UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

DANIELA CRISTINA SEABRA

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
NA VISÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

RIBEIRÃO PRETO

2006

DANIELA CRISTINA SEABRA

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
NA VISÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Dissertação a ser apresentada ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Duarte de Carvalho.

RIBEIRÃO PRETO

2006

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

SEABRA, D. C.

O agente comunitário de saúde na visão da equipe multiprofissional.

133 p. : il. ; 30cm

Dissertação (Mestrado) a ser apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP – Área de Concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: CARVALHO, A. C. D.

1. saúde da família. 2. agente comunitário de saúde. 3. trabalho em equipe.

FOLHA DE APROVAÇÃO

SEABRA, Daniela C.

O Agente Comunitário de Saúde na Visão da Equipe Multiprofissional

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde da Comunidade.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. Antonio Carlos Duarte de Carvalho

Instituição: FMRP-USP Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Aldaísa Cassanho Foster

Instituição: FMRP-USP Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Silvia Matumoto

Instituição: UNAERP-RP Assinatura: _____

Dedicatória

Aos meus pais, Maria Elisa e Marco Antonio, pelo sacrifício realizado em meu benefício. Obrigada por todo o amor, pelos seus ensinamentos e dedicação com que se empenharam para que eu alcançasse meus objetivos.

À minha tia Maria Luiza, por me sinalizar sempre o caminho quando me sinto perdida. Não existem palavras para expressar o meu agradecimento.
Obrigada por tudo!

Agradecimentos

A **Deus**, por tudo que me proporciona todos os dias.

Aos meus **mentores espirituais**, por me darem forças e iluminarem o meu caminho, quando parece não haver saída.

Ao meu orientador, **Prof. Dr. Antonio Carlos**, pela análise criteriosa, correções, sugestões e paciência durante o meu curso de pós-graduação.

À **Prof^a. Aldaísa**, que me acompanhou desde o exame de qualificação, cujos conselhos e sabedoria me auxiliaram a tornar mais consistente esta dissertação.

À **Prof^a. Silvia Matumoto**, pela disponibilidade em participar da banca examinadora.

Às **Professoras Maria do Carmo e Maria das Graças**, pelas sugestões durante a etapa de qualificação.

Ao **Prof. Amaury**, por ter aberto os caminhos para que eu conhecesse o funcionamento do PSF.

À **Prof^a. Maria José Bistafa**, pelas sugestões de inestimável valia.

Aos **Professores do Departamento de Medicina Social**, pelos ensinamentos transmitidos.

Às secretárias do Departamento de Medicina Social (**Carol, Mônica e Regina**), pela atenção em todos os momentos.

À **Solange**, bibliotecária do Departamento de Medicina Social, pela gentileza e cordialidade com que sempre me atendeu.

A **todos os colegas do programa** com quem convivi e troquei idéias e experiências.

Ao amigo **Sidney**, com quem mais convivi no mestrado. Que Deus sempre esteja do seu lado no caminho das grandes conquistas!

Aos **profissionais dos Núcleos de Saúde da Família**, pela sua disponibilidade em participar desta pesquisa. Muito Obrigada!

Aos **agentes comunitários de saúde**, que me inspiraram na realização desta pesquisa. Vocês são especiais!

Às pessoas que me apoiaram tecnicamente, como a **Solange**, **Alessandra**, **Dri e Miguel**, na formatação, a **Milena**, na montagem dos *slides*, o **Sidneco**, na tradução do resumo, e o **Prof. Helio**, na revisão deste trabalho.

À minha "**grande família**", em especial àqueles que compartilharam das dificuldades superadas nesta etapa da minha vida. Obrigada pelo carinho e incentivo!

Ao meu irmão, **Adriano**, por ser como é! Obrigada pelo apoio e companheirismo que sempre compartilhamos.

À pequena, mas grande amiga **Milena Saavedra**, pelo companheirismo sincero e apoio nas horas mais difíceis. Obrigada por estar sempre pronta a me ajudar. Sua amizade é muito preciosa!

Às amigas **Áurea**, **Fá**, **Elaine**, **Vanessa**, **Lú e Livia** pela amizade e carinho que sempre dispensaram a mim.

Ao meu "irmão postiço", **William**, e à amiga **Conceição**, pelo inestimável apoio.

Aos demais amigos e colegas, obrigada pelo apoio, compreensão, descontração, carinho e amizade.

Ao **André Vieira de Almeida**, pelo esforço dedicado ao meu crescimento pessoal e que tantas vezes compartilhou e sentiu o meu cansaço e preocupação. Obrigada pela força!

Ao **Prof. Wilson Roberto Malfará**, por ter me concedido a oportunidade para lecionar e que me fez descobrir um lado meu que não conhecia. Obrigada pela confiança!

Aos amigos do Colégio Brasil, em especial: **Tiagão, Edê, Giba, Marta e Mi**, que foram para mim exemplos de coragem, determinação e solidariedade.

A todos os **meus alunos dos cursos técnicos do Colégio Brasil**, por terem me ensinado a ser professora e me motivado a aprimorar os meus estudos através desse curso de mestrado. Que Deus os abençoe!

