



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DO SEMIÁRIDO
UNIDADE ACADÊMICA DE GESTÃO PÚBLICA
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM GESTÃO PÚBLICA**

JUSSYARA FERREIRA DA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
COMO AGENCIADOR DE POLÍTICAS PÚBLICAS:
UMA ANÁLISE DO DISTRITO DE SUCURU, SERRA BRANCA-PB**

SUMÉ - PB

2024

JUSSYARA FERREIRA DA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
COMO AGENCIADOR DE POLÍTICAS PÚBLICAS:
UMA ANÁLISE DO DISTRITO DE SUCURU, SERRA BRANCA-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo Científico) apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública do Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Tecnóloga em Gestão Pública.

Orientador: Professor Dr. Gilvan Dias de Lima Filho.

**SUMÉ - PB
2024**



S586i Silva, Jussyara Ferreira da.

A importância do agente comunitário de saúde como agenciador de políticas públicas: uma análise do distrito de Sucuru, Serra Branca-PB. / Jussyara Ferreira da Silva. - 2024.

30 f.

Orientador: Professor Dr. Gilvan Dias de Lima Filho.

Trabalho de Conclusão de Curso - modalidade Artigo Científico - Universidade Federal de Campina Grande; Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido; Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública.

1. Agente Comunitário de Saúde. 2. Políticas públicas de saúde. 3. Distrito de Sucuru - Serra Branca-PB. 4. Programa Saúde da Família. 5. Atenção primária à saúde. I. Lima Filho, Gilvan Dias de. II. Título.

CDU: 35(045)

Elaboração da Ficha Catalográfica:

Johnny Rodrigues Barbosa
Bibliotecário-Documentalista
CRB-15/626

JUSSYARA FERREIRA DA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
COMO AGENCIADOR DE POLÍTICAS PÚBLICAS:
UMA ANÁLISE DO DISTRITO DE SUCURU, SERRA BRANCA-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo Científico) apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública do Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Pública.

BANCA EXAMINADORA:

**Professor Dr. Gilvan Dias de Lima Filho.
Orientador – UAGESP/CDSA/UFCG**

**Professor Dr. Luiz Antônio Coelho da Silva
Examinador I – UAGESP/CDSA/UFCG**

**Professor Dr. Allan Gustavo Freire da Silva.
Examinador II – UAGESP/CDSA/UFCG**

Trabalho aprovado em: 21 de maio de 2024.

SUMÉ - PB

AGRADECIMENTOS

Agradeço a bondade de Deus, em escolher com tanto amor minha família. Minha Mãe Iracilda Diolinda da Silva Ferreira e o meu Pai José Jurandir Ferreira, minhas inspirações diárias para nunca desistir, mesmo ambos sem escolaridade alguma, sempre mostraram a mim e aos meus irmãos Juracilda Ferreira Rodrigues e Juracildo Ferreira da Silva, que o estudo é o único caminho para uma vida com expectativas de melhorias. Meus pais agricultores, carregados de histórias árduas, nos orientaram de forma simples, que a educação transforma e dignifica a vida.

Cito ainda in memoriam, minhas amadas avós materna, Diolinda Julia da Conceição e paterna Quitéria Lucas de Azevedo. Tenho cada frase de conselho, amor e cuidado cravados no meu ser. Mulheres de origem simples, mas ricas de fé e comunhão com Deus, despertaram em mim o amor a Deus, respeito ao próximo e o amor à família, como bens inegociáveis.

Gratidão ao meu orientador, professor Dr. Gilvan Dias de Lima Filho por não desistir de me incentivar a lutar pelo Curso Superior de Tecnólogo em Gestão Pública, obrigada por ter esse olhar empático como docente e para os discentes, os campus universitários precisam urgentemente de mais professores assim, com o seu perfil impecável.

Amigos são presentes vindos direto do coração de Deus, para tornar leve e agradável a vida, por esse lindo motivo, aponto: Elizandra Sarana, Kiara Silva, Silmara Araújo e Taniele Araújo, obrigada pela força e por acalmarem meu coração, quando a sobrecarga tomava meu ser, um simples, “calma vai dar tudo certo” me impulsionou a não desistir. “vou fotografar com você” “vou conseguir o contato do (ACS) pra você”. De fato, sou muito abençoada, por ter amigas incríveis, amorosas, empáticas e disponível para ouvir e aconselhar. Deus abençoe a vida de cada uma.

RESUMO

A atenção básica ou atenção primária em saúde se constitui como um conjunto de medidas que direcionam inicialmente o cidadão no Sistema Único de Saúde (SUS), almejando a aplicação de ações inclusivas, preventivas e educativas. Na composição da equipe multidisciplinar que integra a atenção básica, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o profissional responsável pelo primeiro atendimento, atuando na promoção da saúde e prevenção de doenças, tendo como enfoque atividades educativas nos domicílios da comunidade acolhida. Dentro desse contexto, o estudo teve como objetivo principal analisar a importância das ações exercidas pelo Agente Comunitário de Saúde e os desafios enfrentados para a efetivação das políticas públicas de saúde no Distrito de Sucuru, no município de Serra Branca-PB. Metodologicamente, o estudo pode ser classificado como exploratório (considerando os objetivos), qualitativo (ponderando a abordagem da pesquisa), estudo de caso (no que concerne a forma da pesquisa) e de levantamento (reputando os procedimentos adotados na coleta dos dados). Já os resultados demonstram a relevância que o ACS tem para a comunidade avaliada, atuando no atendimento direto nos domicílios de 161 famílias, nos quais: executam exames preventivos (pressão e glicemia), apreciação das condições físicas dos membros da família, e se necessário o encaminhamento para consultas em Unidade Básica de Saúde (UBS) ou hospitais. Como nota conclusiva, pode ser disposto as dificuldades que limitam melhores resultados, como: falta de remédios e acesso a comunidade (falta de infraestrutura).

Palavras-chave: Atenção Primária; Políticas Públicas; Agente Comunitário de Saúde.

ABSTRACT

Basic care or primary health care is constituted as a set of measures that initially direct citizens to the Unified Health System (SUS), aiming to apply inclusive, preventive and educational actions. In the composition of the multidisciplinary team that integrates primary care, the Community Health Agent (ACS) is the professional responsible for the first service, working to promote health and prevent diseases, focusing on educational activities in the homes of the host community. Within this context, the main objective of the study was to analyze the importance of the actions carried out by the Community Health Agent and the challenges faced in implementing public health policies in the District of Sucuru, in the municipality of Serra Branca-PB. Methodologically, the study can be classified as exploratory (considering the objectives), qualitative (considering the research approach), case study (regarding the form of the research) and survey (regarding the procedures adopted in data collection). The results demonstrate the relevance that the ACS has for the evaluated community, providing direct care in the homes of 161 families, in which: they carry out preventive exams (pressure and blood glucose), assessment of the physical conditions of family members, and, if necessary, referral for consultations at a Basic Health Unit (UBS) or hospitals. As a conclusive note, difficulties that limit better results can be discussed, such as: lack of medicine and access to the community (lack of infrastructure).

