitário. Os resultados deste estudo também apontam a necessidade de reavaliar as diretrizes e práticas de implementação da PNAB nos territórios rurais e remotos, assegurando o protagonismo das ACSs e a centralidade do cuidado integral e humanizado.

Prontamente, reafirma-se que a consolidação do SUS depende do reconhecimento do trabalho dos(as) ACSs como elemento estruturante da APS e da promoção da saúde nos diferentes territórios, devendo ser continuamente valorizado, qualificado e protegido frente às mudanças institucionais e políticas em curso. Ressalta-se que o fortalecimento do real papel das ACSs enquanto mediadoras entre os serviços de saúde e a comunidade, mostra-se essencial para garantir a integralidade, a equidade e a efetividade das ações em saúde, sobretudo, em territórios rurais.

O presente estudo apresentou algumas limitações, a saber: A carência de publicações sobre a temática estudada, comprometendo, diretamente, desenvolvimento de melhor e aprofundada discussão dos resultados; A realização do GF de forma *on-line* dificultou a observação de expressões faciais, gestos, postura corporal e aspectos paraverbais (como entonação e risos), devido a problemas de internet que levavam as participantes a desligarem a câmera e o áudio para evitar quedas na conexão e; A dificuldade de as ACS terem acesso a uma boa rede de internet.

Destarte, diante dos achados, recomenda-se o fortalecimento das políticas de educação permanente voltadas às ACSs, de modo a garantir atualização contínua acerca das normativas e diretrizes que orientam sua prática profissional. Sugere-se que as gestões municipais e estaduais da APS promovam espaços regulares de escuta, formação e troca de experiências

entre os profissionais, assegurando a participação ativa dos(as) ACSs nos processos decisórios. Ainda, seria interessante uma revisão das estratégias de monitoramento e avaliação, com a valorização de indicadores qualitativos que considerem o vínculo, a escuta e a integralidade do cuidado, e não apenas metas numéricas.

Além do mais, ressalta-se a importância de investimentos em infraestrutura, tecnologia e condições adequadas de trabalho, a fim de diminuir a sobrecarga e favorecer o desempenho ético, seguro e humanizado das atividades e ações realizadas pelos(as) ACSs no território. No mais, recomenda-se que pesquisas futuras aprofundem a análise sobre as repercussões trazidas pela PNAB de 2017 junto ao processo de trabalho dos(as) ACSs, contribuindo para a formulação de políticas públicas mais equitativas e sustentáveis.

REFERÊNCIAS

- ABREU, N.; BALDANZA, R.; GONDIM, S. Os grupos focais on-line: das reflexões conceituais à aplicação em ambiente virtual. **Revista de Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação**, v. 6, n. 1, p. 5-24. 2009.
- ALMEIDA, E. R. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, 2018.
- ALMEIDA, P. F. Atenção primária à saúde no Brasil e os 40 anos de Alma-Ata: reconhecer os desafios para seguir adiante. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 34, n. 8, p. 1-3, 2018.
- ALONSO, C. M. C.; BÉGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. C.M. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. **Rev Saúde Pública**. v. 52, n. 14, p. 1-13, 2018.
- ÁVILA, M. M. M. Origem e evolução do programa de agentes comunitários de saúde no Ceará. **RBPS**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 159-168, abr./jun., 2011.
- AZEVEDO NETO, G. T. *et al.* Educação Permanente em Saúde como estratégia para a segurança ocupacional em tempos de pandemia pela COVID-19: reflexões sobre o agente comunitário de saúde na construção de cuidado. **Rev Bras Med Trab**. v. 19, n. 1, p. 107-113, 2021.
- BAPTISTINI, R. A.; FIGUEIREDO, T. A. M. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. **Ambiente & Sociedade**, v. 17, n. 2, p.53 - 70, abr. 2014.
- BARBOUR, R. **Grupos focais**. Trad. Marcelo Figueiredo Duarte. Porto Alegre: Artmed, 2009. 216p.
- BARROS, R. D. DE.; AQUINO, R.; SOUZA, L. E. P. F. Evolução da estrutura e resultados da Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2008 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 11, p. 4289–4301, nov. 2022.
- BATALHA, E.; LAVOR, A. Nova PNAB transforma atenção básica em atenção mínima ao reduzir saúde da família e criar cesta limitada de serviços. **Radis Comunicação e Saúde**, n. 183, p.11-15, 2017.
- BATISTA, C. L. F. *et al.* Atributos da atenção primária à saúde: a teoria e a prática em uma unidade de saúde da família na perspectiva de acadêmicos de medicina. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 829–842, 2023.
- BORDINI, G. S.; SPERB, T. M. O uso dos grupos focais on-line síncronos em pesquisa qualitativa. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 3, p. 437-445, jul./set. 2011.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

BRASIL. **Lei 11.350 de 5 de outubro de 2006.** Regulamentação da profissão Agente comunitário de saúde e de agentes de endemias. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2006 (a).