A Verdade

A porta da verdade estava aberta,
mas só deixava passar
meia pessoa de cada vez.

Assim não era possível atingir toda a verdade,
porque a meia pessoa que entrava
só trazia o perfil de meia verdade.
E sua segunda metade
voltava igualmente com o mesmo perfil.
E os meios perfis não coincidiam.

Arrebentaram a porta. Derrubaram a porta.
Chegaram ao lugar luminoso
onde a verdade esplendia seus fogos.
Era dividida em metades
diferentes uma da outra.

Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.
Nenhuma das duas era totalmente bela.
E carecia optar. Cada um optou conforme
seu capricho, sua ilusão, sua miopia.

Autor: Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

SEABRA, D. C. **O Agente Comunitário de Saúde na Visão da Equipe Multiprofissional**, 133 p., 2006. Dissertação (Mestrado) a ser apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2006.

Este estudo foi realizado em cinco Unidades de Saúde da Família (USFs), denominados Núcleos de Saúde da Família (NSFs), pertencentes ao Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CSE-FMRP-USP). Procuramos compreender como os profissionais das equipes de saúde da família percebem o papel do agente comunitário de saúde (ACS). Trata-se de pesquisa qualitativa. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas, realizadas com todos os médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem que já trabalhavam nos NSFs por mais de dois anos. Identificamos unidades temáticas pela análise de conteúdo. Os resultados evidenciam diversos posicionamentos sobre o papel do ACS na equipe. A maioria dos profissionais vê o ACS como um ator que pode facilitar as relações entre a equipe e a comunidade, servindo de elo entre esses dois universos. Para outros, entretanto, o fato de o ACS atuar na mesma comunidade em que mora pode gerar situações que, em vez de facilitarem o trabalho da equipe, podem criar mais problemas. Os profissionais também revelaram algumas vivências nos NSFs, traduzidas como “dificuldades”, que devem ser revistas para o sucesso do Programa Saúde da Família (PSF). Constatamos ainda que o ACS é um importante profissional na equipe, mas que sozinho não opera mudanças, sendo fundamental o comprometimento de todos os profissionais do PSF, para que as atividades sejam desenvolvidas, o que requer uma mudança de comportamento, que representa um desafio a ser superado.

Palavras-chave: saúde da família; agente comunitário de saúde; trabalho em equipe.

ABSTRACT

SEABRA, D. C. **The community health agent in the vision of the multiprofessional team.** 2006. 133 pages. Master Degree paper. University of São Paulo-Ribeirão Preto School of Medicine.

This study was conducted within the five Family Health units, called Family Health Nucleus, from Health School Center of the University of São Paulo-Ribeirão Preto School of Medicine. We tried to figure out how members of family health teams perceived the role of the community's health agent within their teams. This is a qualitative research. The data were collected through half-structuralized interviews with all doctors, nurses, and nursing assistants who had worked at the studied units for more than two years. We identified the units by "themes" through a content analysis. Results highlighted several different views about the agent's role within the team. Most professionals see the agent as an "actor" who could make relationships between the professional team and the community easier, thus serving as a link between these two distinct universes. However, others think that, the fact that the agents live in the same community where they work might create situations that, instead of easing the team's job, could mean an additional problem.

Professionals also reported experiences on the workplace (which we translated as "difficulties") that should be reviewed for the success of the Family Health Program. Through this study we could understand the agents were important within the Program, but they will not promote changes alone, unless all the professionals involved were committed to the success of the activities comprising the Program, which requires behavior changes, a challenge to be overcome.

Keywords: Family Health, Community Health Agent; Team Work.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AISs	Ações Integradas em Saúde
BIIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
Cefors	Centros Formadores de Pessoal para a Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CSE	Centro de Saúde Escola
DIR	Direção Regional da Saúde
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESFs	Equipes de Saúde da Família
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HC	Hospital das Clínicas
IAPs	Instituto de Aposentadoria e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas de Assistência à Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas de Saúde
NSFs	Núcleos de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programas de Agentes Comunitários de Saúde
Proesf	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
RP	Ribeirão Preto
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SP	São Paulo
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais

UBDS	Unidades Básicas Distritais de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USFs	Unidades de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 Uma mudança de paradigma.....	16
1.2 Um pouco da história da saúde pública brasileira.....	18
1.3 O Sistema Único de Saúde (SUS).....	23
1.4 Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS).....	25
1.5 A Estratégia Saúde da Família.....	27
1.6 O Papel do Agente Comunitário de Saúde nas Unidades de Saúde da Família.....	31
1.7 A apresentação do tema.....	32
 2. OBJETIVOS.....	 35
3. METODOLOGIA.....	37
3.1 O referencial metodológico.....	38
3.2 O contexto do estudo.....	40
3.3 O campo do estudo.....	42
3.3.1 O CSE-FMRP-USP.....	42
3.3.2 Os Núcleos de Saúde da Família.....	43
3.4 Os participantes.....	44
3.5 A obtenção dos dados.....	45
3.6 A análise dos dados.....	46
 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	 47
4.1 O trabalho de campo.....	48
4.2 A caracterização dos profissionais de saúde estudados.....	48
4.3 O trabalho nos Núcleos de Saúde da Família.....	56
4.4 O trabalho em equipe.....	67
4.5 A importância da supervisão externa.....	73
4.6 O agente comunitário de saúde na visão dos profissionais.....	77