Keywords: Primary Care; Public policy; Community Health Agent.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Centro do Distrito de Sucuru, Serra Branca-PB.....	16
Figura 02 - Unidade Básica de Saúde do Distrito de Sucuru, Serra Branca-PB.....	17
Figura 03 - EMEIEF Manoel Duarte da Silva.....	18
Figura 04 - Microárea 01 do Distrito de Sucuru, Serra Branca-PB.....	20
Figura 04 - Microárea 02 do Distrito de Sucuru, Serra Branca-PB.....	22
Figura 06 – Equipamentos utilizados pelo ACS da microárea 02 do Distrito de Sucuru, Serra Branca-PB.....	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA.....	11
3 O SUS E A CRIAÇÃO DOS PROGRAMAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE....	12
4 A CATEGORIA DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS).....	14
5 O DISTRITO DE SUCURU E A ASSISTÊNCIA BÁSICA A SAÚDE DA FAMÍLIA.	16
6 METODOLOGIA.....	18
7 ACS COMO AGENCIADOR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO DISTRITO SUCURU.....	19
7.1 Distrito de Sucuru - Microárea 01.....	19
7.2 Distrito de Sucuru - Microárea 02.....	22
7.3 A Prefeitura de Serra Branca e os Problemas no Distrito de Sucuru.....	24
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS.....	28
APÊNDICE – QUESTIONÁRIO COM OS ACS DO DISTRITO DE SUCURU.....	30

1 INTRODUÇÃO

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Estado brasileiro propiciou o acesso universal aos diversos serviços de saúde a população brasileira, ou seja, com a formação e implementação do SUS o Estado passou a proporcionar atenção integral a saúde (e não somente cuidados assistenciais), como uma competência dos três níveis de governo (um direito de todos os cidadãos), o que englobou políticas atreladas desde a concepção do ser humano até o final do seu ciclo de vida (por toda a vida).

Para Alonso, Béguin, Duarte (2018), a descentralização das ações destinadas a saúde, permitiram a formação de um sistema público de atendimento destinado a toda a população (em vez de grupos privilegiados), a participação ativa da comunidade, bem como dos profissionais de saúde, compondo assim uma saúde mais holística, acessível e resolutiva para a sociedade.

Dentro desse contexto, almejando alterar o modelo hegemônico que existia no Brasil, pautado no tratamento da doença pelo médico (centralização de conhecimento), normalmente com a internalização do paciente no hospital e subsidiado por equipamentos industrializados e componentes da indústria farmacêutica, surge em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) como um conjunto de ações voltado a reorientação/reorganização/reformulação do modelo existente.

O PSF tinha como intuito disponibilizar a atenção básica/primária de modo mais resolutivo e humanizado, tendo a família como cerne das ações, vinculada com o ambiente e os demais fatores que a contornavam. O PSF possuía atuação efetiva na promoção e proteção da pessoa, associado a prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos, incluindo o diagnóstico e o tratamento, sobretudo, preventivo.

No ano de 2006 o PSF deixou de ser programa e passou a se configurar como uma estratégia permanente para a promoção da atenção básica em saúde no Brasil, precisamente por um programa possuir tempo determinado e uma estratégia poder ser permanente e contínua. Assim, o Programa Saúde da Família (PSF) perdeu essa designação e passou a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF (assim como o PSF) está vinculada ao Ministério da Saúde, sendo delineada como estratégia basilar para a organização e fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) no país. Por intermédio da ESF, a atenção à saúde é implementada através de uma equipe multidisciplinar (constituída por profissionais de diferentes áreas), atuando de modo estruturado e planejado (interdisciplinar), ponderando no atendimento de cada cidadão suas condições de trabalho, renda, habitação, suas relações com a família e com a comunidade.

Integrante da equipe multiprofissional que implementa os serviços de atenção básica, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional que executa ações de promoção dos serviços de saúde e prevenção de doenças e epidemias, tendo como objetivo precípua as atividades educativas em saúde, envolvendo os domicílios e as coletividades. O ACS é um agente público que busca integrar os serviços de saúde da atenção básica com toda a comunidade.

Diante do exposto, este artigo tem como finalidade central, analisar a contribuição do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como fomentador dos serviços de saúde no Distrito Sucuru no município de Serra Branca-PB. Para isso, foram desenvolvidos os seguintes objetivos específicos: Conhecer o funcionamento da saúde na microrregião do Distrito de Sucuri destacando a efetividade das ações dos Agentes Comunitários de Saúde da área, evidenciar os principais problemas enfrentados pelos Agentes Comunitários de Saúde para a execução de suas atribuições e averiguar a atuação do poder executivo e legislativo do município de Serra Branca-PB para a solvência dos problemas apresentados pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Como justificativa pela escolha do tema, pode ser ratificado que ACS é um elo entre a comunidade e a instituição de saúde. É este profissional que está diariamente inserido dentro da sociedade, perpassando pelas ruas e residências, vendo, convivendo e visitando as problemáticas presentes, promovendo saúde e prevenindo doenças. Logo, este agente se configura como uma peça indispensável na percepção das necessidades e dilemas vividos na comunidade, seja no que envolve a saúde, habitação, alimentação, dentre outros.

Em termos metodológicos, foi desenvolvida uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo. No aspecto qualitativo, conforme Lima (2024) se buscou inferir sobre a atuação e o comportamento expresso nos agentes envolvidos, tendo uma abordagem bem mais aprofundada da realidade dos fatos. No aspecto exploratório, segundo Gil (2007) foi almejado a obtenção do aperfeiçoamento de maior familiaridade com o problema, com o intuito de construir hipóteses ou torná-las mais explícitas. Para isso, foi empregado além do levantamento bibliográfico, entrevistas com os agentes públicos que atendem o Distrito de Sucuru, ou seja, que tiveram experiência prática com o problema pesquisado.

Como indagação, o trabalho se destinou a responder os seguintes questionamentos: Quais são as contribuições que o exercício da profissão do Agente Comunitário de Saúde tem com a população assistida no Distrito Sucuri e sítios vizinhos? Quais os maiores entraves para que essas funções sejam realizadas de forma plena?