BRASIL. **Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002.** Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2002.

BRASIL. **Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018.** Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília, 17 de abril de 2018; 197º da Independência e 130º da República.

BRASIL. **Lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023.** Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica. Brasília, DF, 20 de janeiro de 2023.

BRASIL. **Lei nº 14.799, de 5 de janeiro de 2024.** Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para denominá-la Lei Ruth Brilhante. Brasília, 5 de janeiro de 2024; 203º da Independência e 136º da República.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 466 DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.** Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Publicada no DOU nº 12, 13 de jun de 2013 – Seção 1 – Pág. 59. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 27 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006 (b).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde.** 2025. disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pqa-vs>>. Acesso em: 27 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Primária à Saúde**: Manual de Uso do Aplicativo e-SUS Território – Versão 3.1 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde**. e-Gestor: Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. Ministério da Saúde: 2021. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaACS.xhtml>>. Acesso em: 27 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Diretrizes para capacitação de agentes comunitários de saúde em linhas de cuidado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 46 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da saúde. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS**. Brasília, 24 de fevereiro de 2021. 2021. Disponível em: <http://www.uepb.edu.br/download/documentos/documentos_2021/CEPUEPB-Oficio-Comissao-Nacional-de-Etica-em-Pesquisa.pdf>. Acesso em: 27 set. 2024.

BROCH, D. **Desafios na atuação dos agentes comunitários**: compreensão da determinação social da saúde e das condições de trabalho. 2018. 90f. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, 2018.

CEARÁ. Secretaria Estadual da Saúde. **Portaria nº 2.108**, de 25 de novembro de 2019. Dispõe sobre aspectos organizativos-operacionais das regiões de saúde, nos termos da lei estadual nº 17.006, de 30 de setembro de 2019. Diário Oficial do Estado do Ceará, 03.12.2019.

CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 34, n. 8, p. 1-14, 2018.

COTRIM, B. C. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**. v. 30, n. 3, p. 285-93, 1996.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5-25, jan. 1999.

FAHEL, M.; SILVA, M. P. **A Trajetória da Atenção Primária à Saúde no Brasil: de Alma-Ata ao programa mais Médicos**. Belo Horizonte MG: Editora PUC Minas. 2ª Edição – Revista e Ampliada. Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2018.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 32, n. 1, e220382, p. 1-14, 2023.

FERNANDEZ, M.; LOTTA, G.; CORRÊA, M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, e00321153, p 1-20, 2021.

FERREIRA, J. S.; LADEIA, L. E. G. As Implicações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na Dinâmica dos Serviços de Saúde. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** v. 12, n. 42, p. 681-695, 2018.

FONSECA, A. F. **O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na Educação em Saúde**. 2013. 239f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. G. C.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 525-552, 2013.

FONSECA, J. C. *et al.* Nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): Visão dos profissionais da atenção básica do município de São Mateus-MA. **Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer**, Goiânia, v.16, n.30; p. 711-722, 2019.

FREIRE, D. E. W. G. *et al.* A PNAB 2017 e o número de agentes comunitários de saúde na atenção primária do Brasil. *Revista de Saúde Pública* [online]. v. 55, n. 85, p. 1-9, 2021.

GARCIA, A. C. P. *et al.* Agente comunitário de saúde no espírito santo: do perfil às atividades desenvolvidas. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 283-300, jan./abr. 2017.

GARCIA, A. C. P. *et al.* Perfil e o Processo de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. **J. res.: fundam. care. online**, v. 11, n. esp, p. 339-344, 2019.

GARCIA, L. M. T. *et al.* Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. **Saúde Debate**, rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 966-980, 2014.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed., São Paulo: Atlas, 2019. 248 p.

GIOVANELLA, L. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica 2017 e a redução de Agentes Comunitários de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, n. 116, 2021.

GOMES, C. B. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1327-1337, 2020.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 33.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013, p. 79-108.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama - População, Icó-Ceará, 2023**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/ico/panorama>>. Acesso em: 27 set. 2024.

LIMA, J. G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde Em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 52–66, 2018.

LIMA, J. G. *et al.* O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 8, 2021.

LIMA, J. G. *et al.* O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 8, p. 1-18, 2021.

