



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA**  
**FAMÍLIA**

**Julianna Maria Andrade Sutareli**

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: a educação permanente em saúde numa**  
**perspectiva de cuidar de quem cuida**

**MACEIÓ/AL**

**2021**

Julianna Maria Andrade Sutareli

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: a educação permanente em saúde numa  
perspectiva de cuidar de quem cuida**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Multiprofissional em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira

Maceió/AL

2021

**Julianna Maria Andrade Sutareli**

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: a educação permanente em saúde numa  
perspectiva de cuidar de quem cuida**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Multiprofissional em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, da Universidade Federal de Alagoas, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira

Banca examinadora:

Professora Dra. Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira – EENF/UFAL

Professora Dra. Danielly Santos dos Anjos Cardoso – EENF/UFAL

Aprovado em Maceió, em 18 de junho de 2021.

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecária: Livia Silva dos Santos – CRB-4 – 1670

S965a Sutareli, Julianna Maria Andrade.

Agentes comunitários de saúde: a educação permanente em saúde numa perspectiva de cuidar de quem cuida / Julianna Maria Andrade Sutareli. – 2021.  
63 f. : il.

Orientadora: Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira.  
Monografia (Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem, Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 61-63

1. Agentes comunitários de saúde. 2. Integridade física – Profissional da saúde.  
3. Integridade psicológica – Profissional da saúde. 4. Desempenho profissional. I. Título.

CDU: 613.6.027

## **DEDICATÓRIA**

*A Wellington Ramalho e Anthony Gabriel,  
Por nossas lutas diárias.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, que nunca me desamparou e com toda sua bondade e amor me deu capacidade de concluir mais um sonho, principalmente, em momentos tão sombrios para toda humanidade.

Ao meu companheiro de luta, Wellington Ramalho, por embarcar comigo em minhas loucuras, por nunca titubear sobre meu potencial, mas principalmente, por acreditar que sempre serei capaz de realizar todos os meus sonhos (muitas vezes, mais que eu própria).

Ao meu filho Anthony Gabriel, por, desde tão jovem, enfrentar nossas dificuldades sempre mostrando seu carinho, calma e amor. Seus abraços são meus consolos.

A Unidade de Saúde da Família Carla Nogueira, por todos os ensinamentos adquiridos na instituição e, aos amigos que conquistei em minha passagem por lá, em especial, Kátia Regina, Kátia Reis, Débora, Ana Patrícia, Miguel, Franklin, Zuleide e Juliana.

A coordenadora do curso de especialização, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Laís de Miranda Crispim Costa, por me ajudar na conclusão de minha especialização em tempos tão difíceis para minha família.

Por fim, a minha orientadora, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira, por me acolher e orientar de forma tão serena e cuidadosa. Não tenho palavras suficientes que possam demonstrar todo meu respeito e admiração.

*“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas,  
que já tem a forma do nosso corpo,  
e esquecer os nossos caminhos,  
que nos levam sempre aos mesmos lugares.  
É o tempo da travessia:  
e, se não ousarmos fazê-la,  
teremos ficado para sempre,  
à margem de nós mesmos.”*

**Fernando Teixeira de Andrade**

## RESUMO

Partindo do pressuposto de que o SUS tem a intencionalidade de ampliar cada vez mais o acesso aos usuários por meio da APS, e sendo a ESF o modelo de atenção preferencial, torna-se valiosa a intencionalidade de agregar ações em saúde direcionadas para os ACS, com o propósito de dirimir o baixo desempenho e conseqüentemente, contribuir com o fortalecimento do SUS, por este profissional representar o elo de ligação entre a população adstrita e a USF. Desse modo, o objetivo deste estudo é desenvolver uma proposta de intervenção voltada para a manutenção da integridade física e psicológica dos Agentes Comunitários de Saúde vinculados a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Trata-se de uma proposta de intervenção, na perspectiva de combater o baixo desempenho profissional e seus rebatimentos nas relações de trabalho e principalmente para a população adstrita pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), na Unidade de Saúde da Família Carla Nogueira. Nesta proposta, pontuou-se sobre o desvelamento de possíveis adoecimentos e formas de combate para os ACS e, na defesa da materialização de ações padronizadas para cuidar de quem cuida, levando em consideração a institucionalização de uma rede de atendimento em saúde, apoio psicossocial e educacional para os ACS, sempre na intenção de minimizar aspectos sociais negativos que tragam prejuízos para o cotidiano profissional dessa classe. Percorrendo algumas legislações pertinentes ao assunto, registrou-se a importância da figura do ACS para a concretude da funcionalidade da ESF, e por este motivo é extremamente relevante levantar ações que visem controlar possíveis desestímulos profissionais que levam a desestruturar os objetivos da estratégia, e, conseqüentemente, não alcançar o objetivo principal – atendimento em formato preventivo e educativo que minimizem o aparecimento de doenças preveníveis nas regiões cobertas pela estratégia. Por fim, defendemos a institucionalização da Educação Permanente em Saúde para os ACS, como forma de garantir o rompimento de práticas de atendimento em saúde pública burocratizantes e ultrapassadas, que desrespeitam a dignidade da pessoa humana e que não atendem a população em suas reais necessidades. Desta forma, concluímos que para fazer saúde conforme a legislação preconiza, é fundamental acolher todos os atores envolvidos no processo – gestores, profissionais e usuários –, entendendo e atuando nos problemas como forma de materializar erros que prejudica o acesso e o financiamento da saúde pública, gratuita e de qualidade.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde, Sobrecarga de trabalho, Cuidado.

## ABSTRACT

Assuming that the SUS intends to increasingly expand access to users through the PHC, and as the ESF is the preferred care model, the intention of aggregating health actions directed at the CHA becomes valuable, with the purpose of solving the low performance and, consequently, contributing to the strengthening of the SUS, as this professional represents the link between the enrolled population and the USF. Thus, the objective of this study is to develop an intervention proposal aimed at maintaining the physical and psychological integrity of Community Health Agents linked to the Family Health Strategy (ESF). This is an intervention proposal, with a view to combating low professional performance and its repercussions in work relationships and especially for the population covered by the Family Health Strategy (ESF), at the Carla Nogueira Family Health Unit. In this proposal, it was pointed out about the unveiling of possible illnesses and forms of combat for the ACS and, in defense of the materialization of standardized actions to take care of the caregiver, taking into account the institutionalization of a health care network, psychosocial support and educational for the ACS, always with the intention of minimizing negative social aspects that harm the professional daily life of this class. Going through some legislation pertinent to the subject, the importance of the CHA figure for the concreteness of the functionality of the ESF was registered, and for this reason it is extremely important to raise actions aimed at controlling possible professional disincentives that lead to disrupt the strategy's objectives, and, consequently, not reaching the main objective – care in a preventive and educational format that minimizes the appearance of preventable diseases in the regions covered by the strategy. Finally, we defend the institutionalization of Continuing Health Education for CHAs, as a way to ensure the break with bureaucratic and outdated public health care practices, which disrespect the dignity of the human person and do not meet the population's real needs. In this way, we conclude that, in order to provide health care according to the legislation, it is essential to welcome all the actors involved in the process - managers, professionals and users -, understanding and acting on problems as a way to materialize errors that affect access to and financing of public health , free and of quality.

Keywords: Community Health Agents, Workload, Care

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01 – Unidade de Saúde da Família Carla Nogueira/VI Distrito Equipes 032 e 079.	23
Quadro 02 – Quadro 02 – Classificação de <b>prioridade para os problemas identificados</b> no diagnóstico da comunidade adstrita às equipes de Saúde da Família 032 e 079, Unidade de Saúde da Família Carla Nogueira, município de Maceió, estado de Alagoas.	30
Quadro 03 – Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o <b>“nó crítico 01”</b> relacionado ao problema <b>“Sobrecarga de trabalho e seus rebatimentos na atuação profissional do Agente Comunitário de Saúde”</b> , na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carla Nogueira, do município de Maceió, estado de Alagoas.	49
Quadro 04 – Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o <b>“nó crítico 02”</b> relacionado ao problema <b>“Sobrecarga de trabalho e seus rebatimentos na atuação profissional do Agente Comunitário de Saúde”</b> , na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carla Nogueira, do município de Maceió, estado de Alagoas.	50
Quadro 05 – Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o <b>“nó crítico 03”</b> relacionado ao problema <b>“Sobrecarga de trabalho e seus rebatimentos na atuação profissional do Agente Comunitário de Saúde”</b> , na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carla Nogueira, do município de Maceió, estado de Alagoas	52
Quadro 06 – Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o <b>“nó crítico 04”</b> relacionado ao problema <b>“Sobrecarga de trabalho e seus rebatimentos na atuação profissional do Agente Comunitário de Saúde”</b> , na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carla Nogueira, do município de Maceió, estado de Alagoas	53
Quadro 06 – Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o <b>“nó crítico 05”</b> relacionado ao problema <b>“Sobrecarga de trabalho e seus rebatimentos na atuação profissional do Agente Comunitário de Saúde”</b> , na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carla Nogueira, do município de Maceió, estado de Alagoas	54

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 01 – Faixa etária da população adstrita, Equipe 032

22

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- APS – Atenção Primária à Saúde
- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- CADSUS – Sistema de Cadastramento dos Usuários do Sistema Único de Saúde
- CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
- CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
- CEO – Centro de Especialidade Odontológica
- COVID-19 – Corona Vírus Disease – 19
- CPF – Cadastro de Pessoa Física
- CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
- DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
- DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- DS – Distrito Sanitário
- EPI's – Equipamentos de Proteção Individual
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- eSUS – Estratégia do Departamento da Família do Sistema Único de Saúde
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IST – Infecção Sexualmente Transmissível
- LER – Lesão por Esforço Repetitivo
- NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
- NCPI – Núcleo Ciência pela Infância
- PICS – Prática Integrativa e Complementar em Saúde
- PNH – Política Nacional de Humanização
- PNPICS – Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar em Saúde
- PSB – Partido Socialista Brasileiro
- RAS – Rede de Atenção à Saúde
- SAPS – Secretária de Atenção Primária à Saúde

SGR – Sistema Regulador de Gestão

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UDA – Unidade Docente Assistencial

UPA – Unidade de Pronto-atendimento

UTI'S – Unidades de Terapias Intensivas

UR – Unidade de Referência

USF – Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	14
1.1 Aspectos gerais do município de Maceió/Al	14
1.2 O sistema municipal de saúde da cidade de Maceió/Al	16
1.3 Aspectos da comunidade do Conjunto Residencial Selma Bandeira	20
1.4 A Unidade de Saúde da Família Carla Nogueira	25
1.5 As Equipes de Saúde da Família 032 e 079 da Unidade de Saúde da Família Carla Nogueira	26
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Família Carla Nogueira	27
1.7 O dia a dia das equipes 032 e 079	28
1.8 Priorização dos problemas da Unidade de Saúde da Família Carla Nogueira	29
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	32
<b>3 OBJETIVOS</b>	33
3.1 Objetivo geral	33
3.2 Objetivos específicos	33
<b>4 METODOLOGIA</b>	34
<b>5 OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: a sobrecarga de trabalho e seus rebatimentos nas relações profissionais.</b>	35
5.1 Rede de atendimento e acompanhamento em saúde para Agentes Comunitários de Saúde	36
5.2 O fazer profissional do Agente Comunitário de Saúde: do tédio ao sucesso	38
5.3 Ações estratégicas eficazes na perspectiva de controlar o desestímulo profissional	40
5.4 A implementação da Educação Permanente em saúde para a garantia de atendimento humanizado	42
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	45
6.1 Descrição do problema	45
6.2 Explicação do problema	46
6.3 Seleção dos nós críticos	49
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos, viabilidade e gestão	49
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	56
<b>REFERÊNCIAS</b>	59

## 1 INTRODUÇÃO

Do ponto de vista biológico, qualquer ser-humano, para manter suas condições de sobrevivência, mesmo que minimamente, necessita estar em pleno estado físico, mental e social, sem essa hipótese, ninguém conseguiria se manter vivo e realizar atividades que ao longo dos anos foram naturalizadas, como andar, estudar, trabalhar, etc., Na perspectiva de contexto societário, qualquer nação que busque se consolidar como um Estado desenvolvido, deve considerar o acesso a saúde como instrumento primordial de crescimento social, afinal de contas, uma população adoecida jamais trará acréscimos para setores econômicos – primário, secundário e terciário –, educacionais e sociais de um país, visto que, é inevitável não correlacionar processos que estão engendrados por suas naturezas.

Trazendo essas características para a realidade brasileira, é importante salientar que, sendo um país periférico, estruturalmente expropriado desde o período de colonização e, conseqüentemente, empobrecido – onde cerca de 11 milhões de pessoas ainda são analfabetas e mais de 14 milhões de brasileiros encontram-se desempregado, segundo dados do IBGE –, ter acesso aos direitos, conforme preconiza a legislação brasileira, normalmente se configura como um aspecto atípico, principalmente, estando inseridos em um contexto de enaltecimento do modelo conservador de gestão – Neoliberalismo – que promove, cada dia mais, o desmantelamento da máquina pública, a favor da mercantilização dos direitos da classe trabalhadora. Esse desmonte se configura através da negação da capacidade técnica do Estado gerir as instituições públicas como forma de justificar as privatizações que assolam o Brasil.

Dentro do contexto de manutenção do sistema de saúde pública conforme preconiza a legislação brasileira, o presente estudo busca garantir a manutenção da integridade física, psicológica e social dos trabalhadores em saúde, mais precisamente os ACS, por meio da implementação de uma rede de atendimento e apoio com capacidade de minimizar os impactos negativos do cotidiano, controlar o desestímulo profissional e institucionalizar um atendimento humanizado na perspectiva de materializar os processos de saúde em sua totalidade, incluindo, para além dos usuários, também os ACS e suas condições físicas, psicológicas e sociais.

Partindo do pressuposto de que a normativa da Atenção Básica à Saúde é de manter a relação entre comunidade e equipe de saúde na perspectiva de garantir acesso e rapidez de atendimento, sempre na intenção de promover educação e prevenção, não podemos deixar que problemas resolvíveis desmantelem relações intrínsecas para a manutenção de um sistema tão importante para o controle social e desenvolvimento humanitário.

A proposta interventiva de *Cuidar de quem Cuida* somente terá viabilidade, quando gestores e profissionais entenderem suas posições e reais obrigações na intenção de alcançar o objetivo central da estratégia, ou seja, a manutenção dos serviços de qualidade em saúde para a população brasileira. Até lá, a sobrecarga de trabalho, as obrigações, as vulnerabilidades, o baixo retorno financeiro e os adoecimentos ocupacionais que acometem os ACS serão tidos como empecilhos para a execução das ações propostas. O desestímulo se reflete no fazer profissional de diversas maneira diferentes, que vão desde a instauração do presenteísmo, até ao desacompanhamento das famílias sob sua responsabilização, fatores que podem levar a sérios problemas, maiores gastos em saúde de forma desnecessárias e ao fator maior, afastar a população brasileira do sistema de saúde, um reflexo extremamente negativo para uma nação que prega o cuidado e a dignidade da pessoa humana.