2 CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Durante muito tempo, a saúde do Brasil era prestada com baixa resolutividade e qualidade. A população mais carente era atendida, primariamente por curandeiras e Santas Casas de Misericórdia (SCM) que especificavam sua atuação na prevenção de algumas patologias transmissíveis e endemias rurais (Maciel *et al.* 2020)

Ao longo dos anos, o sistema de saúde do Brasil passou por diversas atualizações. Desde 1923 o sistema brasileiro de saúde evoluiu enquanto as políticas de saúde apresentadas. A pioneira dessas políticas, ainda no período republicano, em 1923, chamada de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) deu início a assistência médica previdenciária, cujos beneficiados eram os trabalhadores de algumas empresas, do qual o financiamento vinha dos próprios empregados e empregadores. Essa política era muito restrita e durou 10 anos, quando foi substituída pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) (Maciel *et al.* 2020).

Os IAPs, a partir de 1933, passou a aceitar algumas categorias de profissionais para serem beneficiados, e além dos próprios trabalhadores e patrões que custeavam, a partir de agora também se tinha financiamento por parte do governo. A saúde pública brasileira, que na Era Vargas estava sob a responsabilidade do Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP), tinha a característica de ser de baixa qualidade e de atendimento limitado (Brasileiro; Passos, 2024).

Posteriormente, a saúde pública do Brasil ficou a cargo somente do Ministério da Saúde, mas continuou com as mesmas características de qualidade do MESP. Os IAPs foram unificados e houve a criação do INPS, em 1966. Neste momento os trabalhadores de serviço privado tinham acesso ao serviço de saúde pública (Brasileiro; Passos, 2024).

Em 1977, com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) houve a criação de unidade de atendimento a nível ambulatorial e hospitalar, visto que este era responsável por prestar assistência diferenciada aos seus associados. Neste período ocorreu a contratação de serviços do setor privado das grandes metrópoles que era onde se situava o grande fluxo de beneficiários (Brasil, 2002).

Apenas no final do período da Ditadura Militar aconteceu a abertura do serviço de saúde pública aos trabalhadores rurais. Porém, com altos custos dos serviços ofertados e baixa qualidade, logo o INAMPS decretou falência (Brasileiro; Passos, 2024).

A partir de 1985, no período da Nova República, começou a haver fortalecimento para o Movimento da Reforma Sanitária, tendo em 1986 a 8ª Conferência de Saúde, momento

importante e de decisão na saúde brasileira, cujo relatório final foi bastante impulsionador na posterior criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2019).

3 O SUS E A CRIAÇÃO DOS PROGRAMAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Em 1988, de forma gradual, foi criado o Sistema Único de Saúde, oriundo do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, na década de 70 em busca de melhorias de atendimento e na condição de vida da população (Souto; Oliveira, 2016).

O Brasil desenvolveu o SUS como um sistema de saúde bastante complexo e dinâmico, que busca sempre agir baseado nos princípios da saúde como um dever do Estado e direito de todo cidadão, assim como fala o art. 196 da Constituição Federal:

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

É importante destacar que o SUS foi criado em 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde, Lei n. 8.080/1990 e Lei n. 8.142/1990, que instituíram os critérios organizativos deste sistema (Brasil, 2009). Diferente de outros modelos já ultrapassados, o Sistema Único de Saúde busca fornecer uma assistência desde a prevenção da doença, atuando de forma a atingir uma cura mais abrangente (Ferreira; Ferreira, 2023).

Como princípios doutrinários, este sistema apresenta a integralidade, universalidade e equidade em seus atendimentos, e como princípios organizativos a hierarquia, regionalização, descentralização, o comando único e a participação da população em todos os âmbitos (Gonzaga; Ferreira, 2017).

O SUS é um sistema exclusivamente brasileiro e é considerado o maior programa de saúde pública mundial, atuando desde as Unidades Básicas de Saúde, consideradas como porta de entrada desde sistema, até as unidades de tratamentos específicos e reabilitação. Todos os dias, em torno de 200 milhões de pessoas precisam e são atendidas por pelo menos uma das modalidades de atendimento, número elevado que equivale a 80% da totalidade da população brasileira (Duarte; Eble; Garcia, 2018).

Dentre os objetivos propostos pelo SUS, está o atendimento ao cidadão de maneira integral, atingindo a todos os âmbitos importantes para desenvolvimento da sua saúde, uma saúde complexa e integral, como conceituada em seguida:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (Brasil, 1990).

Desse modo, como os programas de saúde anteriores a ele, o SUS também tem suas fragilidades e enfrenta desafios diários para promover uma saúde de qualidade, como por exemplo, quando se remete aos níveis de assistências prestados que ainda são insuficientes frente ao quantitativo populacional do país (Sales *et al.* 2019).

Os serviços de saúde que são oferecidos pelo SUS preocupam-se em desenvolver uma saúde que atenda o indivíduo na sua individualidade, bem como na coletividade, “através da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis, com destaque para vigilância em saúde, vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, (...)” (Carvalho, 2013).

Desde sua criação, o SUS propõe-se a experimentar diversas propostas e inovações nos serviços prestados. A Atenção Básica de Saúde, porta de entrada desse sistema é um dos âmbitos que vem sendo contemplado com novos programas, dos quais destaca-se a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Maciel *et al.* 2020).

O PACS e o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) foram lançados na década de 90, no Brasil como dois programas de grande importância do ponto de vista da saúde e sociedade. Nesta mesma década foi criado também o Programa Saúde da Família (PSF) ao qual o PACS foi incorporado posteriormente.

O Programa Saúde da Família tem prioridade para consolidação e ampliação da atenção básica, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) através da Portaria nº 2436/2017 orienta:

O exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, trabalho em equipe, dirigido a populações de territórios definidos, compreendendo o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, em busca de uma atenção integral (BARROS *et al.* 2010, p. 78).

O PSF, cujo nome foi modificado para Estratégia Saúde da Família - ESF posteriormente, apresenta aumento da implantação das equipes desde que foi criado. Há 5 anos

o Brasil possuía mais de 40 mil equipes que prestava assistência a um percentual de 71,42% da população do país (Brasil, 2019). Neste exercício, os ACS atuam nas unidades básicas de saúde e são a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde (Brasil, 2017).

Dentre as equipes que compõem o ESF, têm-se a equipe mínima, composta pelo Enfermeiro, Médico, ACS e Técnico em Enfermagem (Brasil, 2024). Há 5 anos o Brasil contava com mais de 260 mil ACS, o que gerou ao país uma alta cobertura de acompanhamento por estes profissionais (Brasil, 2017). Dentro desta vertente, a categoria de Agente Comunitário de Saúde (ACS) é lançada no contexto de influências sociais, técnicas, políticas e ideológicas (DIAS, 2022).