MACHADO, G. A. B. *et al.* Avaliação das características da atenção primária à saúde: a perspectiva dos profissionais. **Acta Paul Enferm.** v. 34, eAPE00973, 2021.

MACIEL, F. B. M. *et al.* Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, (Supl.2), p. 4185-4195, 2020.

MARTINS, K. S. **Da alienação à crítica: desafio presente à ação do agente comunitário de saúde no âmbito do SUS**. 2012. 31 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia). Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2012.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 38-51, 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. – 14^a. ed. São Paulo: Hucitec Editora Ltda., 2014.

MIRANDA, B. A. B.; PEGORARO, R. F. Qualidade de vida e sofrimento psíquico em agentes comunitárias de saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 1, supl., p. 202-215, 2020.

MITROS, V. M. S. *et al.* Mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde: consensos e contestações em espaços deliberativos do SUS. **Saúde em Debate [online]**. v. 47, n. 138, p. 444-461, 2023.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cad. Saúde Pública**. v. 33, n. 1, p. 1-4, 2017.

- MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.
- MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 261–274, set. 2018.
- NUNES, C. A. *et al.* Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe2, p. 127–144, out. 2018.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família. **Rev Bras Enferm**. v. 66, n. esp. p. 158-64, 2013.
- OLIVEIRA, R. M.; FREITAS, R. M. M. Espiritualidade/religiosidade e o humanizaSUS em unidades de saúde da família. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 1, p. 1-8, jan./mar., 2019.
- PEDEBOS, L. A.; ROCHA, D. K.; TOMASI, Y. A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 940-951, 2018.
- PEIXOTO, H. M. C. *et al.* Percepção do agente comunitário de saúde sobre educação em saúde em uma unidade básica. **R. Enferm. Cent. O. Min**. v. 5, n. 3, p. 1784-1793, 2015.
- PINTO, H. A. Análise da mudança da política nacional de atenção básica. **Saúde em Redes**. v. 4, n. 2, p. 191-217, 2018.
- PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p.1903-1913, 2018.
- RIQUINHO, D. L. *et al.* O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: Entre a dificuldade e a potência. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 163-182, jan./abr., 2018.
- SANTOS, K. T. *et al.* Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, (Supl. 1), p. 1023-1028, 2020.
- SHIMAZAKI, M. E. **A Atenção Primária à Saúde**. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 2 e 3. 1- Análise da atenção primária à saúde. Guia do participante. Belo Horizonte: ESPMG; 2009.
- SILVA, A. M.; PACHECO, F. R. Implicações da PNAB 2017 no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 126, p. 750-763, 2020.

SILVA, J. C.; CAMARGO, M. R. R. Atenção Primária à Saúde e o Sistema Único de Saúde: Conquistas e valorização. **Revista Científica Eletrônica de Enfermagem da FAEF**, v. 2, n. 1, s/p, 2019.

SILVA, T. L. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 44, n. 124, p. 58-69, 2020.

SOARES, A. N. *et al.* Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 1-19, 2020.

SOUSA, J. O.; ALMEIDA, P. F. Atuação do agente comunitário de saúde em municípios rurais remotos do Semiárido: um olhar a partir dos atributos da Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33044, 2023.

SOUZA, R. A. *et al.* Uso de tecnologias para telemonitoramento na atenção primária à saúde na pandemia do Covid-19: relato de experiência. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, e302101321153, p. 1-7, 2021.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **J Manag Prim Health Care**, v. 5, n. 2, p. 202-212, 2014.

TEIXEIRA, C. F. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p.3465-3474, 2020.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

VALENÇA, J. S. *et al.* A percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a nova PNAB de 2017. **Revista de Saúde Pública**, Recife, 2020.

ANEXOS

ANEXO – A



GOVERNO MUNICIPAL DE ICÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ 11.896.777/0001-00

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Eu, ORIANNA MARIA GUIMARÃES NUNES LEITE,
RG 2006029057752 SR-CE CPF 038.204.563-76 Secretária de Saúde do
Município de Icó – Ceará, declaro ter lido o projeto intitulado como “**ATUAÇÃO DO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**: De (in) visível na nova Política Nacional de
Atenção Básica à protagonista na pandemia da Covid-19” de responsabilidade dos
pesquisadores Rafael Bezerra Duarte, portador do RG: 2003029175211 e CPF:
042.196.653-07, discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da
Universidade Estadual do Ceará (UECE) e da orientadora Maria Rocineide Ferreira da Silva
portador do RG: 92010026551 e CPF: 436.735.703-15, que uma vez apresentado a esta
instituição o parecer de aprovação do CEP: 63040-405 do Centro Universitário Dr. Leão
Sampaio (UNILEÃO), autorizaremos a realização deste projeto nas Estratégias de Saúde da
Família (ESF) do município, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Resoluções Éticas
Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Declaramos ainda que esta instituição está
ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de
pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de
pesquisa, nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia e tal segurança
e bem estar.