### **1.1 Aspectos gerais do município de Maceió/al**

Maceió, capital do Estado de Alagoas, conhecida como “O Paraíso das Águas”, se encontra na mesorregião da costa leste do nordeste brasileiro. Seu nome tem origem indígena, mais precisamente, *tupi – Maçayó/Maçaió-k* e significa “o que tapa o alagadiço”. Não distante da história do resto da costa brasileira, o desenvolvimento da cidade se engendra ao processo de colonização e extração das riquezas naturais de nosso território a época, ou seja, o povoado que posteriormente consolida o surgimento da cidade se materializa a partir de 1609 através de um engenho de açúcar na região que hoje conhecemos pelo bairro de *Pajuçara*, sob os comandos de Manoel Antônio Duro, “as terras foram transferidas depois para outros donos e em 1673 o rei de Portugal determinou ao Visconde de Barbacena a construção de um forte no porto de *Jaraguá* para evitar o comércio ilegal do pau-brasil”. Em 09/12/1839 surge oficialmente à cidade de Maceió, por meio da Lei Provincial nº 11, que elevava o local de cidade e sede da capital de Alagoas (IBGE, 2020).

A cidade tem uma extensão territorial de 511km<sup>2</sup>, uma altitude que varia entre 07 e 300m acima do nível do mar, a cidade faz fronteira, ao Norte, com as cidades de Paripueira e São Luís do Quitunde, ao Sul, com Marechal Deodoro e Barra de São Miguel, ao Leste com o Oceano Atlântico e ao Oeste com as cidade de Rio Largo, Satuba, Santa Luzia do Norte e Coqueiro Seco. Com uma população habitacional flutuante de cerca de 1.018.948 habitantes (estimado pelo IBGE - 2019), a cidade tem uma divisão regional estabelecida por (03) três níveis distintos, são elas;

**NÍVEL BAIXO**, com a *Planície Litorânea*, ocupada pelos bairros de Jaraguá, Poço, Pajuçara, Ponta da Terra, Ponta Verde, Jatiúca, Cruz das Almas e Jacarecica, e com a *Planície Lagunar*, onde se encontram Vergel do Lago, Pontal da Barra, Trapiche da Barra, Ponta Grossa, Levada, Bom Parto, Mutange, Bebedouro e Fernão Velho, ABC e Rio Novo; **NÍVEL INTERMEDIÁRIO**, com o Centro Antigo e o Prado e o **NÍVEL ALTO**, em que se situam Farol, Jacintinho, Feitosa, Pitanguinha, Pinheiro, Barro Duro, Gruta de Lourdes e todo o Tabuleiro dos Martins (MACEIÓ, 2010, P. 22).

Distante cerca, de 2.013km da capital do nosso país (Brasília), a cidade de Maceió tem suas referências econômicas voltadas para diversos setores, no primário podemos destacar em sua parte rural, a monocultura da cana-de-açúcar, no secundário, suas maiores referências estão na indústria química, com a extração de Sal-gema<sup>1</sup> pela Braskem, ainda temos o polo industrial localizado no bairro do Tabuleiro dos Martins, denominado de Distrito Industrial Luiz Cavalcante e conta com indústrias de âmbito químico, alimentício, metalúrgico e de plásticos. E por fim, no setor terciário podemos situar toda a estrutura hoteleira e gastronômica que circunda nossa cidade (IBGE, 2020).

O município registra cerca de 560 estabelecimentos de ensino registrados, variados entre nível fundamental e ensino médio (IBGE, 2018). Sendo Maceió uma capital que não se configura como metrópole, infelizmente, de acordo com informações do site da prefeitura de Maceió, carregamos um índice de cerca de 8% de analfabetismo em nosso município, o que nos leva conseqüentemente, a amargar também números elevados nas taxas de desemprego, violências em todos os seus aspectos, criminalidade, etc., entretanto, o baixo nível de escolaridade de uma população traz reflexos que tendem, além de colocá-la em um patamar de elevados índices negativos, a acostumar-se a estar em situação de vulnerabilidade social constante, *padecendo* de uma política assistencialista que ao longo das gerações continuam a materializar a negação de direitos sociais, principalmente, em bairros periféricos, como é o caso da realidade profissional ao qual estou inserida. Nesse contexto se evidenciam os poucos investimentos em saúde, educação, lazer, moradia, etc., como se preconiza na Constituição Federal de 1988 em seu Art. 6º.

## 1.2 O sistema municipal de saúde da cidade de Maceió

O sistema municipal de saúde da cidade de Maceió não está desvinculado daquilo que se propõe a nível nacional, como se preconiza na Constituição Federal de 1988, em seu Art. 196,

---

<sup>1</sup> Que a cerca de dois anos fez aparecer danos irreversíveis aos bairros do Pinheiro e Mutange, levando a maioria das famílias locais a desocuparem suas residências às pressas.

que dispõe que “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.”.

A estruturação da rede de serviços em saúde na cidade está vinculada ao que determina o Sistema Único de Saúde - SUS, distribuída em 08 Distritos Sanitários (DS) distintos, que atendem a todos os bairros. Esse modelo organizativo busca estabelecer um formato descentralizado de atendimento, com o objetivo de facilitar à vinculação da população as unidades de saúde e cobrir as demandas com suas reais necessidades, desta forma buscam-se adequar todas as ofertas das regiões de maneira mais eficiente. Para além, o município tem uma configuração de serviços em saúde que atrelam duas categorias de atendimentos distintas que se complementam, os serviços são ofertados tanto pelo SUS, como por uma rede própria captada e mantida pelo município, que visa facilitar a detecção e resolubilidade de problemas específicos em saúde por distrito.

Falar em um sistema de saúde descentralizado, que busca focar os serviços centrados nas necessidades específicas de cada região não torna o sistema 100% eficaz, pois, o financiamento (ordens de serviços, abastecimento de insumos, medicamentos, manutenção predial) continua dependente da Secretária de Saúde, e muitas vezes deixam a desejar como em qualquer outra cidade brasileira. A falta de um processo fiscalizatório eficaz e mais firme traz prejuízos incalculáveis aos cofres públicos, e principalmente para a população que necessita dos serviços públicos em saúde. O Sistema Único de Saúde brasileiro é completamente perfeito em sua essência, basta apenas que tenhamos gestores públicos comprometidos em desenvolver um gerenciamento eficaz.

### 1.2.1 Pontos de Atenção à Saúde e Sistemas de Apoio e Logístico

O Sistema Único de Saúde desenvolve seus serviços e atendimentos de forma categorizada, através de níveis de atenção à saúde, com a finalidade de resolubilidade mais rápida e eficaz, fazendo com que os atendimentos sejam direcionados de acordo com seu grau de gravidade, desta forma desinchando os grandes hospitais, que, no caso do SUS, já não são em grandes quantidades. Desta forma as gestões desenvolvem a descentralização em três níveis distintos capazes de se conectarem através de uma rede de atendimento que se conecta para resolução dos problemas em saúde.

*- Pontos de Atenção Primária à Saúde:*

Na rede de atenção primária, destaca-se de acordo com Plano Municipal de Saúde (2018) que Maceió tem 22 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 40 Unidades de Saúde da Família<sup>2</sup> (USF), 02 Unidades Docente Assistencial (UDA), 08 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) e 01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD), todos voltados para o desenvolvimento de ações que promovam a diminuição de doenças preveníveis e a proteção da saúde da população.

*- Pontos de Atenção à Saúde Secundários:*

Levando em conta que a Atenção Secundária em Saúde preconiza a oferta de tratamento especializado em diversas especialidades médicas para a população usuária do SUS, a rede municipal mantém a disposição da população 09 Unidades de Referências (UR), 02 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e 03 Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), nesse contexto se espera que os profissionais estejam preparados para atendimentos que buscam diagnosticar e tratar doenças visando manter o bem-estar da população assistida pelo sistema, sanando os problemas em saúde ou direcionando estes pacientes para tratamentos de alta-complexidade, caso necessário.

*- Pontos de Atenção à Saúde Terciários:*

Ainda de acordo com o Plano Municipal, para o desenvolvimento de ações de alta complexidade que estão elencados dentro do contexto de Atenção à Saúde Terciárias o município conta com uma rede de atendimento em 06 Hospitais, 01 Hospital para Internação Pediátrica, 02 Hospitais para Tratamentos Psiquiátricos, 02 Hospitais Maternidade, capacitados em desenvolver ações rápidas que visam cessar situações que ponham a vida dos usuários em risco, a exemplo; cirurgias, tratamento de doenças crônicas, exames invasivos).

---

<sup>2</sup> O número de equipes de saúde da família não condiz com a quantidade de unidades, visto que uma unidade pode acolher mais de uma equipe.

*- Sistemas de Apoio: Diagnóstico e Terapêutico, Assistência Farmacêutica, Informação em Saúde:*

Nesse contexto, quando tratamos do sistema de apoio, o município conta com 01 Centro Especializado em Reabilitação (PAM SALGADINHO), que desenvolve atendimento, diagnósticos e tratamentos de média e alta complexidade para a população maceioense, além disso, registra-se em Maceió o convênio do SUS com diversas clínicas, laboratórios e hospitais para realização de exames e consultas. Para além, a cidade possui 01 Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), que distribui os medicamentos e insumos para todas as farmácias descentralizadas nas unidades básicas de saúde do município, entretanto, as maiores dificuldades é na falta de medicamentos específicos para tratamentos que devem ser contínuos, como é o caso da hipertensão.

*- Sistemas Logísticos: Transporte em Saúde, Acesso Regulado à Atenção, Prontuário Clínico, Cartão de Identificação dos Usuários do SUS:*

Avaliando a questão de transportes em saúde, podemos pontuar que o município desenvolve um processo de escala dos automóveis para que as equipes das unidades básicas realizem as visitas domiciliares, o NASF também tem à disposição o carro para percorrer as unidades de referências e execução das suas atividades. O transporte também é eficaz para os pacientes que necessitam do tratamento de hemodiálise, já as ambulâncias são utilizadas pelas Unidades de Referências para o traslado de pacientes, caso haja a necessidade.

Tratando do reconhecimento dos usuários do SUS, o acesso é universal, contudo, é importante fazer os direcionamentos dos atendimentos de maneira correta na intenção de que não fique dúvidas para o paciente qual local ele deverá solicitar seu atendimento (Atenção Básica, Média Complexidade ou Alta Complexidade). A rede básica de atendimento se utiliza do sistema de marcações e prontuários eletrônicos (e-SUS) com a finalidade de registrar todo o acesso do usuário ao Sistema único de Saúde, mesmo assim, o prontuário físico também é preenchido e caso o paciente necessite um cópia pode ser tirada a qualquer momento, entretanto, se o paciente necessita de uma marcação de consulta com especialista e/ou a realização de exames, esse procedimento é realizado pelo Sistema Regulador de Gestão (SGR), que ainda se processa em um formato burocrático e demorado.

A identificação dos usuários podem ser feitas de duas maneiras, através da apresentação do CPF, ou do Cartão Nacional do SUS, este, pode ser feito em qualquer unidade básica de saúde do município através da sua inclusão no sistema disponibilizado pelo Ministério da Saúde, o CadSUS.

### 1.2.2 Organização dos Pontos de Atenção à Saúde

Como já citado acima, a referência e a contra referência é realizada através das marcações de exames e consultas pelo SGR, que atende a todo o Estado, e sendo Maceió, a capital, a cidade acaba absorvendo a maioria das demandas de saúde, existem hospitais e clínicas muito boas, entretanto, nada comparadas a cidades metrópoles como Recife ou São Paulo. A efetivação do serviço normalmente é muito demorada, pois as marcações são lentas e burocráticas, o que acaba desestimulando o paciente em procurar o atendimento.

Quanto ao Modelo de Atenção à Saúde predominante no município podemos dizer que é fundamentalmente hospitalocêntrico, respaldado em um conceito conservador de saúde, que busca manter uma verticalidade das ações, de cunho imediatista e curativo, que ainda coloca a figura do médico em um patamar de superioridade perante os demais profissionais da saúde. Por mais que existam algumas unidades, equipes e profissionais mais conectados com os novos modelos e práticas profissionais, o município de Maceió infelizmente ainda não consolidou uma modificação neste perfil. Esse novo conceito só será concretizado quando os profissionais em saúde entenderam o seu papel e compromisso perante a efetivação de um SUS de qualidade.

### 1.2.3 Principais problemas relacionados ao Sistema Municipal de Saúde em Maceió/Al

- Falta de manutenção adequada para os equipamentos;
- Deficiência no abastecimento farmacológico e de insumos;
- Falta de equipamentos de proteção individual de qualidade;
- Falta de profissionais para compor as equipes nas unidades básicas (Médicos, Assistentes Sociais, Psicólogos, Nutricionistas, etc.);
- Falta de profissionais para compor as equipes nas unidades especializadas (Médicos Especialistas – ortopedistas, geriatras, ginecologista, pediatras, etc.);
- Desestímulo dos profissionais já inseridos no sistema;
- Profissionais descomprometidos com suas atividades;

- Falta de maiores investimentos em Educação em Saúde;
- Gestores sem capacidade de gerenciar unidades de saúde;

### 1.3 Aspectos da comunidade do Conjunto Residencial Selma Bandeira

O Conjunto Residencial Selma Bandeira está situado no bairro do Benedito Bentes, região periférica da cidade de Maceió, como situa Gomes (2018);

Será apenas no ano 2000 que o Conjunto Parque Residencial Benedito Bentes viria ser considerado, pela lei municipal 4952/2012, um bairro. Naquele ano a população total do “conjunto” contava com 67.964 pessoas, sendo inclusive, maior que muitas outras cidades do interior do Estado. A este novo patamar veio à implementação no mesmo ano de vários outros conjuntos habitacionais tais como Selma Bandeira, Moacir Andrade, João Sampaio 02, Frei Damião, Benício Mendes de Barros, Geraldo Bulhões e Denilma Bulhões.

Desta forma, evidencia-se o ano de criação do conjunto, ano 2000. Vinte e um anos após sua criação, o Selma Bandeira se configura extremamente correlacionado ao seu bairro de origem – Benedito Bentes. Sua estrutura simples, que desde sua entrega acolheu os maceioenses desprovidos de “habitação digna”, em sua totalidade, só continua acolhendo aqueles que vivem às margens da sociedade. Sem desenvolvimento, é possível identificar no conjunto, apenas pelo dia-a-dia profissional, a presença de inúmeras refrações da Questão Social<sup>3</sup>, dentre elas; a pobreza, o desemprego, o analfabetismo, violências diversas e a crescente criminalidade. É neste contexto social que a Unidade de Saúde da Família Carla Nogueira está localizada, realizando o atendimento diário das famílias adstritas nos conjuntos Moacir Andrade, Selma Bandeira, e Paulo Bandeira<sup>4</sup>, executando como propõe o programa de ESF, desenvolver “a busca da promoção da qualidade de vida da população brasileira e intervenção dos fatores que colocam a saúde da população em risco, como falta de atividade física, má alimentação e o uso de tabaco” (Ministério da Saúde, 2020).