4 A CATEGORIA DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)

A primeira experiência de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como uma estratégia estruturada e abrangente de saúde pública no Brasil, ocorreu no Ceará em 1987, com o objetivo duplo de empregar mulheres das regiões afetadas pela seca e diminuir a mortalidade infantil. Essa estratégia expandiu-se rapidamente no Estado e adotada pelo Ministério da Saúde em 1991 para o restante do Brasil como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Tomaz, *et al.* 2002)

Dentro do Estratégia Saúde da Família (ESF), como citado no capítulo anterior, cada profissional tem suas atribuições específicas, bem como têm aquelas que são inerentes a todos os profissionais. Dentre as gerais a todos os profissionais da unidade, estão:

Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo; Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada; Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público (Brasil, 2017, p. 19 - 20).

Já as atribuições específicas desses profissionais se enquadra na promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos a saúde; a identificação e registro de possíveis situações que possam vir a interferir no curso das doenças dentro de sua comunidade; a orientação a população acerca de doenças, sendo atualizado acerca de sintomas, agentes transmissores, medidas protetivas individuais e coletivas; saber identificar possíveis enfermidades e agravos; mobilizar a comunidade acerca do enfrentamento de patologias, sendo capaz de desenvolver medidas e intervenções que visem na diminuição ou controle de agravos (Brasil, 2017).

Diversas normativas acerca do trabalho do ACS trouxeram fortalecimento para o desenvolvimento do seu trabalho frente ao SUS. Profissional que atua principalmente na prevenção de doenças e na promoção da saúde da população, o ACS sempre está atento a identificar as necessidades que sua região apresenta, realizando visitas domiciliares a fim de conhecer os anseios da população (Alonso; Béguin; Duarte, 2018).

Mesmo com uma gama de trabalho que representa a ligação entre a equipe de saúde e a população, a profissão do ACS ao longo da história ultrapassou diversos desafios, que muitas das vezes colocaram a qualificação do seu trabalho em teste, principalmente quando se falava em atendimento em áreas urbanas que possuíam uma quantidade populacional elevada (Morosini; Fonseca, 2018).

A partir de 2016 muitos questionamentos acerca da existência desse profissional foram levantados e as dúvidas sobre suas atribuições foram intensificadas e expressas através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no ano de 2017. Em consequente, houve uma diminuição no número desses profissionais nas equipes de saúde da família e ausência desses trabalhadores na atenção básica teve impacto principalmente nas zonas rurais, locais que possuem geograficamente, maior dificuldade e menor atendimento das equipes de saúde (Fausto; Fonseca; Goulart, 2024).

Na equipe multiprofissional, o ACS se destaca por proporcionar o intercâmbio de experiências, principalmente entre os saberes populares de saúde e os conhecimentos médicos-científicos. Desta forma, este profissional facilita o fortalecimento do vínculo com a família, a aproximação dos serviços de saúde no contexto domiciliar, incentivando a capacitação da comunidade em enfrentar seus problemas que interferem na sua vida cotidiana individual e coletiva (Silva *et al.* 2020, p. 3).

O ACS é um profissional fundamental na equipe de saúde da atenção primária. Ele perpassa pela comunidade, transitando entre as famílias e construindo saberes empíricos e técnicos que o faz ampliar sua série de competência cultural e profissional (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018). Além disso, este profissional atua no estímulo a participação da população nas políticas públicas, como é o caso do ESF, seja em atendimento presencial ou em visitas domiciliares (BRITO *et al.* 2014).

Sendo assim, cabe destacar que os conhecimentos e habilidades dessa classe ultrapassa o desenvolvimento da integração da equipe de saúde com a comunidade, além de competir a esta o planejamento, prevenção, monitoramento, promoção de saúde e avaliação das ações desenvolvidas (SILVA *et al.* 2020).

5 O DISTRITO DE SUCURU E A ASSISTÊNCIA BÁSICA A SAÚDE DA FAMÍLIA

O Distrito de Sucuru pertencente ao município de Serra Branca-PB, localizado no Cariri Ocidental. Fundado oficialmente por volta de 1908, pelas famílias: Duarte, Regis, Florêncio, Reinaldo e Oliveira. A denominação do distrito é atribuída a tribo Sucurus que habitava à serra (contraforte do Planalto da Borborema) e o rio de mesmo nome (um dos três formadores do rio Paraíba do Norte). Todavia, vários historiadores imputam que o nome sucuru seja uma derivação de sucuri, animal comum na região.

No aspecto de colonização, as famílias citadas, construíram suas fazendas próximo ao rio Sucuru, produzindo especialmente grãos e algodão e originando posteriormente uma vila de casas, complementada por armazéns e um incipiente comércio. Com rota privilegiada, terras férteis e água abundante a colheita das fazendas eram fartas, permitindo que a vila se tornasse comercialmente forte, atraindo tropeiros, comerciantes e mais moradores.

Entretanto, segundo pesquisa do professor e escritor José de Sousa Pequeno Filho, com a construção da BR-412 e com as divisões territoriais que foram implementadas a partir dessa obra, surgiu um desinteresse político e econômico sobre o Distrito de Sucuru (em favorecimento de outras localidades mais próximas da nova via), fazendo com que o distrito passasse por uma brusca e rápida regressão.

Figura 01 - Centro do Distrito de Sucuru, Serra Branca-PB



Fonte: Arquivos da autora, 2024.

Atualmente o Distrito de Sucuru está localizado na zona rural do município de Serra Branca-PB, sendo constituído por uma pequena comunidade composta por oitenta e nove moradores fixos, dos quais apenas quatro possuem emprego formal, dezoito são aposentados e os demais moradores vivem da agricultura e programas sociais do governo (sobretudo, o Programa Bolsa Família, principal, gerador de renda para a comunidade).

Em termos de disponibilidade de serviços públicos o Distrito de Sucuru conta com apenas uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e uma Escola Municipal de Educação Infantil e Ensino Fundamental (EMEIEF), denominada EMEIEF Manoel Duarte da Silva (tendo como diretor Diego Kioshi Serikawa Severino Pereira).

A UBS funciona uma vez por semana, na terça-feira, e conta apenas com: uma recepcionista, um médico, um dentista e uma enfermeira. O atendimento é limitado. O médico examina no máximo treze pessoas, mais emergências caso ocorra. O dentista consulta o limite diário de sete pessoas. A enfermeira não estabelece limite para o atendimento.

Figura 02 - Unidade Básica de Saúde do Distrito de Sucuru, Serra Branca-PB



Fonte: Arquivos da autora, 2024.

Já EMEIEF Manoel Duarte da Silva funciona de segunda à sexta-feira, acolhendo trinta e um alunos, e possuindo um quadro de quatro professores, uma monitora, dois motoristas, uma merendeira e uma auxiliar de serviços gerais.

Figura 03 - EMEIEF Manoel Duarte da Silva



Fonte: Arquivos da autora, 2024.