Icó, Ceará, 17 de Dezembro de 2020.

Orianna Maria Guimarães Nunes Leite
Secretaria Municipal de Saúde
PORTARIA Nº 1089/2018

Assinatura

Avenida Ilídio Sampaio nº. 2131, Centro, Icó-Ceará, CEP: 63430-000

ANEXO – B

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Prezado Sr.(a).

RAFAEL BEZERRA DUARTE, portador do RG 2003029175211 e CPF 042.196.653-07, discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) está realizando a pesquisa intitulada: “**ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**: De (in) visível na nova Política Nacional de Atenção Básica à protagonista na pandemia da Covid-19”, que possui como Objetivo geral: Analisar as práticas dos Agentes Comunitários de Saúde após a publicação da Política Nacional de Atenção Básica 2017 e no contexto da pandemia da Covid-19. Objetivos específicos: Compreender a percepção dos ACS acerca da nova PNAB e a respeito da pandemia provocada pela Covid-19; Descrever as atividades desenvolvidas pelo ACS desde a publicação da nova PNAB, assim como os possíveis desdobramentos para sua atuação e para o cuidado à população no contexto da APS; Identificar as ações desenvolvidas pelos ACS frente à pandemia da Covid-19; Investigar as dificuldades, desafios e as implicações trazidas pela nova PNAB e pela pandemia da Covid-19 para o processo de trabalho dos ACS no âmbito da APS.

Por esta razão, o (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em responder a um questionário sociodemográfico e a um roteiro de perguntas, em formato de entrevistas através da realização de Grupo Focal (GF), assim como participar de oficinas, ambas contendo aspectos inerentes a atuação no contexto da Atenção Primária à Saúde. O GF é uma técnica que consiste em coletar informações por meio de reuniões e discussões grupais sobre determinado assunto, tendo como base questões norteadoras lançadas pelo moderador do grupo. Tanto o GF, quanto as oficinas serão direcionadas para três grupos distintos. Sendo um grupo formado por ACS que atuam na zona rural, um grupo formado por ACS que atuam na zona urbana em áreas do centro, e outro grupo formado por ACS que também atuam na zona urbana, porém, em áreas de maior vulnerabilidade social, carentes, e nas periferias da cidade. A participação nos GF e nas oficinas, se dará por meio de um moderador, o qual conduzirá as discussões, debates, falas, entre outras atividades, prontamente todas as informações serão gravadas para assim garantir uma maior fidedignidade das repostas dos debatedores. Posteriormente as falas obtidas pela discussão serão transcritas na íntegra garantindo o anonimato. Essas por último serão analisadas conforme técnica padronizada e servirão como molde debatido e conclusivo do estudo, caso o caso o Sr. / Sra. autorize.

Todavia, como sabemos, toda e qualquer pesquisa que envolve a participação de seres humanos, pode proporcionar algum tipo de risco. Destarte, a presente pesquisa apresentará riscos considerados moderados (médios), uma vez que, no cenário atual, com a pandemia causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), tanto os participantes quanto os pesquisadores poderão se contaminar. Além disso, os participantes poderão se sentir envergonhados por estarem sendo entrevistados com auxílio do gravador de voz durante a participação dos grupos focais, assim como pelo registro de imagens no momento das oficinas. Também poderão sentir-se constrangidos com a presença de outros sujeitos, e por estarem expondo sua vida pessoal, trabalho e sobre a situação de saúde no município em estudo, medo de se posicionar quanto a determinados assuntos e receio de ser desaprovado, assim como, poderão ficar apreensivos e receosos devido à invasão de sua privacidade ou quebra da confidencialidade, como também, poderá ferir seus princípios, ou ainda acontecer o extravasamento ou perda de dados.

Diante do exposto, no que concerne ao risco de contaminação da Covid-19, algumas medidas serão tomadas visando a diminuição desse acontecimento, como: uso de máscaras, luvas, aventais e álcool em gel pelos pesquisadores e participantes. Tendo em vista que a coleta de dados será feita através de grupo (agrupamento de pessoas), a mesma será feita em um ambiente espaçoso e arejado, assim como será evitado o contato físico mantendo o distanciamento de dois metros entre os participantes, além disso, serão higienizados os espaços, cadeiras, mesas entre outros objetos, antes e depois da realização do grupo. No mais, caso o pesquisador venha a sentir algum dos sintomas da Covid-19, o mesmo procurará atendimento nos serviços de saúde, logo, venha a ser diagnosticado com Covid-19, a coleta de dados será adiada para outra data. E na situação em que algum dos participantes também venha a ter algum dos sintomas, este não participará do grupo naquele dia, e no acontecimento de algum for diagnosticado com a Covid-19, o mesmo será excluído da pesquisa, para assim evitar a contaminação dos outros participantes.