#### 1.3.1 Aspectos Socioeconômicos do Conjunto Selma Bandeira

Como já citado a priori, o Conjunto Selma Bandeira está localizado na periferia da cidade de Maceió, fazendo parte do complexo residencial do Benedito Bentes, é uma comunidade

---

<sup>3</sup> Para uma melhor compreensão do tema, ver a obra “Uma Nova Questão Social” de Edlene Pimentel, Instituto Lukács – 2012.

<sup>4</sup> A unidade está passando por um processo de remapeamento da área de adscrição, afetado pela pandemia do COVID-19, quando o trabalho for totalizado, a unidade ainda atenderá a Comunidade do Conjunto Habitacional Luiz Pedro III.

que atualmente tem cerca de 3.000 habitantes<sup>5</sup>, foi entregue no ano de 2000 aos maceioenses baixa renda que não tinham casa própria. As características do conjunto assemelham-se a uma pequena cidade interiorana, com ruas curtas, saneadas e asfaltadas, se registra a coleta de lixo regular em dias pré-estabelecidos. Assinala-se a presença de muita vegetação em seu entorno (matas e sítios), fazendo com que a população cultive frutas (que normalmente são colocadas à venda) e animais, que vez ou outras passeiam pela principal avenida do conjunto, soltos (os mais comuns são galinhas, porcos e cavalos).

Não podemos falar em um comércio de expressividade, verificasse alguns minimercados, padarias, oficinas, etc., mas nada que consiga de uma forma ampla atender a população em suas necessidades econômicas, ou seja, não oferece emprego para a população local, que acabam tendo que sair da comunidade em busca de empregos, formais, os homens normalmente atuam em empregos na construção civil, e as mulheres como empregadas domésticas, vale ressaltar a realização de atividades comuns a população mais empobrecida das periferias, o trabalho informal que pode ser exemplificado pelo trabalho de reciclagem e/ou venda de lanches e doces.

Quanto aos equipamentos sociais, podemos citar que o Conjunto Selma Bandeira está contemplado com (01) uma escola municipal que atende aos alunos do ensino fundamental I, (01) um Centro de Referência de Assistência Social – CRAS –, (01) Unidade de Saúde da Família, (01) praça central com (01) quadra de esportes, (01) uma Associação de Moradores e (01) Base Comunitária<sup>6</sup> da Polícia Militar do Estado de Alagoas, inaugurada em 2009, além de igrejas, lanchonetes etc., infelizmente, o conjunto não dispõe de creche pública, ou equipamentos para os idosos (asilos).

O último aspecto que deve ser levado em consideração é que a região é pauperizada, algumas residências já se encontram deterioradas pela ação do tempo, e muitas famílias não tem condições de fazer a manutenção devida. O local é conhecido e muitas vezes temido pela presença da criminalidade, onde o tráfico de drogas é dominante, os profissionais precisam desenvolver estratégias de contato e se manter atentos aos movimentos da população.

---

<sup>5</sup> É importante salientar que a USF Carla Nogueira atende hoje a três conjuntos distintos – Selma Bandeira, Moacir Andrade e Paulo Bandeira, totalizando um território de atendimento que chega próximo de 7.000 usuários cadastrados.

<sup>6</sup> Primeiro bairro a receber a base comunitária em virtude do aumento da violência e ocupações ilegais na região (GOMES, 2018).

### 1.3.2 Aspectos demográficos do Conjunto Selma Bandeira

Tabela 01 – Faixa etária da população adstrita, Equipes 032 e 079:

<b>FAIXA ETÁRIA/ANO</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMININO</b>	<b>TOTAL</b>
< 1	38	36	74
1-4	289	256	545
5-14	660	617	1.277
15-19	366	376	742
20-29	591	697	1.288
30-39	438	530	968
40-49	390	491	881
50-59	311	428	739
60-69	191	254	445
70-79	95	128	223
≥ 80	35	40	75
<b>TOTAL</b>	<b>3.404</b>	<b>3.853</b>	<b>7.257</b>

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência referente às equipes 032 e 079 da USF Carla Nogueira

### 1.3.3 Aspectos epidemiológicos

É possível conhecer o perfil epidemiológico da população da área de abrangência da ESF por meio da coleta de dados disponíveis no cadastro individual da população. Exemplos de dados disponíveis no cadastro:

Quadro 01 - Unidade de Saúde da Família Carla Nogueira – VI Distrito: Equipes 032 e 079

<b>Condição de Saúde</b>	<b>Quantitativo (n°)</b>
Gestantes	86
Hipertensos	1.059
Diabéticos	303
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras).	118
Pessoas que tiveram AVC	47
Pessoas que tiveram infarto	17
Pessoas com doença cardíaca	142
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros).	61

Pessoas com hanseníase	01
Pessoas com tuberculose	07
Pessoas com câncer	25
Pessoas com sofrimento mental	274
Acamados	20
Fumantes	477
Pessoas que fazem uso de álcool	533
Usuários de drogas	74

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência referente às equipes 032 e 079 da USF Carla Nogueira

#### 1.3.4 Principais causas de óbitos, causas de internação e doenças de notificação referentes à sua área de abrangência

Quando nos referimos a causas de óbitos e morbidades que acometem a população do Conjunto Selma Bandeira, os números e indicativos não se distanciam daquilo que está posto no Plano Municipal de Saúde de Maceió (2018), que revelam as estatísticas do 6º Distrito, mais especificamente tratando do bairro do Benedito Bentes em sua totalidade, mostrando que;

Os dados de mortalidade indicam que as principais causas de óbito no são: as doenças do aparelho circulatório, com 27,0%, as causas externas, com 20,5%, e as neoplasias, com 11,4%. E, quanto à morbidade, as principais doenças de notificação compulsória, no ano de 2016, foram: Dengue (47,5%), Atendimento Antirrábico (27,6%) e Acidente por Animais Peçonhentos (9,3%).

Como não poderia ser diferente, estando o mundo inserido dentro de um contexto novo e desconhecido, na cena contemporânea a pandemia de COVID-19 também alterou os números de casos em nossa região, vale salientar que nosso bairro – Benedito Bentes, já registra 916 casos confirmados de Corona Vírus, com 43 vidas ceifadas (G1/AL – 2020).

#### 1.3.5 Principais problemas relacionados à situação de saúde da população adstrita à área de abrangência da sua equipe

Levando em consideração a nossa realidade profissional – USF Carla Nogueira – podemos facilmente tecer uma correlação entre duas vertentes distintas – porém que se complementam em uma linha tênue – de problemas relacionados à saúde que afetam diretamente a população usuária do Sistema Único de Saúde – SUS em nossa unidade, na primeira vertente, levando em conta o gerenciamento, a estrutura e o corpo técnico, podemos situar os problemas a seguir:

- O desestímulo dos profissionais em saúde pública;
- A burocracia para marcação de exames e especialidades médicas;
- Quantidade insuficiente de profissionais capacitados (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais) para os atendimentos e direcionamentos adequados;
- Falta constante de alguns medicamentos e insumos de uso contínuo, que levam o paciente a realizar o tratamento de maneira inadequada, sendo prejudicial à saúde;
- Atendimento não humanizado;
- Má administração e fiscalização do dinheiro público, e;
- Gerenciamento de unidades de saúde nas mãos de profissionais desqualificados para assumir o cargo – os famosos cargos políticos;

Quanto a segunda vertente, é importante situar as comorbidades que acometem a população de uma forma muito generalista, estas, podem ter diversos fatores envolvidos, sejam eles, psicológico, social ou até mesmo financeiro, contudo, a dificuldade de resolubilidade dos problemas fazem os usuários desenvolver doenças e quadros clínicos que podem ser irreversíveis. Situações que por serem vistas com certa frequência, acabam se tornando naturais aos nossos olhos no fazer profissional, são elas;

- Hipertensão;
- Diabetes;
- Gravidez na Adolescência;
- Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST's (principalmente a sífilis);
- Transtorno mental, com uso de medicamento controlado;
- Tabagismo;
- Tuberculose;
- Problemas com álcool e outras drogas, dentre outros.

#### **1.4 A Unidade de Saúde da Família Carla Nogueira**

A Unidade de Saúde Carla Nogueira está situada na avenida principal do Conjunto Residencial Selma Bandeira, no Bairro do Benedito Bentes, na Cidade de Maceió/Al, foi inaugurada a cerca de 15 ano, pela então prefeita Kátia Born, o prédio é próprio e pertence a

prefeitura de Maceió, há cerca de dois anos a unidade passou por uma reforma/ampliação e hoje se encontra em condições razoáveis de conservação. A população adstrita na unidade passou recentemente por um processo de remapeamento da área de abrangência e cobertura<sup>7</sup>, ao final, as duas equipes que atuam na área passaram a atender 7.000 mil usuários cadastrados, essa população não é exclusivamente do conjunto onde a unidade está inserida, ou seja, para além da comunidade do Selma Bandeira são atendidas mais duas, o Conjunto Paulo Bandeira e o Moacir Andrade e, após a conclusão de todos os cadastros, passaram a ser assistidos pela unidade de referência à população do Conjunto Luiz Pedro III, todos os conjuntos pertencentes ao bairro do Benedito Bentes.

O espaço físico da unidade de referência é relativamente amplo e bem dividido, na primeira parte da unidade contamos com 01 recepção, 01 sala de marcação do SGR, 01 farmácia, 01 sala de curativos, 02 banheiros (sendo um feminino e um masculino), 01 sala de vacina, 01 copa, 01 sala de arquivo, 01 sala de esterilização odontológica, 01 sala de expurgo, 01 sala de atendimento para síndromes gripais, 01 sala para o almoxarifado e 02 consultórios (um da medicina e outro da enfermagem) e, por fim, a primeira sala de espera, mais adiante, passando pelo corredor que separam as duas parte da unidade, chegamos ao segundo pavimento, nele temos 01 sala de espera, 01 sala de reunião com capacidade para 30 pessoas, 02 banheiros (um feminino e um masculino) para uso exclusivo dos pacientes, 01 sala da direção, 01 sala de coleta, 01 sala de nebulização, 01 banheiro exclusivo para os funcionários, 02 salas de pré-consulta, 02 salas para os ACS, 01 sala odontológica com equipamentos completos para três dentistas, 01 sala de manutenção e 02 consultórios (sendo um da medicina e outro da enfermagem).

Quanto a equipamentos e materiais, a unidade não se encontra em uma situação crítica, às vezes faltam medicamentos e insumos comuns a todas as unidades da cidade, entretanto os equipamentos se encontram em bons estados de conservação e o material de limpeza e escritório normalmente não falta. A maior dificuldade se materializa na solicitação de reparos e manutenção, que demoram a ser executados. O entorno da unidade também deveria ser mais bem aproveitada, até o momento só temos o acúmulo de mato, principalmente no período mais chuvoso do ano.

---

<sup>7</sup> O trabalho demorou mais que o tempo hábil necessário para sua efetivação devido a paralização dos cadastros e recadastros durante a primeira onda da pandemia de COVID-19.

### **1.5 As Equipes de Saúde da Família 032 e 079 da Unidade de Saúde da Família Carla Nogueira**

A Unidade de Saúde da Família Carla Nogueira está composta por duas equipes de USF mais a parte técnico-administrativa de desenvolve as tarefas administrativas. Levando em conta a parte técnico-administrativa temos nesta ordem;

- 01 gerente de unidade;
- 01 auxiliares administrativos de arquivo;
- 03 recepcionistas;
- 01 auxiliar administrativo de farmácia;
- 01 auxiliar administrativo – Marcação de consultas e exames pelo SGR;
- 02 auxiliares de Serviços Gerais.

Se tratando do corpo técnico em saúde, já na sua totalidade, ou seja, as somas de profissionais que atendem as duas equipes, têm;

- 02 médicas;
- 02 enfermeiras;
- 05 técnicas de enfermagem;
- 02 dentistas;
- 02 auxiliares de saúde bucal;
- 12 agentes comunitários de saúde;
- 01 farmacêutico.

Totalizando assim, 35 profissionais em saúde pública atuantes na ESF Carla Nogueira.

### **1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde Carla Nogueira**

A Unidade de Saúde da Família Carla Nogueira funciona das 07h00minh às 17h00minh, sem fechar para almoço, de segunda a sexta-feira, os usuários normalmente são recebidos pelos funcionários da recepção, que trabalham em duplas, em dois turnos distintos. Este profissional recebe, direciona e encaminha os usuários, além de fazer as marcações das agendas de

atendimento das médicas, enfermeiras e dentistas (as vagas são distribuídos durante a semana por grupos específicos determinados pelos profissionais), diariamente os agendamentos são colocados no sistema já mencionado – eSUS –, e os prontuários retirado dos arquivos para o atendimento. O profissional da recepção também revisa cada prontuário físico antes de encaminhá-lo para o profissional executante. Atualmente as equipes de trabalhos encontram-se completas, o que facilita o atendimento aos usuários adscritos.

A câmara municipal da cidade, na pessoa do Excelentíssimo Senhor Vereador Cleber Costa (PSB) pleiteia aumentar o horário de atendimento dessas unidades de saúde, respaldados na dificuldade que os usuários trabalhadores da comunidade encontram em serem atendidos em horário comercial, entretanto, estando inseridos em um contexto de periferia, os trabalhadores da saúde resistem a esta possibilidade, pelo medo, pois a falta de segurança é algo real, durante todo o período de trabalho (mesmo no horário comercial) não tem nenhum tipo de profissional ou aparelhos que garantam a segurança destes profissionais.

#### 1.6.1 Principais problemas relacionados à Unidade Básica de Saúde

- O desestímulo dos profissionais em saúde pública;
- A burocracia para marcação de exames e especialidades médicas;
- Atendimento não humanizado;
- Gerenciamento de unidades de saúde nas mãos de profissionais desqualificados para assumir o cargo – os famosos cargos políticos;
- Falta de equipamentos de proteção individual de qualidade
- Demora na execução de reparos e manutenção dos equipamentos.

### **1.7 O dia a dia das equipes 032 e 079**

O processo de trabalho desenvolvido pela unidade tem início através da atividade do Agente Comunitário de Saúde, que no momento do cadastramento já deve passar segurança e apropriação no serviço que está sendo prestado, é a partir deste primeiro contato que o usuário busca os serviços na unidade, neste momento, o acolhimento ficará por conta dos recepcionistas, que tem a obrigação de receber e direcionar os usuários da melhor maneira possível.

Levando em conta a nossa realidade profissional, percebe-se uma lenta continuação da proposta elencada na legislação brasileira de integralidade, a estimativa de uma política sanitária esbarra, em muitas vezes no modelo hegemônico clínico. Os agentes muitas vezes não conseguem atingir sua função e não adquire a confiança da população adstrita, o que dificulta a presença constante dos usuários na unidade para além da prática médica, ou seja, as famílias em sua maioria, só buscam o atendimento médico, ademais, farmacêutico, vacinal e procedimentos de rápida resolução, que nestes últimos casos são bem contemplados.

As visitas domiciliares são realizadas pelas médicas, enfermeiras e técnicas de enfermagem, sempre seguindo um cronograma, normalmente direcionadas para acamados, idosos, puérperas e realização de curativos.