6 METODOLOGIA

Considerando o objetivo geral, o estudo pode ser classificado como exploratório. Tipo de pesquisa que tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses (Gil, 2007). Nesse contexto, o trabalho buscou esquadrihar a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde como agenciadores das políticas públicas no Distrito Sucuru, Serra Branca-PB.

No que diz respeito a abordagem da pesquisa, a mesma foi disposta como qualitativa, pois o intuito foi de aprofundamento da compreensão da problemática estudada, buscando explicar o porquê das coisas, exprimindo o que convém ser feito e como os dados que foram analisados são suscitados. De modo empírico, a pesquisa teve o ambiente natural (Distrito de Sucuru) como fonte direta dos dados e a pesquisadora como instrumento chave (responsável pela coleta e análise dos resultados).

No que concerne a forma da pesquisa, o trabalho se configura como um estudo de caso, uma vez que busca aprofundar uma realidade específica (amplificando o conhecimento sobre o foco analisado) e não o contexto geral (pequena amplitude).

Reputando os procedimentos adotados na coleta dos dados, a pesquisa pode ser definida como de levantamento (sondagem) pois, os dados foram provenientes de levantamento (por meio de entrevistas) com as pessoas envolvidas diretamente com o problema do estudo.

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado, ou seja, com a Agente Comunitária de Saúde Adalgiza Ferreira de Azevedo (responsável pelo Distrito de Sucuru - Microárea 01), com o Agente Comunitário de Saúde Antônio Alves Sobrinho (Distrito de Sucuru - Microárea 02), com o Secretário de Obras da Prefeitura de Serra Branca (Vitor Hélio Queiroz do Nascimento) e com o representante do poder legislativo do município de Serra Branca-PB (Paulo Sergio Barros).

As entrevistas foram realizadas no mês abril de 2024 com os dois Agentes Comunitários de Saúde e no mês de maio com o Secretário de Obras da Prefeitura e o vereador citado. A entrevista aplicada com os Agentes Comunitários de Saúde foi composta por 15 questões abertas, possibilitando a explanação ampla dos entrevistados. Já as entrevistas com o gestor público e com o vereador foram sem questionário, pois, almejaram apenas obter informações sobre como o município estaria atuando para resolver os problemas apontados pelos Agentes Comunitários de Saúde.

7 ACS COMO AGENCIADOR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO DISTRITO SUCURU

Para a melhor atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no provimento de ações destinadas ao implemento de políticas públicas efetivas em prol da comunidade do Distrito de Sucuru, seu espaço geográfico é dividido em duas frações, rotuladas como microárea 01 e microárea 02.

7.1 Distrito de Sucuru - Microárea 01

A microárea 01 é monitorada pela Agente Comunitária Adalgiza Ferreira de Azevedo, que há 25 anos exerce a função de ACS. Residente do sítio Boa vista 01 a senhora Adalgiza é

responsável na promoção da saúde nos seguintes sítios: Boa Vista 01 e 02, Marias Pretas, Boqueirão, Quixaba, Gangorra, Barra da Gangorra, Ema e Jurema.

Atualmente 196 pessoas são assistidas pela profissional, constituindo 83 famílias. A ACS Adalgiza Ferreira de Azevedo relata, dentro que do grupo sobre sua responsabilidade, monitora 15 diabéticos, 45 hipertensos e 15 comórbidos. A profissional exalta que as condições precárias de estradas e rios cheios no inverno agravam a realização plena do seu trabalho. Outro ponto citado por ela como empecilho para a plenitude de sua atuação, é o fato de não encontrar muitas vezes os residentes no domicílio, uma vez que, por tratar-se de uma área rural, muitos estão majoritariamente em seus campos ou cuidando de animais.

Figura 04 - Microárea 01 do Distrito de Sucuru, Serra Branca-PB



Fonte: Arquivos da autora, 2024.

Como decorrência, muitas vezes a profissional é obrigada a retornar as residências várias vezes no mesmo mês, gerando assim, um atraso na continuidade das visitas em outros locais. Após a visita ser realizada, se a ACS perceber algum agravo ao assistido comórbido, uma outra visita será agendada, de modo compartilhada com médico e enfermeiro, ou outro profissional que se fizer necessário.

Na sua área as doenças rotineiras são: gripe, diarreia, febre e vomito. A agente indica a ida a UBS e em persistência da febre aponta para a procura por um hospital mais próximo. Além disso, a profissional orienta sempre na higiene pessoal e adiciona cloreto de sódio em águas para consumo e repassa para o assistido a forma correta de manter o tratamento da água.

Todavia, as visitas seriam ainda mais efetivas, se não houvesse a constante ausência de medicamentos, cloreto de sódio e preservativos na UBS do Distrito de Sucuru. Vendo que, os mesmos fazem o repasse dos preservativos e do cloreto de sódio nas residências.

Na promoção da saúde voltada para as mulheres, são feitas palestras educativas visando o conhecimento sobre a saúde da mulher e exames citológicos realizado na UBS do distrito. Já demais exames, como mamografia e ultrassom a Secretaria de Saúde da Prefeitura de Serra Branca-PB oferta, onde as mesmas serão agendadas e compartilhadas ou pessoalmente nas visitas domiciliares ou online através de um grupo específico do *WhatsApp* voltado para esse propósito.

O mesmo mecanismo é utilizado na promoção da saúde do homem, promovendo a conscientização e incentivo a realização do exame preventivo como o PSA para os que estão com 40 anos de vida ou até mesmo com idade abaixo do previsto, mas que apresentam algum sintoma suspeito.

Com relação a gravidez de risco, a ACS orienta a mulher a comparecer ao posto médico, após exames e avaliações do risco da gravidez, será feito um pedido de acompanhamento médico pela Secretaria de Saúde da Prefeitura de Serra Branca, que normalmente encaminha para o hospital de referência, o Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA) localizado em Campina Grande-PB, sendo assim, todo aparato necessário é ofertado.