Todavia, caso exista algum impeditivo para realização da coleta de dados (GF e oficinas) de modo presencial devido ao agravamento da pandemia de Covid-19, a coleta de dados também poderá ser realizada de forma remota/online, através de plataformas virtuais como, Zoom e/ou Google Meet e/ou Whatsapp, mediante envio do termo de consentimento e do termo de autorização do uso de imagem e voz, por links, e posterior agendamento dos grupos e oficinas de acordo com o meio mais acessível aos participantes da pesquisa.

Em relação aos outros riscos, antes mesmo que estes possam surgir ou acontecer em meio à coleta dos dados, os pesquisadores os minimizarão através de esclarecimentos, bem como, sanarão todas as dúvidas, e explicarão todas as etapas da pesquisa. Além disso, os pesquisadores tomarão todos os cuidados para preservar a identidade do grupo e de cada participantes (local reservado para a realização dos grupos focais e das oficinas), assim como, será garantido aos participantes o sigilo, a confidencialidade e o anonimato de todos os dados coletados, inclusive de informações pessoais preservando assim, a identidade de todos. Ainda, caso seja necessário, os participantes poderão ser encaminhados para a assistência psicológica na rede de atenção de saúde do município.

Sobre os benefícios, a realização deste estudo trará à tona novos conhecimentos a respeito da atuação dos ACS desde a publicação da nova PNAB (2017) bem como, do trabalho realizado frente a pandemia da Covid-19, podendo assim, servir como fonte de pesquisa e despertar a realização de novos estudos. Ainda, com a obtenção dos resultados obtidos, poderá despertar uma reflexão das atuais práticas desenvolvidas por esses trabalhadores nos dias atuais, além de servir como instrumento para o planejamento de novas ações e estratégias, assim como, orientar a tomada de decisões, objetivando a melhoria do trabalho do ACS dentro das unidades de saúde e nos territórios. Tendo em vista o novo cenário, por conta da pandemia da Covid-19, este estudo trará ainda para os demais leitores maiores esclarecimentos sobre a temática, tendo em vista que, se trata de algo inédito, ou seja, apresenta um teor novo, que ainda não foi exibido.

No mais, este estudo provocará nos gestores, instituições e trabalhadores da área da saúde uma maior reflexão a respeito das mudanças impostas pela nova PNAB, assim como, despertar pensamentos e/ou uma análise detalhada sobre uma nova reformulação/atualização desta política, visando o fortalecimento da APS/SUS.

Todas as informações que forem fornecidas serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seus dados pessoais ou outros dados serão confidenciais e seu nome não aparecerá no momento que os resultados forem apresentados.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar Rafael Bezerra Duarte na Rua São Geraldo, 430, centro, ICÓ-CE, CEP: 63430-000 em horário comercial (segunda a sexta), ou pelo telefone (88) 99812-3977. Também pode procurar por Maria Rocineide Ferreira da Silva na Av. Dr. Silas Munguba, 1700 - Itaperi, Fortaleza - CE, CEP: 60.714.903, ou pelo telefone (85) 3101-9869.

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO) – CEP: 63040-405 localizado na Unidade Lagoa Seca: Av. Leão Sampaio Km 3 – Lagoa Seca – Juazeiro do Norte – CE telefone (88) 2101-1046. Caso esteja de acordo em participar da pesquisa, deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido que se segue, recebendo uma cópia do mesmo.

Fortaleza, Ceará, _____ de _____ de 2021.

Rafael Bezerra Duarte

Maria Rocineide Ferreira da Silva

ANEXO - C



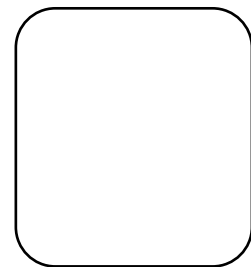
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, eu _____, portador (a) do Cadastro de Pessoa Física (CPF) número _____, declaro que, após leitura minuciosa do TCLE, tive a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores. Ciente dos serviços e procedimentos aos quais serei submetido e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firmo meu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente da pesquisa sobre a, “**ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: De (in) visível** na nova Política Nacional de Atenção Básica à protagonista na pandemia da Covid-19”. Assinando o presente documento em duas vias de igual teor e valor.