Os profissionais mostram-se na maioria das vezes desmotivados e participes de um processo exaustivo de cobranças e metas a serem cumpridas que levasse a uma incidência considerável de adoecimentos e afastamentos das atividades laborais, e, em sua maioria tecem críticas a atual gestão institucional.

As ações de proteção e prevenção de riscos praticamente são nulas, trabalhos voltados para a educação em saúde somente são promovidos em datas de bastante significação – exe.: outubro rosa – e sem o apoio da secretaria de saúde, as atividades coletivas e de educação em saúde estão estagnadas desde meados de 2019, da mesma forma encontra-se o conselho gestor da unidade, totalmente parado, o que dificulta a efetivação do controle social e garantia de direitos.

### 1.7.1 Planejamento e Avaliação das Ações a serem ofertadas à população

O processo de planejamento e avaliação de ações, que deveriam ser realizados periodicamente pela gerência da unidade encontra-se estagnadas, desta forma cada equipe se organiza da maneira que lhes convém, esporadicamente registra-se reuniões com os membros de cada equipe para avaliar suas atividades, mas nada em conformidade ou modelo padrão para todos os funcionários. A equipe técnico-administrativa também não tem reuniões regulares para definir modelos de trabalho ou direcionamentos que devem ser seguidos conforme a orientação da gerência. Desta forma é praticamente impossível a efetivação de ações e/ou atividades representativas que estimulem a comunidade.

1.7.2 Principais problemas relacionados à organização do processo de trabalho da sua equipe.

- Falta de direcionamento e planejamento de ações;
- Profissionais desestimulados;
- Formas distintas de desenvolvimento do processo de trabalho (cada equipe tem uma);
- Ausência de profissionais especializados no desenvolvimento e execução de projetos em saúde;
- Bloqueio permanente (extremamente visível) entre as equipes de trabalho.

### **1.8 Priorização dos problemas da Unidade de Saúde Carla Nogueira**

Corriqueiramente a Unidade de Saúde Carla Nogueira recebe pacientes que vem em busca de orientações e/ou serviços, esses usuários se reportam aos profissionais da recepção na tentativa de resolver suas demandas. É comum relatos de que alguns Agentes Comunitários de Saúde (ACS) não executam com devida frequência a atividade da visita domiciliar, fazendo com que os pacientes tenham que muitas vezes ir procurá-los na unidade de atendimento.

Outro aspecto a ser levado em consideração é o não cadastramento das unidades habitacionais, já se registrou casos de famílias residentes há mais de 02 anos na região adstrita que nunca receberam a visita do agente, e conseqüentemente, nunca tinha utilizado os serviços da unidade pelo simples fato de não terem sido cadastradas até o momento. Corriqueiramente, alguns usuários se queixam de já terem perdido datas de realização de consultas e/ou exames previamente agendadas pelo SGR por não ter uma comunicação eficaz com o agente de sua área, e ainda, de relatos de mau atendimento por parte de outros ACS, em caso de procura da unidade.

Em um programa que busca a educação em saúde e a prevenção de doenças preveníveis, como é o caso da ESF, problemas destes aspectos não podem, nem devem ser corriqueiros, contudo, se faz necessário levar em consideração que a unidade de saúde não conta com o desenvolvimento e a execução um planejamento estratégico que possa auxiliar os profissionais no desempenho de suas atividades e principalmente avaliar a conduta das ações desenvolvidas, para saber quais os nós críticos que precisam ser mais trabalhados e melhorados.

Levando em consideração a estruturação das equipes de trabalho, atrelado as competências do serviço social, avalia-se os nós críticos a seguir, elencados respectivamente pela ordem de

prioridade, na observância da atuação profissional e levando em consideração o melhoramento de todo o processo de trabalho desenvolvido na unidade de referência.

- 1- Sobrecarga de trabalho;
- 2- Falta de capacitação;
- 3- Desmotivação profissional;
- 4- Atendimento não humanizado;
- 5- Bloqueio entre as equipes de trabalho.

**Quadro 02** - Classificação de **prioridade para os problemas identificados** no diagnóstico da comunidade adstrita às equipes de Saúde da Família 032 e 079, Unidade de Saúde da Família Carla Nogueira, município de Maceió, estado de Alagoas

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Altos números de hipertensos e diabéticos	Média	3	Total	7º
Índices elevados de gestantes	Alta	4	Total	3º
Falta de medicamentos de uso contínuo	Média	2	Parcial	8º
Descuido com a higiene	Baixa	1	Parcial	10º
Transtornos mentais com uso de medicamentos controlados	Alta	3	Fora	5º
Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST's (principalmente a sífilis);	Alta	4	Total	4º
Tabagismo	Média	2	Parcial	9º
Problemas com álcool e outras drogas	Alta	3	Fora	6º
Desemprego	Baixa	1	Fora	11º
Ausência de planejamento e ações estratégicas	Alta	4	Total	2º
Desestímulo Profissional	Alta	5	Total	1º

Fonte: eSUS - Unidade de Estratégia de Saúde da Família Carla Nogueira/Ministério da Saúde

\*Alta, média ou baixa

\*\* Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

- **Problema Prioritário Escolhido:**

Sobrecarga de trabalho na atuação profissional do ACS

## 2 JUSTIFICATIVA

Sendo a saúde considerada um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e tratada pela legislação brasileira como um direito fundamental para todo cidadão é importante estruturar estratégias de atendimento que alcancem números populacionais cada vez mais elevados. É importante que o SUS se configure como um sistema que potencialize ações de caráter educativo e preventivo para garantir a diminuição e controle de doenças e estados que poderiam ser preveníveis, com a intenção de assegurar a manutenção da qualidade de vida de toda a população brasileira.

As gerências de saúde pública tem caráter autônomo, contudo, devem fiscalizar as ações para saberem se estão sendo estruturadas e realizadas de acordo com as reais necessidades da população atendida. Nesse contexto, os profissionais de saúde precisam entender e estarem conectados com suas realidades profissionais. Desde a década de 1980, a partir da constituinte de 1988, e, conseqüentemente, da institucionalização da reforma sanitária, uma mudança do modelo de saúde é defendida, a proposta de descentralização de poder, atendimento mais humanizado, decisões a partir do apoio e da participação social e o cuidado com os trabalhadores da saúde é defendida, na perspectiva de desconstruir um modelo verticalizado de atendimento, onde somente é aceito a estrutura de caráter curativo, de molde paliativo e imediatista.

Na busca de maximizar uma proposta cada vez mais humanizada, que englobe para além dos usuários, os profissionais da saúde pública, torna-se importante estruturar uma rede de atenção para *cuidar de quem cuida* a partir da prospecção e discussões acerca de problemas, dificuldades e possibilidades de resoluções que afetam os trabalhadores. Partindo do pressuposto de que o SUS tem a intencionalidade de ampliar cada vez mais o acesso dos usuários através da APS, e sendo a ESF a dinâmica mais relevante nesse sentido, torna-se valiosa a intencionalidade de agregar ações em saúde direcionadas para os ACS, com o propósito de dirimir o baixo desempenho e suas conseqüências para o SUS, afinal, este profissional é o principal elo de ligação entre a população adstrita e a USF.

Sendo assim, se faz necessário desenvolver artifícios capazes de proporcionar estímulos, cuidados, assistência e educação que visem o enaltecimento das relações sociais (internas e externas), o estreitamento de vínculos, e conseqüentemente uma atuação profissional mais eficaz e com maior amplitude de cobertura, principalmente, quando as equipes de saúde estão inseridas dentro de um contexto populacional com elevados índices de vulnerabilidade social e econômica.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Desenvolver uma proposta de intervenção voltada para a manutenção da integridade física e psicológica dos Agentes Comunitários de Saúde vinculados a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

#### **3.2 Objetivos específicos**

- 1- Estruturar uma rede de apoio ao profissional de saúde (ACS) que é considerado um importante elo de contato dentro da estratégia de saúde da família;
- 2- Atenuar o desestímulo profissional e todas as refrações que são desencadeadas a partir deste problema (individualismo, falta de comunicação entre a equipe, processos de trabalhos variados, etc.);
- 3- Implantar um atendimento humanizado, capaz de desenvolver uma confiabilidade aos usuários adstritos na perspectiva de garantir a totalidade do acesso a saúde.
- 4- Dirimir as refrações da questão social através de EPS, capaz de minimizar os preconceitos ou paradigmas que vem arraigado na formação social dos ACS, prejudicial ao processo de trabalho.

## 4 METODOLOGIA

Trata-se de uma proposta de intervenção voltada para a manutenção da integridade física, psicológica e social dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), na perspectiva de combater o baixo desempenho profissional e seus rebatimentos nas relações de trabalho e principalmente para a população adstrita pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), na Unidade de Saúde da Família Carla Nogueira.

Sabendo que a solução de um problema depende de seu correto entendimento e da formulação de um modelo adequado para interpretá-lo, foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, de acordo com Cobaito (2019), no qual o futuro não é determinístico e a realidade é continuamente acompanhada. Assim, quando houver uma mudança da situação real, o plano é imediatamente ajustado (LIDA, 2013).

Diante do exposto, para este presente estudo, foi realizada uma busca com o intuito de selecionar a bibliografia pertinente ao tema, para isso foi adotado o critério de buscar somente pesquisas de periódicos nacionais e internacionais, documentos: Manuais, Protocolos, Portarias e dentre outros do Ministério da Saúde e de demais órgão ligados à saúde.

Realizou-se uma revisão bibliográfica para elaboração deste trabalho, utilizando como descritores: Agentes Comunitários de Saúde, Sobrecarga de trabalho, Cuidado, nos indexadores SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e GOOGLE SCHOLAR, trabalhos científicos disponíveis em sites de Universidades, além de livros e revistas relacionados ao tema, publicados no período de [2015 a 2020] para identificação das evidências já existentes.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e às orientações do módulo Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA, et al, 2017). Para a definição das palavras-chave e *keywords* utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde(DeCS).

## **5 OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: a sobrecarga de trabalho e seus rebatimentos nas relações profissionais.**

Levando em consideração o que preconiza a legislação brasileira, por meio da Constituição Federativa de 1988, em seu art. 196, que visa garantir através do Estado, ações em saúde pública para toda a população brasileira, de maneira universal e igualitária. As atividades devem buscar o desenvolvimento medidas educativas, preventivas e curativas pelas vias de práticas humanizadas, estas ações devem estar organizadas por uma rede de atendimento hierarquizado de forma descentralizada, na perspectiva de garantir autonomia e direcionalidade aos serviços executados.

Dentre todos os métodos utilizados pelo Ministério da Saúde na perspectiva de materializar o que determina a legislação, a Estratégia de Saúde da Família - ESF é, de forma generalista a mais instigante técnica, pois condiciona de maneira pontual os objetivos da Atenção Primária à Saúde - APS, que preconiza;

Abranger a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. (SAPS, 2021).

Nessas condições, e por fazer parte do conjunto de profissionais que atendem as redes de apoio a saúde pública brasileira, tem-se a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como o principal elo de ligação direta entre comunidades e unidades de saúde – levando em conta o que determina a orientação da APS –. A profissão, regulamentada por meio da lei Nº 11.350, de 05 de Outubro de 2006, em seu Art. 03, diz que são atribuições dos ACS: “o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS”.

Dadas as normativas técnicas e os processos de trabalho em saúde, é notório que as práticas desenvolvidas por esta categoria de profissionais agregam um peso natural da profissão ao exercício dentro das Unidades de Saúde da Família - USF, pois o ACS é a porta de acesso aos serviços em saúde de uma população que tem área de cobertura adstrita pela ESF. Levando em consideração que os usuários somente passam a ser atendidos pela USF após cadastramento de todos os membros da família pelo ACS, e respectivas orientações dos protocolos de

atendimentos e ações que são realizadas pelos profissionais da ESF (FRANCISCHINI, MOURA e CHINELLATO, 2008).

Vale salientar que suas jornadas de trabalho são divididas em expedientes internos – dentro das USF – e externos – com a realização de visitas domiciliares as residências das famílias sob sua jurisdição – e que, a má execução das atividades pertinentes ao cargo pode acarretar em prejuízos para a população adstrita e conseqüentemente penalidades para toda a equipe multiprofissional responsável por uma determinada micro área de cobertura. Nesse contexto, é importante que as gestões em saúde pública desenvolvam ações que visem reificar formas de manutenção da integridade física e psicológica destes profissionais na intenção de garantir capacidade técnica, estrutura pessoal e principalmente, o cumprimento das exigências determinadas pela APS.

### **5.1 Rede de atendimento e acompanhamento em saúde para Agentes Comunitários de Saúde**

Com a intencionalidade de realizar ações em saúde para a população brasileira, os gestores buscam estruturar equipes multidisciplinares capazes de atender as demandas dos usuários e conseqüentemente dar respaldos para o Ministério da Saúde através de números e percentuais de atendimentos (FRANCISCHINI, MOURA e CHINELLATO, 2008).

Partindo do pressuposto que estamos inseridos no modo de produção capitalista, em um modelo estrutural neoliberal, que promove o desmonte dos sistemas públicos em um Estado de garantia mínima, é notório a *despreocupação* dos gestores com os servidores públicos – de uma maneira muito generalista. O *desmantelamento* das estruturas governamentais se materializa de diversas formas diferentes, desde o *descompromisso* com a manutenção dos equipamentos, até a *desassistência* para com os profissionais (ANTUNES, 2000).

Dentro da realidade da ESF, e levando em conta os ACS, é importante estruturar uma rede de atendimento e acompanhamento para os profissionais na intenção de minimizar os danos físicos e psicológicos causados pelo desgaste natural dos processos de trabalho inerentes aos contextos íntimos, sociais e profissionais de cada ser-humano. Normalmente, este profissional está posto em situações de vulnerabilidades diversas, o desenvolvimento de suas atividades em um ambiente externo, desprotegido e desacompanhado, em região periférica, dominada pelo tráfico de drogas, altos índices de criminalidade, exposto ao sol, chuva e muitas vezes tendo que percorrer longos percursos a pé. Essas questões, associadas a precarização do

trabalho, falta de incentivos financeiros, precárias condições de trabalho e problemas pessoais levam os profissionais a recorrentes históricos de adoecimento “no e pelo trabalho”.

Estudos já correlacionam os altos índices de absenteísmo aos processos de desestímulo e adoecimento dos profissionais em saúde. Half (2019) pontua que dentre os fatores que contribuem para o aumento dos índices de absenteísmo tanto em instituições privadas como públicas, estão relacionados a falta de estruturas de trabalho, metas inatingíveis, comunicação inadequada entre as equipes, desmotivação e doenças ocupacionais. Todos esses aspectos, atrelados a sobrecarga de trabalho podem desencadear problemas de cunho psicológicos e/ou físicos irreversíveis para os trabalhadores da saúde.