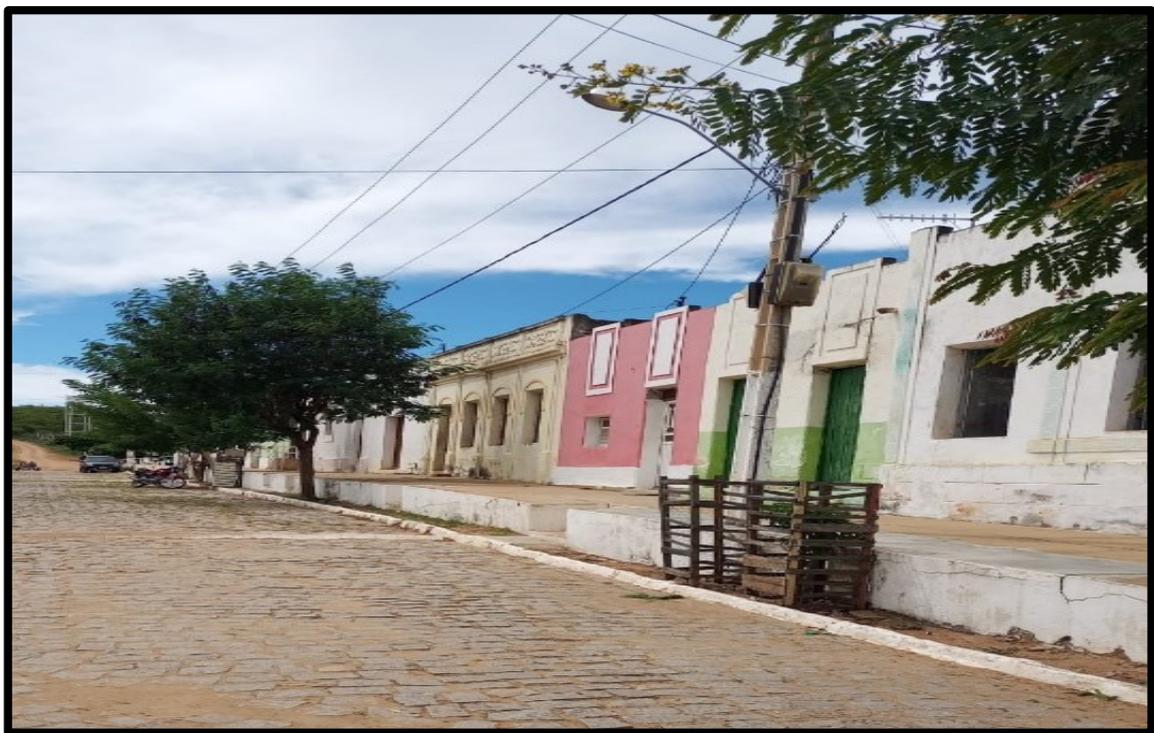
No que diz respeito a prevenção com relação ao manuseio do agrotóxico, a agente relata conscientizar e aconselhar que se faça o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) para que haja menores agravos na saúde dos mesmos. Mas o que de fato é almejado, é o não uso. No entanto, o que preocupa a ACS é que a maioria dos moradores da microárea 01 vivem exclusivamente de plantios.

Como observação complementar, deve ser exaltado que no período da pandemia (Covid-19) nenhum óbito foi relatado, reforçando o quanto foi árduo o trabalho dos agentes. Ao decorrer dos anos de trabalho, Adalgiza Ferreira, orgulhosa descreve que mesmo com algumas adversidades as visitas domiciliares demonstram continuamente sua contribuição para a saúde geral da população da comunidade de Sucuru e que através do programa “Saúde com Agente” além de aperfeiçoamento, equipamentos foram disponibilizados para realizar as visitas com mais qualidade, permitindo atender aos grupos com comorbidades de forma efetiva, visto que com os equipamentos necessários pode-se fazer a aferição de pressão, glicose, entre outros.

7.2 Distrito de Sucuru - Microárea 02

A Microárea 02 é monitorada pelo Agente Comunitário de Saúde Antônio Alves Sobrinho, residente do sítio Várzea do Estevão, ele exerce a função há 33 anos e é responsável na promoção da saúde nos seguintes sítios: Retiro, Riacho da Horta, Várzea do Estevão, Várzea da Onça, Engenho Velho, Riacho Verde e o Distrito Sucuru. Atualmente 179 pessoas são assistidas pelo mesmo. Desse total, 89 pessoas residem no distrito.

Figura 05 - Microárea 02 do Distrito de Sucuru, Serra Branca-PB



Fonte: Arquivos da autora, 2024.

O ACS Antônio Alves é responsável por 78 famílias, somando um total de 179 pessoas. Dentro desse agrupamento, o agente relata monitorar, 09 diabéticos, 39 hipertensos e 12 comórbidos. Antônio Alves destaca que os principais problemas são a condição precária das estradas e a falta de medicamentos na Unidade Básica de Saúde do distrito, o que restringe a efetivação plena de suas atribuições.

De forma sucinta o profissional explica como realiza seu trabalho, e esclarece que ao fazer as visitas domiciliares, o primeiro passo é verificar a pressão dos hipertensos e a glicemia dos diabéticos. No decorrer das visitas observa se há algum sintoma de gripe ou diarreia, para

que medidas cabíveis sejam tomadas. Quando necessário convoca a equipe médica para a residência dos comórbidos, pois os mesmos requerem uma atenção prioritária (adjacente).

As doenças mais decorrentes de sua área são: diarreia e vômitos, levando o mesmo a reforçar medidas de higiene e fazer um tratamento com cloreto de sódio nas águas de consumo. Com relação a exames da saúde da mulher, na primeira segunda-feira e terça-feira de cada mês o mesmo faz os agendamentos e repassa para a enfermeira. No que concerne a saúde dos homens o médico faz um encaminhamento com o pedido de PSA e o morador mesmo terá que procurar um laboratório particular para a realização do exame, uma vez que a demanda pelo SUS é elevada, o que provoca demora excessiva.

No que diz respeito a gravidez de risco, a gestante é orientada a procurar a Unidade Básica de Saúde, para que seja feito o acompanhamento e encaminhamento da mesma para o Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) em Campina Grande-PB, por meio da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Serra Branca.

Concernente ao manuseio de agrotóxicos, o agente Antônio Alves relata preocupação com o futuro, dessa maneira, à medida que o mesmo adota para os seus assistidos é de conscientizar e alertar sobre as consequências do não uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para o agricultor. Mesmo alertando é empírico que a maioria não utiliza.

Outro ponto importante descrito por Antônio Alves, é a efetivação de campanhas preventivas no combate à dengue ter sido totalmente acolhida pela comunidade de modo que, não houve até o momento sintomas relacionados ao *Aedes Aegypti*. O trabalhador relata ainda com orgulho, não haver registro algum de óbito durante a pandemia (Covid-19) e o quanto foi árduo ser linha de frente naquele momento. Não obstante a isso, ver que todos sobreviveram na sua área, lhe traz um grande alívio.

Para Antônio Alves mudanças significativas ocorreram no decorrer dos seus 33 anos de profissão, hoje há vacinas, pré-natal, prevenção de doenças e um profissional que faz essa comunicação direta e rápida entre paciente e médicos. Assim, o ACS discorre que a promoção da saúde é coletiva, parte de toda uma equipe que trabalha junto para trazer dignidade e qualidade de vida para o cidadão.