4.6.1. Os profissionais de enfermagem na condição de supervisores dos Agentes Comunitários de Saúde.....	89
4.6.2. O Agente Comunitário de Saúde como morador da comunidade e usuário do serviço.....	91
4.7 A capacitação do agente comunitário de saúde.....	103
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	116
ANEXOS.....	128

1 INTRODUÇÃO

1.1 Uma mudança de paradigma

Historicamente, a saúde da família tem sido objeto de atenção da Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1963, quando essa organização publicou o Informe Técnico nº 257, em que consta a preocupação com a especialização médica e com os elevados custos da medicina, contrapondo-se à queda da qualidade da relação médico-paciente (VASCONCELOS, 1999).

Na década de 1970, a crise nos sistemas de saúde desencadeou o surgimento de novas concepções sobre o processo de saúde-doença, que representaram uma tentativa de minimizar os efeitos da tendência à hospitalização e às fragmentações do ser humano causadas pela crescente especialização médica (VASCONCELOS, 1999).

Assim, o Informe Lalonde (1974) é um marco inicial na área da promoção da saúde, pois propõe o conceito de campo da saúde, segundo o qual esta é determinada por vários fatores, agrupados em quatro áreas principais: estilo de vida; ambiente; biologia humana; organização dos serviços de saúde.

Em 1978, realizou-se em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, organizada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) (OMS, 1979).

Essa conferência definiu como meta “saúde para todos no ano 2000”, por meio da priorização da atenção primária em saúde, trazendo em suas bases a participação da comunidade (OMS, 1979).

O relatório final da conferência estabeleceu que os cuidados primários em saúde seriam o principal meio para obter um nível aceitável de saúde para todas as populações do mundo (BRASIL, 2001). Portanto, os cuidados primários em saúde:

Baseiam-se nos níveis locais, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e

agentes comunitários, conforme seja aplicável, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade (BRASIL, 2001, p. 16).

Os agentes comunitários de saúde (ACS) foram incluídos na declaração de Alma-Ata, quando foram elaboradas as ações e as competências que compõem os cuidados primários em saúde, como primeiro nível de organização dos sistemas de saúde, e preconizados os vínculos entre a comunidade/família e os usuários (BRASIL, 2001).

A conferência de Alma-Ata desdobrou-se na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Só com a Carta de Ottawa, em 1986, é que o conceito de promoção da saúde passou a ser definido como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (OMS, 1986, p. 1).

Dessa forma, a saúde, ao deixar de ser centrada na biologia, amplia a forma de pensar sobre as possíveis intervenções em seus problemas. Foi com base nessa concepção ampliada do binômio de saúde-doença que a OMS e organizações internacionais, como a Fundação Kellogg, difundiram em toda a América Latina, por meio de seminários, publicações e assessorias, os benefícios que as políticas de saúde pautadas em saúde da família poderiam proporcionar à população (VASCONCELOS, 1999).

No final da década de 1970, o contexto na América Latina era propício para a difusão dessas idéias pela via da questão epidemiológica – piores indicadores, sobretudo a mortalidade infantil – e do debate provocado pela conferência de Alma-Ata, levando os países a rever suas práticas de saúde e a criar uma estratégia política de atenção primária em saúde, definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, por meio aceitáveis por eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar, em cada estágio de seu

desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade (OMS, 1979, p. 14-16).

Nesse sentido, os processos da reforma sanitária optaram pela reorganização da assistência à saúde, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, priorizando a atenção primária em saúde, com o objetivo de atingir a meta de “saúde para todos no ano 2000” (OMS, 1979).

A atenção primária (ou cuidados primários ou, ainda, cuidados básicos) em saúde compõe-se de algumas atividades ou ações básicas em saúde, tais como: educação em saúde; distribuição de alimentos e nutrição adequada; saneamento ambiental; programas de saúde materno-infantil; prevenção de doenças endêmicas; tratamento adequado de doenças e de agravos comuns; fornecimento de medicamentos essenciais. Ressaltaram-se também as questões da relação entre os setores, a equidade e a participação individual e comunitária (OMS, 1979).

No Brasil, muitos esforços foram feitos para que a direção indicada pela OMS fosse seguida.

1.2 Um pouco da história da saúde pública brasileira

Para melhor apreender os modelos de organização de serviços de saúde no Brasil, o resgate histórico é necessário para conhecer o contexto político, econômico e social em que esses modelos estavam inseridos e as concepções sobre saúde e doença de cada período.

No Brasil, a saúde pública vai se constituindo em política nacional de saúde a partir do início do século XX, em consequência da sistematização

das práticas sanitárias que emergiam do contexto sociopolítico, na configuração do capitalismo brasileiro (NUNES, 2000).