Entende-se como doenças ocupacionais, aquelas associadas ao processo de trabalho e suas condições para realização, tratando-se dos Agente Comunitários de Saúde podemos destacar: Lesões por Esforço Repetitivo (LER), Dermatoses Ocupacionais Diversas (dentre elas Câncer) e Distúrbios Osteomusculares relacionados ao Trabalho (DORT). Outro aspecto que deve ser levado em consideração é a “*Síndrome de Burnout*”, destacada por alguns estudiosos como o ápice do estresse profissional, esta doença, também conhecida como “*Síndrome do Esgotamento Profissional*” trata-se de,

Um **distúrbio emocional** com sintomas de **exaustão extrema**, **estresse** e **esgotamento físico** resultante de situações de trabalho desgastante, que demandam muita competitividade ou responsabilidade. A principal causa da doença é justamente o **excesso de trabalho**. Esta síndrome é comum em profissionais que atuam diariamente sob pressão e com responsabilidades constantes. Traduzindo do inglês, “burn” quer dizer queima e “out” exterior. A **Síndrome de Burnout** também pode acontecer quando o profissional planeja ou é pautado para objetivos de trabalho muito difíceis, situações em que a pessoa possa achar, por algum motivo, não ter capacidades suficientes para cumpri-los (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

É diante dessas considerações que surge à necessidade de desenvolver técnicas de atenção direcionadas aos Agentes Comunitários de Saúde, na perspectiva de estruturar ações resolutivas de trabalho que podem interferir positivamente no cotidiano profissional de toda a equipe.

A Atenção Primária a Saúde já reconhece as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) como métodos válidos no processo preventivo e curativo de profissionais da saúde pública, e devem ser postas no âmago da sociedade para que todos aqueles que sintam necessidade e intencionalidade usufruir. As PICS foram fundamentadas e implementadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) através das técnicas de;

Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga, Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais. Estas importantes práticas são transversais em suas ações no SUS e podem estar presentes em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde, prioritariamente na Atenção Primária com grande potencial de atuação. Uma das abordagens desse campo são a visão ampliada do processo saúde/doença e da promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. As indicações são embasados no indivíduo como um todo, considerando-o em seus vários aspectos: físico, psíquico, emocional e social (BRASIL, 2021).

Partindo deste pressuposto, seria potencialmente necessário a criação de uma rede de atendimento e acompanhamento para os profissionais, com a capacidade técnica de garantir assistência médica, psicológica e física, de forma regular, para avaliação e controle, realização de consultas, exames, apoios terapêuticos e realização de atividades físicas, que em conjunto garantam qualidade de vida e condições físicas para a manutenção do trabalho do ACS.

## **5.2 O fazer profissional do Agente Comunitário de Saúde: do tédio ao sucesso**

Diante de cargas excessivas de trabalho, da falta dos insumos para o desenvolvimento de suas atividades, sem o respaldo técnico e educacional na perspectiva de evolução pessoal e profissional e pela falta de incentivos financeiros, os profissionais, desenvolvem, naturalmente uma condição de vulnerabilidade mais acentuada em desenvolver vários aspectos desestimuladores que podem ir desde a dificuldade de interação interdisciplinar entre os membros das equipes até aos quadros mais extremos, onde pode se materializar a falta de acesso da população adstrita aos serviços e atendimentos direcionados e projetados para eles (ALTOÉ, 2010).

Esse profissional deve ser colocado em condição de extrema importância para o funcionamento de uma Unidade de Saúde da Família, pois, de forma mais generalista, suas competências profissionais atuam para a diminuição de impactos mais expressivos para o Sistema Único de Saúde – SUS, pois, um trabalho bem estruturado na égide da APS, evitará doenças e agravamentos de situações preveníveis, e isso se materializa, inclusive, nos recursos investidos no SUS, conforme pontua o Comitê Científico e Núcleo Ciência pela Infância;

A ESF foi planejada para contribuir com a ampliação do primeiro acesso aos serviços de saúde no SUS, suas equipes estão em 98,4% dos 5.570 municípios brasileiros. A ESF contribuiu para a redução da mortalidade em geral e, de forma mais intensa, da mortalidade infantil, no País. O impacto se deu principalmente pelo reforço da parentalidade, que logrou: Melhora da nutrição

infantil, aumento da cobertura vacinal, melhora da saúde da mãe durante a gestação, incremento de bons comportamentos individuais de saúde; como manuseio de alimentos, higiene pessoal e de ambientes. A implementação da ESF no Brasil trouxe o AUMENTO da eficiência dos recursos investidos e, conseqüentemente, a REDUÇÃO de doenças crônicas e mortes evitáveis. (NCPI, 2019).

Esses dados mostram o quanto a educação em saúde e o atendimento de acompanhamento são importantes, principalmente em regiões periféricas e empobrecidas, onde os índices de analfabetismo e desemprego são elevados. As equipes de saúde da família descentralizam atendimento e disseminam informações pertinentes a todos os membros da família – do feto, ao idoso –, e, a partir de uma relação de confiança e responsabilidade, o ACS consegue fazer com que as famílias se sintam confortáveis em procurar os serviços de saúde e educação propostos pela ESF (VASCONCELOS, GRILO e SANTANA, 2018).

É notório que se o ACS passa a não conseguir desenvolver suas atribuições conforme as normativas da estratégia, a Rede de Atenção à Saúde – RAS – não vai alcançar seus objetivos, e desta forma, trazer danos para a população, vale salientar que esse prejuízo não é unilateral, afinal de contas, a equipe é responsável pela população adstrita e caso ocorra alguma eventualidade não detectada com um indivíduo de sua jurisdição, toda a equipe responderá pelo não acesso ao sistema de saúde, desta forma, é imprescindível que os ACS acompanhem de perto as famílias sob sua responsabilidade, sempre buscando estar orientado de suas responsabilidades (OLIVEIRA, 2015).

Dentro de um contexto societário é inevitável que aspectos negativos individuais prejudiquem relações e atuações, entretanto, dentro dos processos de trabalho é essencial que os indivíduos entendam suas posições sociais e trabalhem no panorama de dirimir aspectos danosos que prejudiquem suas condutas profissionais – mesmo que para isso, seja necessário acompanhamento médico –, e, no mais, lhe tragam incapacidades laborativas de diversos níveis, assim, constatamos que,

Independentemente do fator atribuído à ocorrência de transtornos mentais, o adoecimento de trabalhadores repercute negativamente no ambiente de trabalho, seja pelas ausências para tratamento ou pela redução na produtividade e na qualidade do serviço prestado. Em termos gerais, pessoas apresentando esses agravos tendem a ter a capacidade de concentração reduzida, o que pode conduzir a erros inesperados, dificuldade de adaptação a mudanças, podendo gerar conflitos com colegas de trabalho ou supervisores. Além disso, transtornos mentais podem comprometer a vigilância, interferir na comunicação e na produtividade. Na área da saúde, além das questões financeiras e de produtividade, há de se refletir sobre os impactos dessas alterações na segurança de pacientes. Assim, independentemente de nexos causal, as instituições devem pensar em estratégias de prevenção e gerenciamento dos riscos psicossociais no trabalho e de transtornos mentais em seus trabalhadores, no intuito de preservar sua saúde e garantir integralidade e segurança de pacientes (SANTANA, SARQUIS e MIRANDA, 2020).

Na tentativa de evitar que fatores externos impossibilitem a completude dos processos de saúde pública, garantindo qualidade de vida para a população brasileira, e, até mesmo pela prospecção de diminuição de custos, como preconiza o modo de produção capitalista, é considerável que os representantes legais e gestores públicos pesem a valiosa contribuição da institucionalização de protocolos de planejamentos estratégicos, capazes de alcançar os profissionais de todas as esferas de atendimento do SUS – União, Estados e Municípios.

Avaliando essa conjuntura, Santana, Sarquis e Miranda (2020) afirmam que “Ações nesse sentido extrapolam intervenções de âmbito individual e exigem movimentos coletivos, mudanças estruturais, administrativas e comportamentais. Contudo, respostas positivas podem ser obtidas com ações de prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores [...]”.

Quando os gestores de saúde – público ou privado – entenderem a real importância de desenvolverem um olhar crítico, contudo, cauteloso, sobre a saúde do trabalhador, vivenciaremos um processo de desnaturalização da realidade que trará respostas positivas para as inquietudes dos ACS, através de articulação, cuidado, atenção, educação em saúde e apoio, que fará com que os profissionais entendam quais são os seus espaços e suas funções sociais de agente transformador para o contexto ao qual está inserido, dessa forma, suas condutas e seus fazeres profissionais não trarão respostas negativas, nem para a sociedade, nem para o Estado financiador.

### **5.3 Ações estratégicas eficazes na perspectiva de controlar o desestímulo profissional**

Altoé (2010, p. 43) pontua que o desestímulo profissional e como suas refrações podem prejudicar as relações e processos de trabalho, corriqueiramente, os estudos situam motivações e estratégias capazes de explicar e superar ações desencadeadas por estas disfuncionalidades, contudo, é importante realizar uma análise capaz de estruturar o que são, porque surgem e como combater estes estímulos nocivos aos trabalhadores e seu fazer profissional.

Como já citado, em seu cotidiano profissional o ACS carrega diversos potencializadores capazes de inspirar o aparecimento de problemas nas mais diversas esferas – pessoal, social, profissional, financeiro, etc. –, entretanto, estando inseridos em um contexto societário que enaltece o capital e a corrida pelos lucros – capitalismo –, é explicável o aparecimento de atributos que personifiquem os indivíduos de formas negativas; o

individualismo, a falta de sensibilidade, a agressividade, a irritabilidade e o isolamento são exemplos de traços naturalizados pela dinâmica imposta em sociedade.

Os trabalhadores, em um processo de reprodução comum, passam a banalizar essas ações, e, corriqueiramente as replicam em seus ambientes de trabalho sempre que surge um motivo de insatisfação, mas, estando os ACS inseridos em um contexto de trabalho de equipe e comunitário, a personificação destas atitudes podem acarretar prejuízos mais generalistas, como já pontuado. A má execução das atividades laborais, não estão apenas associadas a ausência do trabalhador em seu ambiente de trabalho<sup>8</sup>, o trabalhador pode estar *in loco* e mesmo assim não desenvolver as demandas que estão sob sua responsabilidade, ou seja, praticar o presenteísmo, pontuado como;

Um conceito utilizado para apresentar situações no qual um respectivo indivíduo está fisicamente no local de trabalho mas, em decorrência de problemas de ordem física ou psicológica são incapazes de produzir plenamente. O presenteísmo também é interpretado como uma espécie de “absenteísmo de corpo presente”, uma vez que o indivíduo se encontra fisicamente no trabalho, mas está mentalmente fora dele. Tais aspectos levantam grandes preocupações nas organizações, uma vez que são limitadores da produtividade. (BIZERRA, et al. 2018)

A prática do presenteísmo é muito mais complexa de ser detectada, pois os trabalhadores não se omitem a cumprirem suas jornadas de trabalho, contudo, não conseguem agregar valores aos processos, pelo contrário, podem trazer prejuízos, ao qual, no serviço público, além de financeiro, é também de negligenciamento de direitos<sup>9</sup>. Altoé (2010), pontua que uma pesquisa realizada pela instituição *International Stress Management Association - BR*, relata prejuízos de cerca de 42 bilhões de dólares aos cofres públicos brasileiro em processos contendo características de presenteísmo.

Os estudos de Ferraz, Hecksher e Carvalho (2016), pontua que os motivos para a materialização do presenteísmo estão divididos em duas categorias, **a individual**, que agrega valores e problemas pessoais, que podem estar ligados a família, relacionamentos, dinheiro, etc. e **a organizacional**, que traz uma evidenciação para as questões operacionais, como sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento profissional, falta de insumos e equipamentos, etc. Por este motivo é necessário que os gerentes das USF sejam profissionais capacitados para os cargos que ocupam, que estejam atentos também para as relações processuais de trabalho e sejam capazes de detectar atitudes e comportamentos que desorganizem as atividades propostas pela estratégia.

<sup>8</sup> Para melhor detalhamento aprofundar o tema Absenteísmo.

<sup>9</sup> No serviço público, as áreas mais afetadas são a saúde e a educação.

Vale salientar que os chefes, personificados nas figuras dos gerentes de unidades de saúde, devem estar atentos às relações interpessoais e manter o controle das responsabilidades laborativas de cada membro da equipe, pois, é a partir deste controle que ele perceberá supostas incorreções no fazer profissional, e conseqüentemente buscar corrigi-las, através da adoção de medidas simples como; determinação de dias fixos para reuniões de planejamento, adotar a delegação de tarefas para todos os membros da equipe, buscar evitar o enaltecimento do perfeccionismo, estar atendo aos gatilhos causadores de estresses, melhorar a comunicação interna, estruturar um espaço de descanso e relaxamento para os funcionários, dentre outras ações que possam aprimorar os aspectos negativos da instituição.

Sendo assim, podemos constatar que todo esse processo de percepções e ações inequívocas a um planejamento estratégico coerente com a realidade local, e a institucionalização da Educação Permanente em Saúde concatenada a uma rede de atendimento e apoio para os Agentes Comunitários de Saúde reduzirá consideravelmente o desestímulo profissional e conseqüentemente todas as refrações que podem ser desencadeadas a partir desses problemas (VASCONCELOS, GRILO e SOARES, 2018).

#### **5.4 A implementação da Educação Permanente em saúde para a garantia de atendimento humanizado**

O processo de construção social trata-se também de um protocolo do desenvolvimento pedagógico de aprendizagem, em uma esfera macroscópica, onde o ser social vive em constante evolução, seja ela individual ou coletiva, mas sempre direcionado para a perspectiva de uma progressão histórica que conceda ao homem as condições necessárias para sua sobrevivência e conseqüentemente sua reprodução social.

Partindo deste pressuposto e levando em consideração a intencionalidade de apresentar práticas pedagógicas em saúde capazes de desenvolver uma interlocução entre saúde e educação, na busca pelas melhores concepções e metodologias de abordagens, atrelada as tecnologias modernas com a intenção de atingir o maior número possível de usuários do SUS dentro da Estratégia de Saúde da Família. Situando a educação como apropriação do conhecimento adquirido, é fundamental preconizar esta sistematização como a base fundante para a superação dos atuais modelos de atenção da saúde, que utilizam ainda, nas ações, métodos ultrapassados e tipos de abordagens diretivas ao qual estão fadadas ao fracasso (VASCONCELOS, GRILO e SOARES, 2018).

Sendo o SUS um dos mais complexos sistemas de saúde pública do mundo e de acordo com o que preconiza a Carta Constitucional brasileira (1988), em seu artigo nº 196, ao qual traz a “Saúde como um direito de todos e um dever do Estado”, coloca-se como sendo de extrema importância a utilização de uma prática pedagógica dialógica que vise uma melhor interação entre os sujeitos envolvidos neste processo e principalmente o resgate do papel de educador do profissional da área da saúde, em ações intersetoriais que se engendram com a efetivação de uma equipe multidisciplinar ativa, na intencionalidade de facilitar a interação entre Educação e Saúde, pois, é a partir do conhecimento que os usuários podem transcender a estagnação do modelo burocratizante posto, buscando a ampliação constitutiva de uma democracia que respeite as reais e/ou potenciais necessidades na busca de respostas efetivas para os usuários do sistema. (VASCONCELOS, GRILO e SOARES, 2018)

É pertinente direcionar o foco das ações para a desconstrução de uma concepção hegemônica de modelo, que se mostra rígido e conseqüentemente ineficaz, onde se enaltece uma relação verticalizada de poder, que tende a acuar e afastar cada vez mais seu público-alvo. Na cena contemporânea, se faz necessário ir além, resgatando a capacidade de valorização da promoção da educação a partir da soma de saberes compartilhados (popular) e específicos (científico), não para fazer ascender um novo senso-comum, mas para estruturar princípios de uma prática em saúde mais autônoma e eficiente.