Figura 06 – Equipamentos utilizados pelo ACS da microárea 02 do Distrito de Sucuru, Serra Branca-PB



Fonte: Arquivos da autora, 2024.

Assim como o ACS Antônio Alves o qual aparece no registro acima, a ACS Adalgiza também utiliza dos mesmos equipamentos para atendimento à população, são eles: aparelho medidor de pressão, estetoscópio, oxímetro, balança e o cloreto de sódio.

7.3 A Prefeitura de Serra Branca e os Problemas no Distrito de Sucuru

Apreciando as seções anteriores, pôde ser constatado que os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) Adalgiza Ferreira e Antônio Alves que atuam nas duas microáreas do Distrito de Sucuru relatam problemas similares para a efetivação de suas funções.

A principal adversidade é de caráter estrutural, materializada pelas restrições na mobilidade rural, caracterizada por estradas ruins e a falta de acesso, especialmente, no período do inverno, onde muitos moradores ficam isolados em suas moradias campestres (nos sítios), impedindo, desse modo que as visitas se realizem e as políticas de saúde sejam disponibilizadas integralmente a comunidade.

Diante desse empecilho, foi questionado ao Secretário de Obras da Prefeitura de Serra Branca na pessoa de Vitor Hélio Queiroz do Nascimento e ao poder executivo do município de Serra Branca-PB, materializada na figura de Paulo Sergio Barros, duas indagações: Quais os

maiores entraves para a realização na manutenção das estradas do Distrito Sucuru e sítios vizinhos? E se há algum projeto voltado para construção de passagens molhadas em locais estratégicos para essas microáreas?

Sobre a primeira pergunta, Paulo Sergio Barros afirmou que:

Sobre a melhoria das estradas, o que precisamos ter é vontade para ser feito o serviço que precisa ser feito. A parte burocrática também influencia e prioridade. A compreensão de que necessita ser feito as melhorias para que o homem do campo e as comunidades possam ter condições de locomoção. Esse problema de acessibilidade da nossa região é crônico e histórico. Porque o sentimento de quem faz gestão precisa colocar a frente o sentimento de pertencimento. Quando você começa a entender e compreender a pertencer àquela realidade, você vai começar a ter os direcionamentos. Como o município de Serra Branca é um município extenso territorialmente e existe várias demandas e não há recursos específicos para esse fim, termina o município priorizando outras áreas outras demandas.

Mas, o ponto crucial chama-se prioridade, planejamento e o sentimento de pertencimento. A gestão de Serra Branca, sempre teve dificuldade de implementar estas políticas porque na sua grande maioria, pra não dizer cem por cento das pessoas nasceram e se criaram nas cidades, não tem o DNA do campo daquele agricultor que nasceu cresce naquela área acorda 5 horas da manhã pra ver se consegue o dinheiro do pão do café. Então o ponto crucial é justamente esse, esse sentimento de pertencimento a compreensão e entendimento de que a área rural principalmente a região de Sucuru que é uma região rica que tem potencial e que precisa de investimento para o desenvolvimento. Esse é o meu ponto de vista e coloco dentro desse conjunto de informações o próprio preconceito. (Barros, 2024)

No que diz respeito a projetos de construção de passagens molhadas, o mesmo diz que:

Sobre passagens molhadas, essa pauta, sempre foi uma pauta que eu abordei e abraço aqui no parlamento. Eu entendo que, desenvolvimento ele passa pela acessibilidade. A comunidade de Boa Vista 01 naquele rio de seu Amaro Lucas, é um rio que venho batendo correndo por uma passagem molhada ali, tanto que, protocolamos via associação com a presidente Patrícia Sales na época, nos protocolou no Cooperar um projeto para uma passagem molhada ali, está com um mês mais ou menos que ela me procurou e veio um pessoal pra fazer umas avaliações e estudos e ver essa possibilidade dessa passagem molhada. (Barros, 2024)

No ano passado 2023 o prefeito de Serra Branca-PB, Vicente Fialho de Sousa Neto (popularmente conhecido como Souzainha), conseguiu recurso do governo federal para a construção de uma passagem molhada para o rio Sucuru vizinho a vila, porém a obra não foi efetivada. Como explicação para a não realização da obra e do cenário atual do Distrito de Sucuru, o representante do poder executivo do município, relatou que:

Mas diante da conquista que nós tivemos da rodovia estadual que liga Sumé à Sucuru essa passagem molhada ficaria inviável no meu ponto de vista. Porque já ia ter a pista até Sucuru e não teria necessidade da passagem molhada onde eu solicitei uma modificação, um estudo para tirar a passagem molhada de Sucuru e colocar entre Boa Vista 01 e Marias Preta.

Estou com o documento pronto e vai ser feito estudos para esta implementação. Então assim, sobre passagem molhada, desde quando assumi o mandato venho batendo nessa tecla cobrando. Repito nós precisamos muito de acessibilidade e a passagem molhada nesses pontos é fundamental para que as comunidades possam se desenvolverem. Então sempre teve de minha parte debate e luta incansável para a construção de passagem molhada. Já solicitei a construção de uma outra junto com Patrícia Sales via associação projeto Cooperar, de uma outra no sítio Engenho Velho que também é importante para o setor para a área. (Barros, 2024)

Seguindo os mesmos questionamentos realizados ao secretário de obras, Vitor Hélio Queiroz do Nascimento, o mesmo afirma que:

O maior empecilho para a realização de manutenção nas estradas é o tamanho territorial do município, com relação ao projeto da passagem molhada existe sim, só falta liberação do recurso pela caixa e conseqüentemente licitação para começar a obra (Nascimento, 2024).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista que a visita domiciliar é a primeira e mais importante atividade relacionada ao Agente Comunitário de Saúde, todo o trabalho deste profissional está baseado na interação com a comunidade, porque é através da mesma que o ACS consegue identificar todos os pontos que precisam ser melhorados na saúde da comunidade.

Como visto anteriormente, diante dos relatos dos ACS das microáreas do Distrito de Sucuru Serra Branca-PB, a visita domiciliar é uma estratégia que prevê condições de diagnóstico populacional e através deles deve-se implementar ações prevenindo as doenças e acima de tudo promovendo a saúde.

Diante da importância das atribuições do Agente Comunitário de Saúde e as suas narrativas mediante visitas periódicas a população das microáreas, fica nítido a necessidade de uma gestão que tenha um olhar sensível e empático perante as condições atuais, e que neste sentido possa implementar políticas públicas que atendam as carências existentes em relação a população assistida e as condições de trabalho dos ACS. Condições essas que são: acessibilidade a população, considerando que não há manutenção nas estradas tampouco a construção de passagens molhadas que viabilizam o deslocamento de ambas as partes.