Para Vasconcelos (1999), a saúde pública surgiu como um saber específico, voltado às relações interpessoais, à vida familiar privada e à ocupação do espaço público nas cidades. Assim, de acordo com a época, o funcionamento das cidades e seus habitantes, vai se definindo a organização do trabalho da saúde pública, surgindo a necessidade de compreender a vida comunitária, seus costumes, formas de sociabilidade e diversidade dos modos de vida, conformando-se, dessa maneira, suas formas de assistência e de proteção.

Segundo Mendes (1996), a concepção sobre saúde e doença tem evoluído consideravelmente, de maior vinculação com as doenças e a morte, ou seja, com aproximações negativas, até concepções mais vinculadas à qualidade de vida das populações, isto é, com aproximações positivas.

Para Buss (1995), a forma de organização dos serviços de saúde no Brasil reflete as transformações econômicas, sociais, culturais e políticas, as quais correspondem muito mais à lógica da acumulação do capital no setor da saúde do que às reais necessidades da população.

No início do século passado, o modelo de desenvolvimento econômico adotado pelo Brasil baseava-se na agricultura, cujo principal produto de exportação era o café.

Nesse período, o Brasil sofria os efeitos de grandes epidemias de febre amarela, de varíola, de tuberculose e de malária, entre outras, que interferiam nas relações comerciais com outros países e na imigração de mão-de-obra para a agricultura.

A preocupação com a assistência à saúde voltava-se para o controle dessas epidemias, com o objetivo de criar condições básicas de exportação e de importação de produtos e de assegurar a imigração. Esse modelo de assistência ficou conhecido como “campanhista”, caracterizado por ações de caráter preventivo e coletivo, como a polícia sanitária, o saneamento de espaços urbanos e de portos e a vacinação em massa.

A expansão do cultivo e do comércio de café possibilitou o crescimento da urbanização, além de promover em parte, com seus excedentes, a expansão do setor industrial e de serviços, surgindo, assim, o operariado brasileiro.

Segundo Foucault (1982), com o desenvolvimento do capitalismo ocorreu a socialização do corpo como força de produção, o qual é investido política e socialmente como força de trabalho.

De acordo com Foucault (1982), na França e na Inglaterra o desenvolvimento da medicina social se fez voltado essencialmente para o controle da saúde da força do trabalho, ou seja, o controle da saúde e dos corpos dos indivíduos das classes mais pobres, para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes ricas.

Em sua obra *Vigiar e Punir*, Foucault (1989) aborda o tema da “sociedade disciplinar”, implantada a partir dos séculos XVII e XVIII, que consiste basicamente num sistema de controle social pela conjugação de várias técnicas de classificação, seleção, vigilância e controle, que se ramificam pelas sociedades, com início numa cadeia hierárquica originada do poder central, e se multiplicam numa rede de poderes interligados.

Assim, tomando como ponto de partida o conceito foucaultiano de sociedade disciplinar, Nunes (2000) afirma que uma das funções atribuídas aos serviços de saúde pública brasileira, no período da urbanização, era a higienização e o disciplinamento das cidades e de seus habitantes, para auxiliar na promoção da ordem e da moral, tendo como consequência a reorganização dos modos de viver nas cidades.

Em 1923, por efeito da Lei Elói Chaves, foram criadas, para os trabalhadores das ferrovias, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que incluíam em seus encargos a assistência médica aos filiados, iniciando-se nova fase da medicina no Brasil. A concessão de assistência médica aos funcionários se dava por contrato e de forma contributiva.

As CAPs foram as precursoras dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que resultariam no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Na década de 1930, o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio unificou as CAPs, que se transformaram nos IAPs, com participação direta do Estado.

Desse modo, a assistência à saúde era direito somente dos trabalhadores participantes dos IAPs e de seus familiares; o restante da população brasileira, quando não contava com recursos financeiros, dependia de assistência particular ou da medicina caritativa.

Até a década de 1960, o sistema de saúde pouco se alterou, consolidando a medicina previdenciária e possibilitando a acumulação crescente de capital no setor, através da ampliação da integração entre o Estado, as empresas de serviços médicos e a indústria de medicamentos.

De 1964 a 1984, o Brasil viveu o período do regime militar. De acordo com Madel Luz (1991, p. 81), durante o chamado milagre brasileiro, de 1968 a 1974, foi implementada uma “estratégia de medicalização social sem precedentes na história do país”. A saúde era vista como um bem de consumo médico, e o governo respondeu com o financiamento de clínicas e de hospitais privados, favorecendo o atendimento massificado, mediante a compra de serviços médicos. O ensino médico, desviado da realidade da saúde da população, voltava-se para as especialidades.

Para Madel Luz (1986), essa política configurou um modelo denominado médico-assistencial-privatista, hegemônico no Brasil até meados da década de 1980, o qual se caracterizava pela centralização do poder no governo federal, pela separação das ações em saúde de caráter curativo e individual das de cunho preventivo e coletivo, pela discriminação da assistência médica, com exclusão dos indivíduos que não estavam no mercado de trabalho, e pela prestação dos serviços de saúde por instituições privadas, mas com financiamento público.