Fortaleza, Ceará, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do participante ou Representante legal



Impressão dactiloscópica

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO – D



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ

Eu _____, portador(a) da
Carteira de Identidade n° _____ e do CPF n°
_____, residente à Rua _____, bairro
_____, na cidade de _____,

autorizo o uso de minha imagem e voz, no trabalho sobre título “**ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**: De (in) visível na nova Política Nacional de Atenção Básica à protagonista na pandemia da Covid-19”, produzido pela pesquisador Rafael Bezerra Duarte, discente do mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), turma 2019, sob orientação da Professora Maria Rocineide Ferreira da Silva. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e voz acima mencionadas em todo território nacional e no exterior.

Por esta ser a expressão de minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos e assino a presente autorização em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Fortaleza, Ceará ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

ANEXO – E



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- 1 - **Identidade de Gênero:** () Masculino () Feminino () Transgênero () Cisgênero () Não deseja informar () Outro: _____
- 2 - **Idade:** () 18 a 25 anos () 26 a 35 anos () 36 a 45 anos () 46 anos ou mais
- 3 - **Cor:** () Amarelo(a) () Branco(a) () Indígena () Negro(a) () Pardo(a)
- 4 - **Religião:** () Católica () Evangélica () Adventista () Espírita () Outra: _____
- 5 - **Estado Civil:** () Solteira () Casada/União estável () Separada/Divorciada () Viúva
- 6 - **Formação:**
- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| () Analfabeto | () Ensino Fundamental Incompleto |
| () Ensino Fundamental Completo | () Ensino Médio Incompleto |
| () Ensino Médio Completo | () Ensino Técnico Incompleto |
| () Ensino Técnico Completo | () Ensino Superior Incompleto |
| () Ensino Superior Completo | () Pós-Graduação |
- 6.1 - **Especifique sua formação:** _____
- 7 - **Curso de formação inicial (400h) para exercer a função de ACS:** () Sim () Não
- 8 - **Vínculo trabalhista:** () Seleção pública do Estado () Concurso público municipal
- 9 - **Tem outro trabalho além do de ACS?** () Sim () Não Se sim, qual? _____
- 10 - **Renda:**
- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| () Até 1 Salário Mínimo | () De 1,0 a 2,0 Salários Mínimos |
| () De 2,0 a 3,0 Salários Mínimos | () De 3,0 a 4,0 Salários Mínimos |
| () De 4,0 a 5,0 Salários Mínimos | () 5,0 Salários Mínimos ou mais |
- 11 - **Território de atuação:** () Zona rural () Zona urbana/Centro () Zona urbana/periferias, vulnerabilidade social
- 12 - **Tempo de atuação como ACS:** _____
- 13 - **Tempo de atuação na ESF atual:** _____
- 14 - **Participa ou já participou de algum movimento, associação? Se sim, qual?** _____

ANEXO – F

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**QUESTÕES NORTEADORAS PARA O 1º ENCONTRO DO GRUPO FOCAL****EIXO TEMÁTICO – NOVA PNAB**

- 1 – O que vocês sabem sobre a nova PNAB?
- 2 – Que mudanças vocês conseguem identificar a partir da publicação da nova PNAB em suas práticas?
- 3 – Quais as dificuldades e/ou desafios vivenciados na atuação para o desenvolvimento de suas práticas após a publicação da nova PNAB?
- 4 – De que formas vocês acham que essas dificuldades podem ser superadas?
- 5 – Como vocês analisam as implicações/mudanças trazidas pela nova PNAB?

ANEXO - G

CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: De (in) visível na nova Política Nacional de Atenção Básica à protagonista na pandemia da Covid-19

Pesquisador: RAFAEL BEZERRA DUARTE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42328721.8.0000.5048

Instituição Proponente: TCC EDUCACAO, CIENCIA E CULTURA LTDA - EPP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.688.142

Apresentação do Projeto:

ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: De (in) visível na nova Política Nacional de Atenção Básica à protagonista na pandemia da Covid-19 Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são personagens importantes quando nos referimos a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS) na atualidade, tendo vista seu relevante papel no fortalecimento e integração entre a comunidade e os serviços ofertados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Assim, reconhecendo o papel do ACS como um agente de mudanças, com saberes e vivências na APS e na situação de pandemia atual, este estudo estabelece as seguintes perguntas norteadoras: Como tem se configurado as práticas dos ACS na APS após a publicação da nova PNAB e atualmente durante a pandemia da Covid-19? Qual a percepção dos ACS acerca da nova PNAB e sobre a pandemia da Covid-19? Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa. O estudo será desenvolvido no Município de Icó-CE. Participarão deste estudo serão 30 Agentes Comunitários de Saúde. Para a seleção dos sujeitos participantes deste estudo será utilizado o método de amostragem intencional, visando atender os objetivos da pesquisa. Logo, os 30 ACS serão divididos em três grupo, cada um com 10 membros. Essa formação se dará para um melhor auxílio no momento da formação dos 3 Grupos Focais (GF). A coleta de dados será realizada por meio da realização de Grupo Focal (GF) e através de Oficinas. Será utilizada a técnica de Análise de Conteúdo Temática. Em virtude da pandemia provocada pela Covid-19, tendo em vista uma nova onda da doença, aumento do número de caso, e surgimento

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n

Bairro: Planalto

CEP: 63.010-970

UF: CE

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: (88)2101-1033

Fax: (88)2101-1033

E-mail: cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO



Continuação do Parecer: 4.688.142

da nova variante, caso exista algum impeditivo para realização da coleta de dados de modo presencial, a mesma também poderá ser realizada de forma remota/online, por meio de plataformas virtuais como, Zoom e/ou Google Meet e/ou Whatsapp, mediante envio do termo de consentimento e termo de autorização do uso de imagem e voz por meio de um link e posterior agendamento da entrevista de acordo com o meio mais acessível ao participante da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as práticas dos Agentes Comunitários de Saúde após a publicação da Política Nacional de Atenção Básica 2017 e no contexto da pandemia da Covid-19.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender a percepção dos ACS acerca da nova PNAB e a respeito da pandemia provocada pela Covid-19;
- Descrever as atividades desenvolvidas pelo ACS desde a publicação da nova PNAB, assim como os possíveis desdobramentos para sua atuação e para o cuidado à população no contexto da APS;
- Identificar as ações desenvolvidas pelos ACS frente à pandemia da Covid-19;
- Investigar as dificuldades, desafios e as implicações trazidas pela nova PNAB e pela pandemia da Covid-19 para o processo de trabalho dos ACS no âmbito da APS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Toda e qualquer pesquisa que envolve a participação de seres humanos, pode proporcionar algum tipo de risco. Destarte, a presente pesquisa apresentará riscos considerados moderados (médios), uma vez que, no cenário atual, com a pandemia causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), tanto os participantes quanto os pesquisadores poderão se contaminar. Além disso, os participantes poderão se sentir envergonhados por estarem sendo entrevistados com auxílio do gravador de voz durante a participação dos grupos focais, assim como pelo registro de imagens no momento das oficinas. Também poderão sentir-se constrangidos com a presença de outros sujeitos, e por estarem expondo sua vida pessoal, trabalho e sobre a situação de saúde no município em estudo, medo de se posicionar quanto a determinados assuntos e receio de ser desaprovado, assim como, poderão ficar apreensivos e receosos devido à invasão de sua privacidade ou quebra da confidencialidade, como também,

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n
Bairro: Planalto **CEP:** 63.010-970
UF: CE **Município:** JUAZEIRO DO NORTE
Telefone: (88)2101-1033 **Fax:** (88)2101-1033 **E-mail:** cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO



Continuação do Parecer: 4.688.142

poderá ferir seus princípios, ou ainda acontecer o extravasamento ou perda de dados.

Diante do exposto, no que concerne ao risco de contaminação da Covid-19, algumas medidas serão tomadas visando a diminuição desse acontecimento, como: uso de máscaras, luvas, aventais e álcool em gel pelos pesquisadores e participantes. Tendo em vista que a coleta de dados será feita através de grupo (agrupamento de pessoas), a mesma será feita em um ambiente espaçoso e arejado, assim como será evitado o contato físico mantendo o distanciamento de dois metros entre os participantes, além disso, serão higienizados os espaços, cadeiras, mesas entre outros objetos, antes e depois da realização do grupo. No mais, caso o pesquisador venha a sentir algum dos sintomas da Covid-19, o mesmo procurará atendimento nos serviços de saúde, logo, venha a ser diagnosticado com Covid-19, a coleta de dados será adiada para outra data. E na situação em que algum dos participantes também venha a ter algum dos sintomas, este não participará do grupo naquele dia, e no acontecimento de algum for diagnosticado com a Covid-19, o mesmo será excluído da pesquisa, para assim evitar a contaminação dos outros participantes.