O processo referenciado até o momento busca orientar para o desenvolvimento de práticas efetivas, entretanto, vê-se que a realidade traz consigo interferências ao qual podem ser decisivas para uma prática em saúde consolidada, estas distorções vão desde uma gestão em saúde despreparada e/ou descompromissada até uma equipe de ponta desgastada fisicamente pelo excesso de demandas, cobranças externas e emocionalmente desmotivada, arraigados em estruturas arcaicas de atendimento e contato. Quem ensina deve estar em frequente processo de aprendizagem e estimulação, ou seja, aberto ao novo, caso contrário, não será capaz de tecer sequer uma reflexão de sua prática profissional ou identificar a fundamentação específica de seus usuários, conseqüentemente, não será capaz de desenvolver práticas educativas recíprocas – profissional e usuário – que potencializem a concretização do controle social. (VASCONCELOS, GRILO e SOARES, 2018)

De acordo com a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que traz as prerrogativas da Atenção Básica e a normatização da Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde deve-se entender a Educação Permanente em Saúde como uma,

Importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil, para tal, requer um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (BRASIL, 2011).

Vasconcelos, Grillo e Soares (2018), pontuam diversas características fundamentais para o desenvolvimento de uma prática educativa em saúde se tornar eficaz, dentre elas, àquela que diz; “Ser firme com os problemas e amável com as pessoas”, pois, em um modelo de Estado Neoliberal ao qual estamos inseridos, que enaltece a competitividade, a fragmentação e o individualismo, em um verdadeiro “*salve-se quem puder*”, é profundamente importante desenvolver e multiplicar práticas de humanização que pensem no coletivismo e sem julgamentos prematuros. É preciso realizar o atendimento e o acesso à informação de forma integral, eximindo uma relação de poder centralizador, onde se utilizam de deduções pejorativas e/ou pré-julgamentos que desconfiguram a proposta de universalização, equidade e principalmente de integralidade do SUS, pois, parafraseando Paulo Freire; “Educação não muda o mundo, Educação muda pessoas, Pessoas transformam o mundo”. Então, será partindo de uma “prática docente progressiva, em favor da autonomia dos educandos” (VASCONCELOS, GRILLO e SOARES, pag. 21, 2018), se chegará ao mérito do que outrora foi idealizado e planejado.

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção direcionada para o problema “Sobrecarga de trabalho e seus rebatimentos na atuação profissional do Agente Comunitário de Saúde” da cidade de Maceió/Al, surgiu a partir das observações dos processos diários de trabalho em um contexto de acompanhamento de saúde da família, numa comunidade periférica, onde, de maneira generalista, verificam-se diversos problemas sociais que devem ser rebatidos conforme as particularidades locais.

As ações do plano estão descritas em 05 quadros subsequentes, ao qual, em cada um deles, contêm *nós críticos* e suas respectivas formas de resolubilidade, sempre na perspectiva de garantir ao usuários do Sistema Único de Saúde atendimento de qualidade e de forma humanizada, ao passo, que atendam às necessidades físicas, psicológicas e sociais dos trabalhadores de saúde, na intenção de que possam desenvolver suas responsabilidades profissionais da maneira mais eficaz possível.

### 6.1 Descrição do problema

Quando falamos em cuidado, promoção ou educação em saúde, principalmente inseridos dentro do contexto da Estratégia de Saúde da Família, verifica-se uma intencionalidade natural em direcionar o foco e as ações do planejamento estratégico para a população adstrita, sempre com a finalidade de atingir a máxima abrangência populacional como preconiza as diretrizes do programa. É preciso levar em consideração que a reorganização da Atenção Básica de Saúde, corporificada na ESF, quando bem executada, traz em sua essência a capacidade de propiciar uma relação de custo-benefício funcional ao Estado, conforme descrito na Portaria nº 2.488 de outubro de 2011.

Nessa estrutura, é nítido que dentre todos os profissionais que compõe a ESF, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), é aquele que melhor tem condições de edificar esta intenção, pois, é tido como o elo entre a comunidade e a unidade de saúde conforme pontuam Motta e Batista;

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), são integrantes essenciais da equipe da ESF, não constituem mero suporte para a execução de determinadas ações em saúde. Pelo contrário, são considerados personagens-chave na implantação de políticas voltadas para a reorientação do modelo de atenção à saúde preconizado pelo SUS. Embora suas atribuições sejam bem definidas – em concordância com o descrito na Política Nacional de Atenção Básica 2007 (2015).

Entretanto, junto com as responsabilidades vem os ônus para estes profissionais, normalmente, o que se verifica no decorrer dos processos de trabalho em saúde pública é a materialização do excesso de cobrança por parte das gestões, para a execução das atribuições profissionais com a máxima eficiência, sem levar em consideração nenhum direcionamento para as condições físicas e/ou psicológicas do trabalhador no decorrer do seu dia-a-dia profissional, que normalmente são intensos e cansativos. Trazendo esta realidade para a Estratégia de Saúde da Família, este sofrimento físico/psíquico inerente ao trabalho torna-se cada vez mais comum pelo fato do trabalhador lidar diariamente com incertezas associadas a quadros de doenças de diversos graus, violências, angústias, estresses, etc. em um cotidiano relativamente íntimo para com os usuários cadastrados na área de abrangência (CASA DO CUIDAR, 2020).

Nessas condições é chegado o momento de direcionar uma atenção especial para os trabalhadores em saúde da Atenção Básica, mais especificamente aos ACS, direcionando a preocupação com a necessidade de **cuidar de quem cuida** por meio de ações preventivas, buscando aprimorar as qualidades de cada um de maneira sutil e conseqüentemente a desconstrução das barreiras que levam a incapacidade permanente frente ao ato de cuidar, com todas as suas implicações e conseqüências profissionais.

## 6.2 Explicação do problema

Dentro do contexto da ESF, temos o ACS, como o profissional que, através de suas atribuições, desenvolvem as relações entre os usuários e as equipes de saúde, visto como o elo entre a comunidade e a unidade, deve ser tido como profissionais ativos, capazes de estimular a população a praticar transformações positivas com relação aos cuidados em saúde da comunidade de sua área de abrangência, Baralhas e Pereira (2013) pontuam que;

Desse modo, os (ACS) transformam-se em atores imprescindíveis para as ações que envolvem o desenvolvimento psíquico, físico, econômico, político e social da população. Tal profissão foi regulamentada em 10 de julho 2002, com a lei 10.507, estabelecendo que os ACS sejam responsáveis pelo acompanhamento de 750 pessoas determinadas de acordo com a área de abrangência da Unidade de Saúde. No entanto, o trabalho dos ACS tem sido considerado atividade de uma carga excessiva, devido às distorções ocorridas por falta de uma clara delimitação de suas atribuições, de modo que ele é indevidamente responsabilizado sozinho pela consolidação do SUS.

Atrelado à excessiva carga de trabalho, muitos de nossos ACS já têm mais de 15 anos de profissão, e carregam ao longo desse período inúmeras dificuldades para o desenvolvimento de suas práticas profissionais, esse conjunto de problemas colocam os profissionais em uma linha

tênue entre realizar de maneira positiva o desempenho de suas funções, ou se deparar com a possibilidade de negação por parte da população assistida para a criação do vínculo necessário. Muitas vezes, sem o devido treinamento ou orientação, este profissional segue materializando suas obrigações correndo riscos (internos e externos) que levam, inicialmente, a manifestação de altos níveis de estresse e conseqüentemente ao desestímulo profissional, que pode levar toda a equipe ao fracasso do processo de trabalho.

A proposta deste trabalho direciona suas análises na intenção de identificar os nós críticos dos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade de Saúde Carla Nogueira, a fim de desconstruir os tencionamentos elencados e enaltecidos ao longo dos anos de trabalho, capacitando estes profissionais para manutenção da conduta profissional e modernização das formas de atendimento, mas, sem perder o foco nas necessidades e no bem-estar (físico e mental) daqueles que cuidam da comunidade, afinal, quem cuida também precisa ser cuidado.

A partir da estrutura da Estratégia de Saúde da família, respaldado sob a égide da Política Nacional de Humanização (PNH), que traz,

O acolhimento como uma de suas diretrizes e facetas mais visíveis na APS, pelas conseqüências diretas que pode determinar no acesso dos usuários e no processo de trabalho com vistas a atender todos aqueles que buscarem o serviço de saúde. Tida como a maior potencialidade das experiências com o acolhimento na APS, à redução da demanda reprimida na rede primária também pode ser explorada no bojo do encontro trabalhador/usuário, a qual, quando adequada, possibilita um processo de mudança nas práticas de saúde, reafirmando a utilização das tecnologias leves (MOTTA E BATISTA, 2015).

Na perspectiva de mostrar a estrutura dos processos de trabalho dentro de um contexto de unidade de saúde da família, onde os atendimentos prioritários são a usuários sob adstrição territorial devidamente cadastrado pelo agente de saúde, levaremos em consideração a atuação profissional deste trabalhador, reconhecendo-o em sua essência como aquele que;

Contribui para que as atribuições e as responsabilidades determinadas à Atenção Básica sejam executadas, de modo a permitir que os serviços de saúde atinjam a efetiva mudança na própria organização, com a melhoria da qualidade da assistência prestada. Os ACS constituem-se em profissionais ativos para motivar a população e promover a melhoria de sua capacidade quanto aos cuidados com a saúde. (BARRALHAS e PEREIRA, 2013).

Assim, o que se busca, é a materialização de uma relação que tende a ser desenvolvida numa perspectiva de respeito e confiança, visto que o agente comunitário de saúde (ACS) é tido como o principal profissional da ESF, contudo,

Nessa mesma perspectiva, os ACS podem apresentar, com mais frequência, sintomas de estresse em relação aos demais membros da equipe, pelo fato de atuarem na criação de vínculos com a comunidade que assistem, sem terem recebido formação adequada e treinamento específico para o enfrentamento de possíveis dificuldades encontradas na relação estabelecida com o usuário (BARRALHAS e PEREIRA, 2013).

Essas dificuldades podem refletir de diferentes formas, tanto no processo de trabalho, como na vida pessoal deste profissional, e deve ser analisada a partir de uma perspectiva de unidade totalizadora, onde os membros da equipe possam entender a importância do trabalho em equipe como um instrumento catalizador que busca o melhoramento da efetivação do trabalho, pois é perceptível que;

As equipes ainda experimentam comportamentos divergentes, relações que muitas vezes são difíceis de compreender e é muito comum as pessoas não se motivarem tão facilmente pela socialização, pelo “fazer juntos”, procurando fazer sua parte. As equipes sofrem com competitividade, conflitos e hostilidade entre seus membros. Contrariando a ideia de que a equipe aumenta a satisfação com o trabalho, as evidências indicam que as pessoas experimentam um estresse substancial e contínuo enquanto membro de uma equipe (FRANCISSCHINI, MOURA e CHINELLATO, 2008).

O grande acúmulo de atribuições diárias acompanhado de pressões e cobranças por parte das gestões levam os ACS, ao longo de suas carreiras profissionais, desenvolverem um desestímulo tido como natural, que pode, e deve ser combatido, desta forma,

É inevitável que a formação/educação permanente da equipe multiprofissional, em especial dos ACS, seja fundamental para que estes busquem atender às necessidades das famílias, focando as ações de saúde para além das práticas curativas. Tal capacitação deve ser realizada com metodologias ativas, deve se basear na lógica do modelo da produção social da saúde e enfatizar os princípios do SUS. Assim, seria uma das formas de instrumentalizar os ACS e ajudá-los a incorporar em suas práticas a autonomia e a segurança necessárias para contribuir efetivamente com a consolidação desse novo sistema. Outra forma de superar as dificuldades vivenciadas pelos ACS seria a supervisão e orientação adequadas ao processo de trabalho deles, o que proporcionaria a identificação de seus sofrimentos e angústias oriundos do apoio às formas de lidar com os problemas cotidianos. Com isto, considera-se que seria despertada nestes profissionais uma consciência crítica, que os tornaria melhores protagonistas e corresponsáveis pela produção do cuidado integral em saúde junto com os demais membros da ESF (MOTTA e BATISTA, 20115).

Desta forma, vemos a efetivação de programas e planejamentos estratégicos que busquem consolidar um trabalho que agregue conhecimento, lazer e saúde, direcionados para a categoria dos ACS, com o objetivo de mostrar a comunidade gestora de saúde pública *a importância de cuidar de quem cuida da população*, sendo uma estratégia eficaz para resolubilidade de nós críticos como; a desmotivação profissional, a individualidade nas ações desenvolvidas, a manutenção de um modelo de atenção conservador e verticalizado, a falta de atendimento humanizado, e principalmente, o bloqueio permanente entre os membros de uma equipe de trabalho.

Trazer uma estrutura de trabalho que tenha um olhar mais humanizado para os trabalhadores, fará com que esses profissionais possam se sentir representados e acolhidos, sabendo a quem recorrer em situações de desconforto ou desestabilidade física e/ou psíquica. Além disso, bem executado, o projeto poderá resultar em números mais satisfatórios para os gestores, numa população assistida em suas reais necessidades e em equipes multiprofissionais de trabalho mais conectadas em suas ações.

### 6.3 Seleção dos nós críticos

- Falta de Planejamento Estratégico;
- Desestímulo Profissional;
- Bloqueio entre os Agentes Comunitários de Saúde;
- Baixo Desempenho Profissional;
- Ausência de Ações em Educação Permanente para os Agentes Comunitários de Saúde.

### 6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos e viabilidade e gestão

Quadro 03 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “**nó crítico 01**” relacionado ao problema “**Sobrecarga de trabalho e seus rebatimentos na atuação profissional do Agente Comunitário de Saúde**”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carla Nogueira, do município de Maceió, estado de Alagoas:

<b>Nó crítico</b>	<b>Falta de Planejamento Estratégico.</b>
<b>Operação</b>	A falta do planejamento estratégico faz com que o gestor da unidade desconheça suas próprias dificuldades e necessidades, o que conseqüentemente, levará a baixos índices de atendimento/produção, o que dificulta o crescimento da unidade.
<b>Projeto</b>	<b>PREPARAÇÃO COM CRITÉRIO.</b>
<b>Resultados esperados</b>	Desenvolvimento das ações com maior eficácia a partir da implementação de ações em saúde e educação permanente para os profissionais envolvidos.
<b>Produtos Esperados</b>	Reuniões mensais para, inicialmente, fazer a leitura das necessidades das equipes e usuários e o desenvolvimento de um calendário contínuo de atividades e ações.
<b>Recursos Necessários</b>	<b>Cognitivo:</b> A utilização da educação permanente atrelado a novas tecnologias, na intencionalidade de desenvolver o trabalho em equipe e principalmente, formas de enfrentamentos dos dilemas éticos profissionais.