Nessa época, havia três instâncias de prestação de assistência à saúde, que trabalhavam isoladamente: a instância federal, vinculada à Previdência Social, que prestava ações de caráter curativo aos trabalhadores e a seus familiares, através de serviços próprios ou comprados do setor privado; a instância estadual, através das Secretarias da

Saúde, respondia pelo seguimento da saúde pública da parcela da população fora do sistema previdenciário, por não estar formalmente vinculada ao mercado de trabalho; a instância municipal, cuja atuação se limitava aos ambulatórios do tipo pronto-socorro. Pouco se investia então em saúde pública, pois se valorizava a aquisição de tecnologia de ponta, o que tornava a intervenção em saúde altamente especializada, dependente de ações médicas, curativa, individualizada e, portanto, elitista.

O modelo médico-assistencial-privatista baseia-se na teoria ecológica da multicausalidade, segundo a qual os problemas de saúde podem ser explicados pelo nexo entre os fatores com predominância clínica relativos ao indivíduo e a saúde é vista apenas como ausência de doença.

No início da década de 1980, a crise econômica e política do Estado repercutiram no campo da saúde, impulsionando um movimento chamado reforma sanitária, que propunha mudanças do modelo de atenção em saúde que contemplassem a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Para Fleury (1997), a reforma sanitária estava intimamente ligada à democracia, na medida em que havia, em suas propostas, formulações doutrinárias para o encontro de ideais igualitários e a tentativa de transformação das políticas públicas, através da regulamentação e da responsabilização do Estado pela proteção da saúde dos cidadãos.

Em 1982, a crise no setor da saúde desencadeou a crise na Previdência Social, resultando na aprovação de vários projetos de cunho reformista, entre os quais se destacaram as Ações Integradas em Saúde (AIS), que se propunham, na esfera discursiva, a descentralizar a atenção médica e a integrar, regionalizar e hierarquizar as ações e os serviços de saúde, estabelecendo as unidades básicas de saúde como porta de entrada para o sistema.

De acordo com Mendes (1994), de 1983 a 1985 as AIS propiciaram a expansão da cobertura a baixo custo, caracterizando-se como programa de atenção médica justaposto aos programas de saúde pública já em execução pelos estados e pelos municípios.

Em 1986, aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que significou um momento de síntese do amplo debate nacional sobre o conteúdo das propostas da reforma sanitária, visando influir na elaboração de um texto constitucional. As diretrizes emanadas dessa conferência serviram como orientação e base para a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987. O SUDS promoveu a transferência de recursos materiais, humanos e financeiros para os estados e, através destes, para os municípios (BRASIL,1996).

Segundo Mendes (1994), o SUDS representou uma etapa intermediária de organização, visando à descentralização pretendida pela reforma sanitária, mediante a municipalização dos serviços de saúde.

1.3 O Sistema Único de Saúde (SUS)

Com o fim do regime militar em 1985 e com a abertura para a reorganização da União, o governo investiu na formulação de nova Constituição para reger a sociedade. A nova Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, incorporou as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde e define, no art. 196 (Título VII – da Ordem Social, Capítulo II – Da Seguridade Social, Seção II – Da Saúde), 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 proteção e recuperação” (BRASIL, 1997, p. 104).

No art. 198, o SUS é assim definido: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1997, p.105).

Apesar de o SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele foi regulamentado somente em 19 de setembro de 1990, por meio da Lei Orgânica nº 8.080 (BRASIL, 1990), que define o modelo operacional do SUS, propondo sua forma de organização e de funcionamento.

O SUS foi concebido como um conjunto de ações e de serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada pode participar do SUS em caráter complementar.

Foram definidos como princípios doutrinários do SUS:

- ✓ **Universalidade:** todo cidadão deve ter direito à saúde e ao acesso a qualquer tipo de serviço de saúde que necessitar de forma gratuita, e o atendimento deve acontecer em condições iguais para todas as pessoas.
- ✓ **Eqüidade:** é igualdade com justiça. São consideradas as diferenças entre os grupos ou classes sociais, e as pessoas recebem tratamento igualitário.
- ✓ **Integralidade:** ao receber o tratamento, toda pessoa deve ser vista como um ser integral, inserida num contexto familiar, social e econômico (BRASIL, 1996).

Desses princípios, derivam alguns princípios organizativos:

- ✓ **Descentralização:** gestão única em cada esfera de governo: União, estado e município.
- ✓ **Municipalização:** o município deverá ter autonomia para dirigir seus recursos, investindo de acordo com suas necessidades.
- ✓ **Participação social:** através de suas entidades representativas, a população poderá participar da formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis, desde o federal até o local.

- ✓ **Financiamento dos serviços:** de caráter público e de arrecadação de impostos e de contribuições nas esferas municipal, estadual e federal (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Em 1992, foi realizada em Brasília a IX Conferência Nacional de Saúde – quase às vésperas do *impeachment* do presidente da República em exercício –, em que foram discutidas as dificuldades de implementação das diretrizes e dos princípios do SUS.