Todavia, caso exista algum impeditivo para realização da coleta de dados (GF e oficinas) de modo presencial devido ao agravamento da pandemia de Covid-19, a coleta de dados também poderá ser realizada de forma remota/online, através de plataformas virtuais como, Zoom e/ou Google Meet e/ou Whatsapp, mediante envio do termo de consentimento e do termo de autorização do uso de imagem e voz, por links, e posterior agendamento dos grupos e oficinas de acordo com o meio mais acessível aos participantes da pesquisa. Em relação aos outros riscos, antes mesmo que estes possam surgir ou acontecer em meio à coleta dos dados, os pesquisadores os minimizarão através de esclarecimentos, bem como, sanarão todas as dúvidas, e explicarão todas as etapas da pesquisa. Além disso, os pesquisadores tomarão todos os cuidados para preservar a identidade do grupo e de cada participantes (local reservado para a realização dos grupos focais e das oficinas), assim como, será garantido aos participantes o sigilo, a confidencialidade e o anonimato de todos os dados coletados, inclusive de informações pessoais preservando assim, a identidade de todos. Ainda, caso seja necessário, os participantes poderão ser encaminhados para a assistência psicológica na rede de atenção de saúde do município.

Sobre os benefícios, a realização deste estudo trará à tona novos conhecimentos a respeito da atuação dos ACS desde a publicação da nova PNAB (2017) bem como, do trabalho realizado frente a pandemia da Covid-19, podendo assim, servir como fonte de pesquisa e despertar a realização de novos estudos. Ainda, com a obtenção dos resultados obtidos, poderá despertar uma reflexão

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n
Bairro: Planalto **CEP:** 63.010-970
UF: CE **Município:** JUAZEIRO DO NORTE
Telefone: (88)2101-1033 **Fax:** (88)2101-1033 **E-mail:** cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO**



Continuação do Parecer: 4.688.142

das atuais práticas desenvolvidas por essestrabalhadores nos dias atuais, além de servir como instrumento para o planejamento de novas ações e estratégias, assim como, orientar a tomada de decisões, objetivando a melhoria do trabalho do ACS dentro das unidades de saúde e nos territórios. Tendo em vista o novo cenário, por conta da pandemia da Covid-19, este estudo trará ainda para os demais leitores maiores esclarecimentos sobre a temática, tendo em vista que, se trata de algo inédito, ou seja, apresenta um teor novo, que ainda não foi exibido.

No mais, este estudo provocará nos gestores, instituições e trabalhadores da área da saúde uma maior reflexão a respeito das mudanças impostas pela nova PNAB, assim como, despertar pensamentos e/ou uma análise detalhada sobre uma nova reformulação/atualização desta política, visando o fortalecimento da APS/SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante pois destaca o papel do ACS como um agente de mudanças, com saberes e vivências na APS e na situação de pandemia atual

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FR: Ok

TAIV: Ok

TCLE: OK

Anuência: Ok

Projeto: OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1727600_E1.pdf	30/03/2021 20:15:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE DISSERTACAO_NOVA_VERSAO.pdf	30/03/2021 20:13:04	RAFAEL BEZERRA DUARTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_NOVA_VERSAO.pdf	30/03/2021 20:12:48	RAFAEL BEZERRA DUARTE	Aceito

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n

Bairro: Planalto

CEP: 63.010-970

UF: CE

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: (88)2101-1033

Fax: (88)2101-1033

E-mail: cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO**



Continuação do Parecer: 4.688.142

Cronograma	CRONOGRAMA_DE_EXECUCAO_NO VA_VERSAO.pdf	30/03/2021 20:12:33	RAFAEL BEZERRA DUARTE	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	18/01/2021 17:11:54	RAFAEL BEZERRA DUARTE	Aceito
Outros	INSTRUMENTOS_PARA_COLETA_DE DADOS.pdf	18/01/2021 17:11:13	RAFAEL BEZERRA DUARTE	Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZACAO_DE_USO DE_IMAGEM_E_VOZ.pdf	18/01/2021 17:10:36	RAFAEL BEZERRA DUARTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_POS_ ESCLARECIDO.pdf	18/01/2021 17:10:16	RAFAEL BEZERRA DUARTE	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_ANUENCIA.pdf	18/01/2021 17:09:45	RAFAEL BEZERRA DUARTE	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	18/01/2021 17:08:48	RAFAEL BEZERRA DUARTE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUAZEIRO DO NORTE, 03 de Maio de 2021

Assinado por:
ANTONIA VALDELUCIA COSTA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n
Bairro: Planalto **CEP:** 63.010-970
UF: CE **Município:** JUAZEIRO DO NORTE
Telefone: (88)2101-1033 **Fax:** (88)2101-1033 **E-mail:** cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br