	<p><b>Financeiro:</b> Consolidação de parcerias com instituições privadas e/ou ONG's para captação de profissionais que possam realizar palestras e treinamentos com os profissionais.</p> <p><b>Político:</b> Capacidade de realizar a transformação de si mesmo e consequentemente da população adstrita através das ações desenvolvidas.</p>
<b>Viabilidade do Plano - Recursos Críticos</b>	<p><b>Cognitivo:</b> Fazer com o profissional esteja aberto a se envolver nos processos propostos – aprendizagem e saúde.</p> <p><b>Político:</b> Apoio operacional das gestões, quando se trata em voltar à atenção para os funcionários e suas necessidades.</p> <p><b>Financeiro:</b> Contratação de Profissionais especializados em planejamento estratégico em saúde para ministrar palestra e aperfeiçoamento dos profissionais.</p>
<b>Controle dos Recursos Críticos - ações estratégicas</b>	<p><b>RESPONSÁVEIS:</b> A cargo do de gerente da unidade, a partir do auxílio dos membros das equipes.</p> <p><b>MOTIVAÇÃO:</b> A percepção do cuidado com os membros da equipe podem levar a uma prática profissional de qualidade.</p> <p><b>AÇÕES DE ESTÍMULOS:</b> Materialização de ações e/ou atendimentos através de processos de trabalho eficazes, que atinjam a satisfação do profissional na execução de suas atribuições.</p>
<b>Acompanhamento do Plano: responsáveis e prazos</b>	<p><b>ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO:</b> A cargo do de gerente da unidade, a partir do auxílio dos membros das equipes;</p> <p><b>RESPONSÁVEIS PELAS AÇÕES:</b> A depender, ficará a cargo da gerência e/ou enfermeiras.</p> <p><b>PRAZOS DE REALIZAÇÕES:</b> Mensais.</p>
<b>Gestão do Plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	Reuniões mensais com a participação de todos os membros das equipes, onde serão entregues ao Gerente da Unidade relatórios de atendimentos e/ou ações realizadas.

Quadro 04 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “**nó crítico 02**” relacionado ao problema “**Sobrecarga de trabalho e seus rebatimentos na atuação profissional do Agente Comunitário de Saúde**”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carla Nogueira, do município de Maceió, estado de Alagoas:

<b>Nó crítico</b>	<b>Desestímulo Profissional</b>
<b>Operação</b>	O desestímulo pode ter diversos fatores motivacionais, que devem ser analisados de forma específica em cada profissional, com a finalidade de desenvolver técnicas que visam superar essa condição.
<b>Projeto</b>	<b>CAMINHANDO PARA O ESTÍMULO</b>
<b>Resultados esperados</b>	Desenvolver a autoestima que vai sendo perdida ao longo da vida profissional.
<b>Produtos Esperados</b>	Realização das tarefas com mais qualidade e desenvolvimento de atendimento humanizado.
<b>Recursos Necessários</b>	<b>Cognitivo:</b> Atendimentos (inclusive médicos) voltados aos profissionais, na perspectiva de elencar as queixas mais comuns entre os ACS e prevenir a “ <i>Síndrome de Burnout</i> ”.

	<p><b>Financeiro:</b> Consolidação de parcerias com instituições privadas e/ou ONG's para captação de profissionais que possam realizar encontros e atendimentos aos profissionais.</p> <p><b>Político:</b> Capacidade de realizar a transformação de si mesmo e consequentemente da população adstrita através das ações desenvolvidas.</p>
<b>Viabilidade do Plano - Recursos Críticos</b>	<p><b>Cognitivo:</b> A falta de empatia dos profissionais em condição superior aos ACS, que muitas vezes renegam o estado de saúde físico/psíquico fazendo com que os profissionais busquem “ajuda em outros lugares”.</p> <p><b>Político:</b> Negação de apoio operacional das gestões, quando se trata em voltar à atenção para os funcionários e suas necessidades.</p> <p><b>Financeiro:</b> Contratação de Profissionais especializados em saúde (psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos), para acompanhar e orientar os profissionais.</p>
<b>Controle dos Recursos Críticos - ações estratégicas</b>	<p><b>Responsáveis:</b> Assistentes Sociais</p> <p><b>Motivação:</b> Conscientização da importância dos aspectos em saúde dos ACS para o desenvolvimento de suas atribuições.</p> <p><b>Ações de Estímulos:</b> O contato com outros profissionais, no formato de cuidado individual dos profissionais em exercício.</p>
<b>Acompanhamento do Plano: responsáveis e prazos</b>	<p><b>Elaboração do Plano Operativo:</b> Ficará a cargo de Assistentes Sociais e possíveis auxiliares.</p> <p><b>Responsáveis pelas Ações:</b> A gerência, juntamente com o Assistente Social responsável.</p> <p><b>Prazos de Realizações:</b> Encontros semanais para o desenvolvimento de atividade grupais e/ou individuais intercalando o profissional executante.</p>
<b>Gestão do Plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	<p>O planejamento deverá ser realizado através de reuniões quinzenais, entre a gerência, o responsável pelo projeto e os profissionais executantes dos atendimentos, através de planilhas e relatórios individuais, ademais, uma reunião mensal com os ACS envolvidos e pesquisa de satisfação.</p>

Quadro 05 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “**nó crítico 03**” relacionado ao problema “**Sobrecarga de trabalho e seus rebatimentos na atuação profissional do Agente Comunitário de Saúde**”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carla Nogueira, do município de Maceió, estado de Alagoas:

<b>Nó crítico</b>	<b>Bloqueio entre os Agentes Comunitários de Saúde.</b>
<b>Operação</b>	A ação busca romper as barreiras entre os profissionais que tem objetivos em comum, entretanto, caminham sozinhos nas execuções de suas atribuições diárias.
<b>Projeto</b>	<b>A NECESSIDADE DO FATOR EQUIPE</b>
<b>Resultados esperados</b>	A necessidade de um trabalho eficaz, em equipe, mas que respeite as especificações de cada indivíduo trará resultados positivos para a unidade em sua totalidade.
<b>Produtos Esperados</b>	A realização dos trabalhos que tem um único direcionamento através de uma equipe coesa que se seja capaz de se comunicar de forma eficiente e respeitosa.

<p><b>Recursos Necessários</b></p>	<p><b>Cognitivo:</b> Realizações de terapias motivacionais direcionadas ao trabalho em equipe.</p> <p><b>Financeiro:</b> Consolidação de parcerias com instituições privadas e/ou ONG's para captação de profissionais da área de psicologia que possam realizar encontros e atendimentos aos ACS.</p> <p><b>Político:</b> Consolidação de estreitamento das relações profissionais que enalteçam a importância de cada membro, engendrando características e qualidades para um processo de trabalho mais sólido e pacífico.</p>
<p><b>Viabilidade do Plano - Recursos Críticos</b></p>	<p><b>Cognitivo:</b> Aceitação individual dos ACS em compreender seu lugar no processo de trabalho e como esta falta de comunicação entre seus pares podem afetar negativamente no dia-a-dia profissional.</p> <p><b>Político:</b> Negação de apoio operacional das gestões, quando se trata em voltar à atenção para os funcionários e suas necessidades.</p> <p><b>Financeiro:</b> Contratação de psicólogos, para acompanhar e orientar os profissionais.</p>
<p><b>Controle dos Recursos Críticos - ações estratégicas</b></p>	<p><b>Responsáveis:</b> Psicólogos.</p> <p><b>Motivação:</b> Manutenção de um local de trabalho mais tranquilo, onde as pessoas possam se ajudar, sem o estabelecimento de julgamentos pré-estabelecidos que possam levar o ambiente a ser visto como desestimulante e até mesmo desagradável.</p> <p><b>Ações de estímulos:</b> O contato com psicólogos, para desenvolver o estímulo do trabalho em equipe e de sua importância dentro do contexto da Estratégia de Saúde da Família.</p>
<p><b>Acompanhamento do Plano: responsáveis e prazos</b></p>	<p><b>Elaboração do Plano Operativo:</b> Psicólogos e Gerência.</p> <p><b>Responsáveis pelas Ações:</b> Psicólogos.</p> <p><b>Prazos de Realizações:</b> Encontros semanais para o desenvolvimento de terapias grupais.</p>
<p><b>Gestão do Plano: monitoramento e avaliação das ações</b></p>	<p>O planejamento deverá ser realizado através de reuniões mensais, entre a gerência, o responsável pelo projeto e os profissionais executantes dos atendimentos, através de planilhas e relatórios individuais, ademais, realizar uma pesquisa de satisfação com os ACS envolvidos.</p>

Quadro 06 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “**nó crítico 03**” relacionado ao problema “**Sobrecarga de trabalho e seus rebatimentos na atuação profissional do Agente Comunitário de Saúde**”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carla Nogueira, do município de Maceió, estado de Alagoas:

<b>Nó crítico</b>	<b>Baixo Desempenho Profissional</b>
<b>Operação</b>	A operacionalização da atividade proposta busca estabelecer estratégias que minimizem o baixo desempenho das equipes, registrados através dos números inseridos na plataforma E-sus e, empiricamente, na procura dos indivíduos pelos serviços ofertados pela unidade de saúde.
<b>Projeto</b>	<b>PIRÂMIDE MOTIVACIONAL: DO TÉDIO AO SUCESSO</b>
<b>Resultados esperados</b>	Melhorar o nível de produtividade dos agentes comunitários de saúde, através de uma interdependência da gestão central que seja capaz de ativar estruturas proativas, validadas tanto pelos usuários quanto pelos profissionais do sistema de saúde.
<b>Produtos Esperados</b>	Estabelecimento de engajamento e motivação da equipe na intencionalidade de manter o alto nível do serviço prestado.
<b>Recursos Necessários</b>	<p><b>Cognitivo:</b> Estruturação de uma liderança inspiradora, que seja capaz de motivar sua equipe através de ações e planos que busquem motivar e inspirar os demais membros.</p> <p><b>Financeiro:</b> Consolidação de parcerias com instituições privadas para captação de profissionais da área de coaching motivacional e psicologia para os gerentes das unidades como forma de melhorar o ambiente de trabalho e desenvolver o potencial dos demais funcionários.</p> <p><b>Político:</b> Manutenção dos processos eficazes de trabalho, na intencionalidade de garantir resultados sempre positivos para a população adstrita.</p>
<b>Viabilidade do Plano - Recursos Críticos</b>	<p><b>Cognitivo:</b> Referenciar a importância da motivação para combater os altos índices de desestímulo e/ou desinteresses capazes de prejudicar a produtividade.</p> <p><b>Político:</b> Capacidade de desenvolver um processo de descentralização das competências que buscam minimizar os impactos negativos de uma suposta má conduta.</p> <p><b>Financeiro:</b> Contratação de equipe especializada em consultorias diversas, capazes ensinar processos de otimização do ambiente de trabalho.</p>
<b>Controle dos Recursos Críticos - ações estratégicas</b>	<p><b>Responsáveis:</b> Coordenadores dos Distritos em Saúde</p> <p><b>Motivação:</b> As equipes devem estar preparadas para prestarem serviços de forma proativa e preventiva, evitando que os usuários do sistema de</p>

	<p>saúde acabem sofrendo com problemas e interrupções que poderiam ser evitáveis.</p> <p><b>Ações de Estímulos:</b> Criação de lideranças inspiradoras, reconhecimento e recompensas, medição da produtividade semanal, integração da equipe e o fornecimento de feedback.</p>
<b>Acompanhamento do Plano: responsáveis e prazos</b>	<p><b>Elaboração do Plano Operativo:</b> É de responsabilidade dos Coordenadores de Distritos em Saúde, com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p><b>Responsáveis Pelas Ações:</b> Coachings, Psicólogos, Profissionais de Gestão em Saúde e Recursos Humanos.</p> <p><b>Prazos de Realizações:</b> Cursos com cerca de 30h, que devem ser atualizados a cada 06 meses.</p>
<b>Gestão do Plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	<p>A Gerência dos distritos devem ser reunir com a empresa contratada após o término dos encontros, visando a avaliação e controle de tempo para os encontros de atualização.</p>

Quadro 07 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “**nó crítico 03**” relacionado ao problema “**Sobrecarga de trabalho e seus rebatimentos na atuação profissional do Agente Comunitário de Saúde**”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Carla Nogueira, do município de Maceió, estado de Alagoas:

<b>Nó crítico</b>	<b>Ausência de Educação Permanente em Saúde para os ACS</b>
<b>Operação</b>	A prática de Educação Permanente busca suprimir as ultrapassadas formas verticalizadas de aprendizagem dos profissionais. O formato ultrapassado, contém conotação estritamente reprodutiva de uma prática obsoleta, com ações de cunho repetitivo e enfadonho.
<b>Projeto</b>	<b>FAZENDO E REFAZENDO CAMINHOS: EDUCANDO PARA SARAR</b>
<b>Resultados esperados</b>	A proposta de Educação Permanente deve assumir dimensões metodológicas, estratégicas e organizacionais, que desenvolva uma concepção coletivamente crítica, onde os trabalhadores atuem de forma articulada pressupondo um novo modelo de gestão capaz de viabilizar um diagnóstico local que permita o planejamento e a execução de ações mais eficazes, baseado na participação social.
<b>Produtos Esperados</b>	A resolução dos problemas reais através de estudos e discussões em grupo a partir de processos auto avaliativos na intencionalidade de resolubilidade para os problemas locais.
<b>Recursos Necessários</b>	<b>Cognitivo:</b> A utilização da educação permanente atrelado a novas tecnologias, na intencionalidade de desenvolver o trabalho de acordo com as reais necessidades da população atendida.