Ao longo da década de 1990, foram promulgadas as Normas Operacionais Básicas de Saúde (NOBs) NOB 91, NOB 93 e NOB 96. Diferentes entre si, as três NOBs são instrumentos que cuidam das formas de inserção dos estados e dos municípios no sistema de saúde.

Em 2001 e 2002, foram promulgadas as duas Normas de Assistência à Saúde (NOAS), que organizam o sistema de saúde e o modelo assistencial, ampliando a responsabilidade dos municípios na atenção básica em saúde.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) empreendeu várias iniciativas fundamentadas em experiências estaduais e regionais bem-sucedidas, como forma de atender às necessidades da população, priorizando a promoção da saúde. Daí surgiram alguns modelos, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), que serviram de palco para a inserção de mais um ator no cenário da saúde: o agente comunitário de saúde (ACS).

1.4 O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

A primeira experiência com ACS aconteceu no Ceará, em 1987, por iniciativa do poder público, como estratégia para diminuir as altas taxas de mortalidade infantil durante a estiagem.

Foi desenvolvido principalmente por mulheres que, depois de treinadas, realizavam ações básicas em saúde, como terapia de reidratação

oral, vacinação, orientação para o estímulo ao aleitamento materno, em municípios do sertão cearense.

O PACS era estadual e recebia recursos financeiros federais dos fundos especiais de emergência. Passado o período mais crítico da estiagem, o programa foi mantido apenas com recursos estaduais e, nessa segunda fase, a partir de setembro de 1988, abandonou o caráter emergencial, adquirindo características de extensão da cobertura e da interiorização das ações em saúde (SILVA e DALMASO, 2002).

Em 1991, a experiência bem-sucedida no Ceará estimulou o MS a propor o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), vinculado à Fundação Nacional de Saúde (Funasa), implantado inicialmente na Região Nordeste e, em seguida, na Região Norte, em razão da existência de altos índices de doenças decorrentes de carências, de pobreza e de miséria. Em 1992, foi firmado um convênio entre a Funasa e as Secretarias Estaduais da Saúde, com repasse de recursos para o PNAS e pagamento de um salário mínimo mensal aos ACS, na forma de bolsa. O programa passou a ser chamado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SCOREL et al., 2002).

Em 1993, o PACS já estava funcionando em 13 estados das Regiões Norte e Nordeste, com mais de 29 mil ACS, distribuídos em 761 municípios (SOLLA, 1996, p. 6).

O resultado dessas experiências foi expresso em termos de melhoria da capacidade da população para cuidar de sua saúde, com o auxílio dos ACS, que transmitiam informações e conhecimentos, além de proporcionarem a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde locais (SILVA e DALMASO, 2002).

Outro modelo assistencial vigente no Brasil é o Programa de Médico de Família, desenvolvido em Niterói (RJ), a partir de 1992, a exemplo do modelo de medicina de família adotado em Cuba. Seu objetivo é oferecer serviços de saúde, executados por equipes formadas por um médico generalista e um auxiliar de enfermagem, a pequenos grupos de famílias, com ênfase em ações preventivas (SCOREL et al., 2002).

É com base nos resultados positivos dessas experiências que o MS criou a Estratégia Saúde da Família, em 1993, para a consolidação do SUS.

1.5 A Estratégia Saúde da Família

Em 1994, com o desenho da estratégia do PSF, os ACS começaram a chegar aos grandes centros, às regiões metropolitanas e às capitais das Regiões Sul e Sudeste (SOUZA, 2001).

O MS regulamentou o PSF¹, que já vinha sendo praticado em algumas cidades do país, principalmente nas Regiões Norte e Nordeste, com abrangência de locais de precária cobertura de assistência à saúde.

A regulamentação do PSF decorreu da necessidade de estabelecer solidamente um modo de funcionar o SUS que propusesse definitivamente a efetivação desse sistema e em que o PSF operasse para resolver a maior parte dos problemas básicos de saúde, investindo também na promoção da saúde. Tanto que, apesar de o PSF ter se expandido, não está sendo caracterizado pelo MS como um programa novo a ser implantado, e sim como uma estratégia, pois não traz propostas inovadoras diferenciadas do SUS, mas a consolidação de todos os princípios desse sistema, auxiliando em sua expansão (MENDES, 1996).

Segundo as diretrizes do MS, o PSF possui como objetivos gerais a reorientação do modelo assistencial, a ênfase na atenção básica, a definição de responsabilidades entre o SUS e a população, tudo isso em conformidade com os princípios e as doutrinas desse sistema. O PSF segue a política da complementaridade, não existindo como atendimento isolado; faz parte de todo o sistema hierárquico local e deve ser a porta de entrada dos usuários no SUS. As relações entre os setores também ficam evidenciadas com a extensão da saúde para outros saberes, como saneamento, educação, alimentação, moradia, todos entendidos como qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 1997).