Além das questões de acessibilidade ao local, também existe uma grande demora na realização de exames mais complexos, as pessoas assistidas pelos ACS. Os ACS relataram que muitas pessoas enfermas passam meses em uma lista de espera para conseguir vaga, conseqüentemente, tal situação pode gerar possíveis agravos na saúde dos mesmos. Dentro

dessa conjuntura, também foi exposto pelos ACS que a população sofre com a falta de medicamentos na Unidade Básica de Saúde do Distrito.

Como desfecho, a partir dos relatos ponderados pelas vivências dos Agentes Comunitários de Saúde das microáreas 01 e 02 do Distrito de Sucuru, Serra Branca-PB, pode ser averiguado que os profissionais conseguem atuar como importantes agenciadores de políticas públicas de saúde dessa comunidade, porém, com restrições que limitam a celeridade e efetivação para a solução das enfermidades existentes, pois, apesar dos ACS atuarem de forma preventiva e educativa, vivenciando de perto as principais dificuldades e sendo “porta voz” das demandas existentes, é incumbência do poder executivo e legislativo do município tomar as devidas providências e implementar ações efetivas para solver os problemas apresentados nessa pesquisa (carência de medicamentos, restrição de exames e falta de infraestrutura de acesso).

REFERÊNCIAS

- 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 Saude Pública** 2018; 52:14.
- BARROS, D.F. et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto contexto - enferm** 2010; 19(1):78-84.
- BRASIL. Lei nº 8.080, 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, Brasília, DF, 19 set. 1990a Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 07 mar. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Estratégia da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia>. Acesso em 12 mar. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). 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. **Diário Oficial da União.** 2017; 21 set.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos.** 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 46 p.: il. color. – (Série B. Textos Básico de Saúde), 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf. Acesso em: 07 mar. 2024.
- BRASIL. **Portaria n. 2.539**, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada. Diário Oficial. Seção 1, Brasília, p. 164.
- BRASILEIRO, M.; PASSOS, R. **Evolução Histórica das Políticas de Saúde.** Evolução da Medicina Previdenciária no Brasil. Disponível em: https://www.romulopassos.com.br/files/anexos_video/pdf-da-revisao-geral-do-sus.pdf. Acesso em 12 mar. 2024.
- BRITO, R. S.; FERREIRA, N. E. M. S.; DOS SANTOS, D. L. A. Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família: Revisão integrativa da literatura. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 5, n. 1, p. 16-21, 2014.
- CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estud. av., São Paulo**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>. Acesso em 12 mar. 2024.
- DIAS, M. N. F. **O olhar do agente comunitário de saúde para a sua prática profissional: entre o trabalho real e o trabalho prescrito.** V.20, nº 43, 2022 (setembro-dezembro) ISSN: 1808-799 X.

DUARTE, E.; EBLE, L. J.; GARCIA, L. P. 30 anos do Sistema Único de Saúde. 2018. Editorial. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2018.v27n1/e00100018/pt/>. Acesso em 12 mar. 2024.

FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S.; GOULART, V. M. P. **Atenção primária à saúde em territórios rurais e remotos no Brasil**. Projeto de pesquisa. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/929>. Acesso em 13 mar. 2024.

FERREIRA, G. A.; FERREIRA, C. A. **O Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: trajetória e perspectivas**. Editora Unijuí – Revista Direito em Debate – Revista do Curso de Graduação em Direito da Unijuí. Ano XXXII – nº 59 – jan./jun. 2023 – ISSN 2176-6622.

GONZAGA, C. B.; FERREIRA, G. N. **Redes de Atenção à Saúde: Um Caminho na Garantia da Integralidade da Atenção no SUS**. Revista Internacional de Debates da Administração & Pública- RIDAP, v. 2, n. 1, p. 12-26, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/RIDAP/article/view/1270>. Acesso em: 07 mar. 2024.

MACIEL, F. B. M. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciênc. Saúde Coletiva** 25 (suppl 2). Out 2020.

MARTINES WRV, CHAVES EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista Escola de Enfermagem, USP** 2007; 41(3): 426-33.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os Agentes Comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde Debate**. 2018; 42(SPE 1):261-74.

QUEIRÓZ, M. I. de P. O pesquisador, o problema da pesquisa, a escolha de técnicas: algumas reflexões. In: Lang, A.B.S.G., org. **Reflexões sobre a pesquisa sociológica**. São Paulo, Centro de Estudos Rurais e Urbanos, 1992. p. 13-29. (Coleção Textos; 2ª série

SALES, O.P. et al. Sistema Único de Saúde: Desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Revista Humanidades e Inovação**. v.6, n.17 – 2019.

SILVA, E. S. dos. Atuação do agente comunitário na promoção da saúde na atenção básica: Revisão integrativa da literatura. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 14878-14893set/out. 2020.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal**. Saúde em Debate, v. 40, p. 204-218, 2016. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042016000100204. Acesso em: 06 mar. 2024.

TOMAZ JBC. **O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”**. Interface - Comunic Saúde Educ 2002; 6(10): 75- 94. 2.

APÊNDICE – QUESTIONÁRIO COM OS ACS DO DISTRITO DE SUCURU

Nome: _____

Tempo de Serviço: _____

Residência: _____

1. Atualmente, qual o maior agravo na realização das visitas domiciliares?
2. Como funciona a dinâmica para a visitação dos comórbidos, ou seja, das pessoas incapacitadas de ir a Unidade Básica de Saúde?
3. A Unidade básica de saúde do Distrito, fornece medicamentos, preservativos e vacinas?
4. Como funciona os avisos, sobre exames, palestras e campanhas preventivas?
5. Quantos Médicos atendem na UBS do Distrito?
6. Qual doença é mais comum no Distrito e sítios vizinhos? E quais as medidas cabíveis?
7. Como funciona a dinâmica de exames para a saúde da Mulher?
8. Como funciona a dinâmica de exames, para a saúde do Homem?
9. Na atenção as gestantes, que procedimentos, são tomados pelo profissional (ACS), quando a gravidez é de risco?
10. No período da pandemia Covid-19, quantas pessoas vieram há óbito no Distrito em decorrência do vírus?
11. Com que frequência a Secretaria de Saúde de Serra Branca, proporciona treinamento para os ACS?
12. Como funciona, a prevenção no manuseio de agrotóxicos?
13. Na sua opinião, qual sua contribuição e impotência como Agente Comunitário de Saúde na prevenção e promoção da saúde nas famílias do Distrito Sucuru e sítios vizinhos?
14. Quais as suas perspectivas, enquanto Agente Comunitário de Saúde, sobre a saúde das famílias no Distrito Sucuru e sítios vizinhos?
15. Na sua opinião, houve mudanças e impactos na população assistida através das visitas domiciliares? Se sim, quais?