	<p><b>Financeiro:</b> Estruturação de uma equipe multidisciplinar para a realização das atividades, composto por psicólogos, assistentes sociais, administradores, médicos especialistas, etc.</p> <p><b>Político:</b> Possibilidade de aperfeiçoamento profissional, na perspectiva de uma atuação profissional direcionada e coerente com as necessidades reais da comunidade.</p>
<b>Viabilidade do Plano - Recursos Críticos</b>	<p><b>Cognitivo:</b> Qualificar os profissionais de acordo com o loco de atuação de cada equipe, buscando uma troca de conhecimento que desconstrua barreiras que ainda são visíveis nas unidades de atendimento – entre profissional e usuário.</p> <p><b>Político:</b> Apoio operacional das gestões, no plano generalista de atuar em ações que realmente atendam as fragilidades da população.</p> <p><b>Financeiro:</b> Contratação de equipe multidisciplinar para atuar de forma fixa nas unidades de saúde, com a intenção de não protelar problemas de baixa resolução.</p>
<b>Controle dos Recursos Críticos - ações estratégicas</b>	<p><b>Responsáveis:</b> Equipe Gestora das Secretarias de Saúde Municipal – tendo como responsáveis técnicas, os coordenadores de distritos de saúde.</p> <p><b>Motivação:</b> Conhecer a população atendida pela unidade de saúde e suas prioridades.</p> <p><b>Ações de Estímulos:</b> Realização de cursos de maior duração, realização de visitas técnicas, participação em eventos e projetos que visem a inclusão dos profissionais em: pesquisas, graduações, especializações, mestrados, etc.</p>
<b>Acompanhamento do Plano: responsáveis e prazos</b>	<p><b>Elaboração do Plano Operativo:</b> É de responsabilidade dos Coordenadores de Distritos em Saúde, com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p><b>Responsáveis pelas Ações:</b> A depender, ficará a cargo dos Gerentes das Unidades de Saúde.</p> <p><b>Prazos de Realizações:</b> Ações trimestrais</p>
<b>Gestão do Plano: monitoramento e avaliação das ações</b>	<p>Sob a responsabilidade do gerente da unidade, reuniões trimestrais devem acontecer em conjunto dos demais membros da equipe para apresentação dos resultados obtidos a partir dos encontros.</p>

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise do objeto, percebe-se que o reflexo de más condutas de gestões em saúde se materializa em ações de saúde pública ineficazes, desde a falta de manutenção dos espaços e equipamentos, passando pela escassez de insumos, mas principalmente, no descompromisso com aqueles que prestam os serviços na linha de frente. Os ACS necessitam de uma estrutura capaz de atender as suas necessidades, pois, são profissionais que lidam diariamente com a pressão de suas profissões em um contexto de disfuncionalidade social, lidando com outras vidas, e, por isso, carregam um peso particular no seu fazer profissional.

Aos ACS, essa pressão se configura de forma ainda mais intensa, levando em conta, a responsabilidade sob o acompanhamento familiar e seus rebatimentos para a sociedade. A ESF, por ser um importante instrumento de ligação entre população e Estado, traz arraigado em si uma responsabilização sob a população adstrita ainda mais relevante, pois sua caracterização está no “*levar*” o cuidado, a prevenção e a educação em saúde para uma parcela populacional, geralmente empobrecida e a margem da sociedade. E é nesse contexto de responsabilização e inseguranças que o ACS atua diariamente, com diversas inquietudes, processos burocratizantes e sobrecargas de trabalho atrelado ao descaso do Estado personificado na figura do profissional, que está de linha de frente, desta forma, o projeto busca atingir resultados que atenuem essa fragilidade, na garantia certa de cooptação entre fazer profissional eficaz e atendimento das reais necessidades das áreas adstritas.

Desde o início do ano de 2020, quando trabalhadores de saúde do mundo inteiro iniciaram uma luta – ainda sem fim – contra o COVID-19, esses aspectos se acentuaram ainda mais, em um momento de extrema delicadeza, onde, nem mesmo os grandes cientistas sabiam como lidar com a doença em ascensão, os ACS tiveram que continuar mais veementemente seus trabalhos de educação e cuidados em saúde, fazer com que, uma população carente, muitas vezes sem acesso as condições mínimas de higiene, entendesse a importância de lavar sempre as mãos, usar máscaras, álcool em gel, não aglomerar nas ruas, evitar levar as mãos sujas aos olhos, nariz e boca e/ou limpar tudo que fosse entrar na casa, continua sendo tarefa árdua, isso tudo atrelado ao trabalho externo e desprotegido, tornando esse profissional mais propenso a ser infectado pelo vírus, levando em conta, que a vacinação só começou a ser aplicada cerca de um ano após o início do adoecimento da população brasileira, ou seja, em janeiro de 2021, isso sem contar, com os EPI’s que chegam em quantidades insuficientes, a ausência de controle de infecção e/ou retornos financeiros insuficientes.

Correlacionando todos esses fatores supracitados é de extrema necessidade a operacionalização de uma ação de acompanhamento e atendimento voltada para a saúde dos ACS (em todos os aspectos), na perspectiva de *Cuidar de quem Cuida*, não podemos pensar as relações como processos produtivos. Pessoas não são mercadorias para serem trocadas quando passam a não atenderem as expectativas para a qual foram postas, precisamos desconstruir as características perversas do modo de produção capitalista, que visa desestabilizar, segregar e até mesmo fazer ascender um processo de competitividade capaz de criar indivíduos insensíveis e ambientes de trabalhos inacessíveis, até mesmo para a população.

Infelizmente, os gestores públicos brasileiros se mostram despreparados e descompromissados com os problemas em saúde do Brasil, de maneira muito generalista, o que se percebe, é um descaso com a saúde pública brasileira ao longo dos anos, a maior prova disso se materializa no colapso que ocorre durante a pandemia do COVID-19 com a ausência de leitos, UTI's, respiradores, Epi's. O SUS, em sua essência é um sistema que deveria estar preparado para atender todas as demandas populacionais e profissionais, contudo, sofre com os rebatimentos das gestões ineficientes e corruptas.

A totalidade do plano, deve se efetivar dentro do próprio sistema de saúde pública, pois, nas condições propostas, as ações estão correlacionadas *in loco*, dentro do próprio sistema, abarcando profissionais da área de saúde, como médicos especialistas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, etc. A parceria com outras instituições públicas e privadas (a exemplo, o Sistema S) é de grande valia, porque trará para a proposta momentos que versam sobre planejamento estratégico, marketing, tecnologias, dentre outros. A construção de um prédio de apoio que centralizasse as ações se torna importante para os encontros individualizados, contudo, as equipes multidisciplinares devem percorrer as USF para os encontros e atividades grupais, sempre na perspectiva de manutenção dos elos para o trabalho em equipe.

Os trabalhos desenvolvidos pela equipe de cuidado aos ACS, refletirá tanto no fazer profissional dos agentes, através de números de atendimentos muito mais expressivos para a APS, como para a população adstrita, que sentirá nas ações desenvolvidas a efetivação de uma prática que deveria ser corriqueira – o acompanhamento da população adstrita pela equipe de saúde –, mas infelizmente, não acontece. Não podemos manter a naturalização do hábito, de uma parcela dos profissionais, que não executam suas atividades como devem – por diversos fatores –.

O acompanhamento familiar, as visitas domiciliares, a educação em saúde são pilares de extrema importância para a estruturação sólida de práticas efetivas. O plano se direciona, na intenção de buscar resultados positivos para problemas reais, na perspectiva de condicionar as diversas ações propostas, de forma permanente para os ACS, na construção de um fazer profissional coletivo capaz de abarcar, a partir do ACS, toda a equipe de saúde, cada um cumprindo seu papel com satisfação e responsabilidade.

A conclusão se produzirá sob efeito de dados, e estando o ACS apto para desenvolver sua função, e isto, somente será possível através de um arcabouço de ações que o definam em sua totalidade, por via de um *planejamento estratégico eficaz, de práticas que visem combater o desestímulo e o bloqueio profissional, ações que visem dirimir o baixo desempenho dos ACS, cuidados com a saúde do trabalhador e a conexão com a EPS* se chegará a gênese de problemas totalmente resolvíveis e altamente positivo para a população adstrita, através de maiores coberturas de acompanhamento familiar, maiores índices de atendimento, melhores resultados de educação em saúde, menores índices de doenças preveníveis, maior cobertura vacinal, dentre outros, tudo isso a partir de processos de trabalhos eficazes por meio de ACS habilitados e capacitados para o desenvolvimento de suas funções.

## REFERENCIAS

ALTOÉ, A. **Impactos do absenteísmo e do presenteísmo no trabalho docente**. Belo Horizonte. Disponível em: [http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Educacao\\_AltoeA\\_1.pdf](http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Educacao_AltoeA_1.pdf), 2010. Acesso: 12 de Abr. de 2021.

ANTUNES, R. Trabalho e Precarização numa Ordem Neoliberal. *In*: ANTUNES, Ricardo. **La Ciudadania Negada. Políticas de Exclusión en la Educación y el Trabajo**. Buenos Aires, CA, CLACSO, 2000. p. 35 – 48.

BARALHAS, M.; PEREIRA, M. A. O. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. vol. 66, nº 03, Mai/Jun 2013. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000300009&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000300009&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em 03. Ago. 2020.

BENEDITO BENTES, JACINTINHO E CLIMA SÃO BAIROS COM MAIS MORTES POR COVID-19 EM MACEIÓ. **G1 Alagoas**, Maceió, 25 Jun. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/2020/06/25/benedito-bentes-jacintinho-e-clima-bom-sao-bairros-com-mais-mortes-por-covid-19-em-maceio.ghtml>. Acesso em: 31. Jul. 2020.

BIZERRA, S. F. S. et. al. **Presenteísmo e seus Impactos: um estudo de caso em uma concessionária de energia elétrica brasileira**. **Rev. Gestão Organizacional**. Chapecó, SC. vol. 14, nº 01, Jan/Abr. 2019. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/334615533>. Acesso em 24. Abr. 2020.

BRASIL. Comitê Científico Núcleo Ciência pela Infância. Núcleo Ciência pela Saúde: **Impactos da Estratégia Saúde da Família e Desafios para o Desenvolvimento Infantil: estudo 05**. São Paulo, SP. Disponível em: [https://ncpi.org.br/wp-content/uploads/2019/12/AF\\_NCPI-WP\\_n5\\_2019\\_online\\_v2.pdf](https://ncpi.org.br/wp-content/uploads/2019/12/AF_NCPI-WP_n5_2019_online_v2.pdf). Acesso em: 20 Abr. 2021.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988; Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/governo/2010/01/constituicao>. Acesso em: 01. Ago. 2020.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 11.350 de 05 de Outubro de 2006**. Brasília, DF. 2021. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm#art21](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm#art21). Acesso em: 23. Abr. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ações e Programas. **Estratégia de Saúde da Família**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia>. Acesso em: 31 Jul. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.htm). Acesso em: 24.Abr.2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde Mental: **Síndrome de Burnout**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/sindrome-de-burnout> Acesso em: 31 Jul. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **O que é Atenção Primária?** Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 24. Abr. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.** Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pics>. Acesso em: 24. Abr. 2021.

COBAITO, F.C. Planejamento Estratégico Situacional: Um Estudo Bibliométrico em Bases de Dados Nacionais entre 2013 e 2018. **RIGS**, v. 8, n.1, p. 101-115, Jan. 2019.

CORREA, E. J., VASCONCELOS, M., SOUZA, M.S.L. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso.** Belo Horizonte: NESCON, UFMG, 2018.

Conheça as principais doenças ocupacionais e suas causas. **Grupomed Brasil**, Rio de Janeiro, 24 Jan. 2020. Disponível em: <https://www.grupomedbrasil.com.br/2020/01/24/conheca-as-principais-doencas-ocupacionais-e-suas-causas/>. Acesso em: 23. Abr. 2020.

CUIDANDO DE QUEM CUIDA. **Casa do Cuidar**, São Paulo. Disponível em <https://www.casadocuidar.org.br/projetos/cuidando-de-quem-cuida/>. Acesso em: 05 Abr. 2020.

FERRAZ, F.; HECKSHER, S.; CARVALHO, E. **Presenteísmo: as perdas diárias e silenciosas**, Rio de Janeiro, RJ. 2016. Disponível em: [https://www.inovarse.org/sites/default/files/T16\\_188.pdf](https://www.inovarse.org/sites/default/files/T16_188.pdf) Acesso em: 21 de Abr. de 2021.

FRANCISCHINI, A.C.; MOURA, S. D. R. P.; CHINELLATO, M. A Importância do Trabalho em Equipe no Programa Saúde da Família. **Investigação**, São Paulo. vol. 08, nº 1-3, p. 25-32, Jan/Dez 2008. Disponível em: <file:///C:/Users/CLIENTE/Desktop/Downloads/62-41-1-PB.pdf>. Acesso em 05. Ago. 2020.

GOMES, J. S. **Habitação, Desorganização Social e Violência: situação e perspectiva no bairro Benedito Bentes, Maceió-Al.** 2018. 165f. Dissertação (Mestrado em Sociologia), Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2018. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/bitstream/riufal/3033/3/Habita%C3%A7%C3%A3o%20desorganiza%C3%A7%C3%A3o%20social%20e%20viol%C3%Aancia%3A%20situa%C3%A7%C3%A3o%20e%20perspectiva%20no%20bairro%20Benedito%20Bentes%2C%20Macei%C3%B3-AL.pdf>. Acesso em 31. Jul. 2020.

HALF, R. **Absenteísmo no trabalho: tudo que você precisa saber sobre o assunto.** Robert Half Blog, São Paulo, 21 Ago. 2019. Disponível em: <https://www.roberthalf.com.br/blog/dicas/absenteismo-no-trabalho-tudo-que-voce-precisa-saber-sobre-o-assunto-rc> . Acesso em: 26. Abr. 2021.

INDICAÇÃO QUE AMPLIA O HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE É APROVADA NA CÂMARA DE MACEIÓ. **Jornal das Alagoas**, Maceió, 09 Abr. 2020. Disponível em: <https://www.jornaldasalagoas.com.br/2020/04/09/indicacao-que-amplia-o-horario-de-funcionamento-das-unidades-de-saude-e-aprovado-na-camara-de-maceio/>. Acesso em: 31 Jul. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Conheça as cidades e Estados do Brasil: Maceió** – história e fotos. Brasília, DF, 2018 - 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/maceio/historico>. Acesso em: 31 Jul. 2020.

\_\_\_\_\_. **Conheça as cidades e Estados do Brasil: Maceió** – panorama. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/maceio/panorama>. Acesso em: 31 Jul. 2020.

LIDA, I. Planejamento Estratégico Situacional. **Revista PES**, v. 3, n. 2, p. 113-125, abr. 2013.

MOTTA, L. C. S.; BATISTA, R. S. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Rev. Bras. Educ. Med.** Rio de Janeiro. vol. 39, nº 02 Abr/Jun 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022015000200196&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022015000200196&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em 05. Ago. 2020.

OLIVEIRA, N. R.C. Redes de Atenção à Saúde: saúde organizada em redes, CDU 614.2, UFMA, São Luís, MA, UNASUS, 2015;

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ. Secretaria Municipal de Educação. **Maceió reduz analfabetismo, revela pesquisa**. Disponível em: <http://www.maceio.al.gov.br/2016/08/maceio-reduz-analfabetismo-revela-pesquisa/>. Acesso em: 31 Jul. 2020.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Educação. **Plano Municipal de Educação, 2010 – 2020**. Disponível em: <http://www.maceio.al.gov.br/wpcontent/uploads/admin/documento/2015/06/PMEMACEIO.pdf>. Acesso em 31. Jul. 2020.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde, 2018 – 2021**. Disponível em: <http://www.maceio.al.gov.br/wp-content/uploads/2018/10/pdf/2018/10/PLANO-MUNICIPAL-ATUALIZADO-EM-18-09-20181.pdf>. Acesso em 31. Jul. 2020.

SANTANA, L. L.; SARQUIS, L. M. M.; MIRANDA, F. M. A. **Riscos psicossociais e a saúde dos trabalhadores de saúde: reflexões sobre a Reforma Trabalhista Brasileira**. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. vol. 73, nº 01, Jul 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672020001300400&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt#B1](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001300400&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt#B1). Acesso em 24. Abr. 2021.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas educativas e tecnologias em saúde**. Belo Horizonte: NESCON – UFMG, 2018, p. 10 – 22.