De acordo com o MS, o PSF tem por objetivo reorganizar o modelo de assistência, priorizando ações de promoção, proteção e recuperação da

¹ Ver Portaria MS nº 692, de 25 de março de 1994.

saúde do indivíduo, da família e da comunidade, de forma integral e contínua, utilizando o trabalho de equipes de saúde responsáveis pelo atendimento na unidade local de saúde, com atividades extramuros no nível da atenção primária (SILVA e DALMASO, 2002).

Para tanto, o PSF atua com base na organização das Equipes de Saúde da Família (ESFs), integradas idealmente por um médico, um enfermeiro, de um a dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis ACS, em regime de dedicação integral, embora se pressuponha que outros profissionais possam ser incorporados, de acordo com a demanda dos serviços (BRASIL, 2000).

Os ACS devem fazer a ligação entre a equipe de saúde e as famílias atendidas. As atribuições básicas dos ACS totalizam 33 itens, destacando-se: cadastramento das famílias; registro das atividades realizadas em sistema próprio de informações, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); acompanhamento mensal das famílias; diagnóstico sociodemográfico; estímulo à participação comunitária. Para ser ACS, é necessário: morar na área de atividade por pelo menos dois anos; saber ler e escrever; ter disponibilidade integral para executar o trabalho (BRASIL, 2001).

O médico atende todos os integrantes de cada família inscrita no PSF, sem restrição de sexo e de idade, e desenvolve, com os demais membros da equipe, estratégias preventivas e de promoção da qualidade de vida da população (BRASIL, 2001).

O enfermeiro supervisiona o trabalho do ACS e do auxiliar de enfermagem e realiza consultas na unidade de saúde, além de prestar assistência domiciliar (BRASIL, 2001).

O auxiliar de enfermagem é responsável pelos procedimentos de enfermagem na unidade de saúde e nos domicílios e executa ações de orientação sanitária (BRASIL, 2001).

Em 2000, com o objetivo de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal, foi regulamentada a Portaria nº 267, que aprova as normas e as diretrizes de inclusão da saúde bucal no PSF, criando incentivos destinados ao financiamento de ações e à inserção de profissionais da área odontológica (BRASIL, 2001).

Cada equipe de saúde do PSF se responsabiliza pela atenção a grupos de 600 a 1.000 famílias, com o máximo de 4.500 indivíduos, cadastrados com base em levantamento domiciliar. Cabe às equipes compreender melhor o processo de saúde-doença na população de sua área de atuação e ir além da prática curativa tradicional (MACHADO, 2000).

Não é tarefa fácil a reorientação do modelo assistencial, curativo e centrado em hospitais para um modelo focado na integração das ações e dos serviços de saúde, com início na atenção básica, já que exige uma mudança cultural dos profissionais de saúde e da população.

Nesse contexto, o PSF estabelece nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, a qual exige esforços na execução de todo o sistema, e não somente no primeiro nível de atenção. Escorel et al. (2002), em pesquisa do MS, analisaram a implantação e a implementação do PSF em dez grandes centros urbanos e concluíram que, sem a integração da atenção básica aos demais níveis do sistema, a integralidade da atenção em saúde fica prejudicada, assim como a solução dos problemas de saúde da população.

Segundo a avaliação da pesquisa, a satisfação das famílias pesquisadas com o PSF foi superior a 70% em todos os municípios, exceto em Goiânia (66%), atingindo o máximo em Camaragibe (78%). Em todos os municípios, 97% das famílias atendidas no último mês conheciam o profissional que lhes prestava assistência e disseram que era atencioso. Em quase todos os municípios pesquisados, mais de 70% das famílias recebiam atendimento dos ACS com frequência mínima mensal, e mais de 96%, em todos os municípios, informaram conhecê-los.

Em geral, o grau de insatisfação foi baixo, com os maiores percentuais em Goiânia (18%) e em Brasília (13%). Os problemas mencionados pelas famílias foram: falta de qualidade do atendimento; profissionais pouco atenciosos; horários de atendimento inadequados. O fator negativo mais mencionado foi o acesso ao atendimento, e as famílias insatisfeitas sugeriram o aumento do número de profissionais, a inclusão de especialistas nas equipes de saúde da família e ações mais amplas por parte dos ACS, por exemplo, aferir pressão, fazer curativos, humanizar o atendimento e solucionar mais problemas.

Assim, o PSF configura-se realmente como uma estratégia de mudança do modelo assistencial de saúde, firmando-se como política pública de impacto positivo sobre a população entrevistada. Entretanto, muitos desafios ainda devem ser superados, sendo o maior deles a conscientização dos diversos atores (gestores, profissionais e a população) em relação à nova forma assistencial, que implica uma quebra de paradigma.

Em 2002, surgiu o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), uma iniciativa do MS apoiada pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e voltada para a organização e o fortalecimento da atenção básica em saúde. Essa iniciativa objetiva contribuir para a execução e a consolidação da Estratégia Saúde da Família em todo o Brasil, por meio da melhoria da qualificação do processo de trabalho e do desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população em todos os municípios brasileiros (BRASIL, 2003).

Os recursos disponíveis são de US\$ 550 milhões, 50% financiados pelo BIRD e 50% pelo governo federal, e o período de implantação do Proesf compreende o período de 2002 a 2009, distribuídos em três fases distintas: 1ª fase, de 2002 a 2004 (US\$ 136,6 milhões); 2ª fase, de 2005 a 2006 (US\$ 242 milhões); 3ª fase, de 2007 a 2009 (US\$ 172 milhões) (BRASIL, 2003).

Contraditoriamente, tramita no Congresso Nacional proposta de definição do ato médico através do Projeto de Lei nº 25/2002, cujo objetivo é subordinar as demais profissões da área da saúde ao campo de conhecimento da medicina. Esse “ato médico” representa um retrocesso do pouco que se caminhou, pois, além de transitar em sentido oposto ao do PSF, retira a autonomia dos profissionais, distanciando ainda mais a população dos médicos e de outros profissionais de saúde, ou seja, é uma questão sobre a qual os governantes deveriam refletir melhor para evitar mais incoerências.

1.6 O Papel do Agente Comunitário de Saúde nas Unidades de Saúde da Família

De acordo com o MS, o PSF tem como objetivo reorganizar o modelo de assistência, priorizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade, de forma integral e contínua, utilizando o trabalho de equipes de saúde responsáveis pelo atendimento na unidade de saúde local, com atividades extramuros, no nível da atenção primária (SILVA e DALMASO, 2002).

O PSF propõe a criação de uma equipe de saúde composta por um médico generalista, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além de um cirurgião-dentista, um técnico de higiene dental e um auxiliar de consultório dentário, incluídos na equipe a partir de 2001 (BRASIL, 2001).

Existem 24.600 equipes do PSF, em cerca de 5.000 municípios brasileiros, prestando assistência a aproximadamente 78 milhões de pessoas, o que corresponde a 44,4% da população brasileira (BRASIL, 2005).

Somente com a Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, é que foi criada a profissão de ACS, no âmbito exclusivo do SUS. Para o MS, o ACS é um membro da equipe de saúde da comunidade em que mora (BRASIL, 2002).

Das atribuições dos ACS, duas merecem maior destaque. A primeira afirma que os ACS devem “informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades”, e a outra ressalta que eles devem “orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde” (BRASIL, 1988).

Pesquisadores têm se esforçado para compreender o trabalho do ACS sob diversos enfoques. Alguns deles têm trazido contribuições relevantes sobre essa temática.

Uma importante referência que discute o papel social do ACS é o documento elaborado por Nogueira et al. (2000), que se basearam em investigações com coordenadores do PACS de alguns estados, concluindo que:

O agente comunitário de saúde é um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos garantidos pelo Estado (NOGUEIRA et al., 2000, p. 13).

Argumentam também que o ACS não exerceria, como os demais profissionais do PSF, funções específicas no âmbito da saúde, mas seu papel estaria baseado em dois aspectos fundamentais: a) identidade com a comunidade; b) pendor para a ajuda solidária (NOGUEIRA et al., 2000, p. 13).

Silva e Dalmaso (2002) realizaram um estudo sobre os ACS no PSF da cidade de São Paulo. Analisando a construção da identidade profissional dos ACS, essas autoras concluíram que o saber orientador da prática dos ACS é um saber operante, diferente do ensino formal. Acrescentaram também que:

Sua capacidade de liderança e sua história de iniciativas de ajuda comunitária seriam partes integrantes e importantes do seu perfil. Portanto, como requisito da política que lhes deu origem, o conjunto das atividades típicas dos ACS tem que ser ancorado nesse perfil social (SILVA e DALMASO, 2002, p. 92).

Para essas autoras, o ACS tem uma identidade comunitária e realiza tarefas não apenas no campo da saúde. Assim, a convivência do ACS com a realidade e com as práticas de saúde do bairro em que mora e trabalha faz com que ora seja visto como membro da equipe de saúde, ora como membro da comunidade assistida.

1. 7 Apresentação do tema

O motivo da escolha do objeto de estudo deste trabalho foram as observações feitas em um estágio que pretendia conhecer o funcionamento

do PSF, em um de seus núcleos, na cidade de Ribeirão Preto, de maio a outubro de 2003.

Como testemunha ocular de algumas reuniões, verificamos que o ACS, em discussão com a equipe de saúde, muitas vezes tinha posições dúbias em relação aos usuários e aos membros da equipe, ora se identificando com uns, ora com outros.

Isso geralmente acontecia quando o ACS tinha de narrar, para os outros membros da equipe de saúde, a dinâmica social de famílias que com ele tinham algum vínculo familiar ou afetivo, pois o ACS freqüentemente se identificava como membro da comunidade e não conseguia manter o devido distanciamento profissional. Em contrapartida, os demais membros da equipe se sentiam incomodados quando se relacionavam com o ACS nessas ocasiões, o que quase sempre gerava mal-estar entre eles.

Sem dúvida, entendemos que o ACS apresenta características diferenciadas, uma vez que trabalha na mesma comunidade em que vive.

Essa condição, somada às observações que realizamos, nos fez perguntar: será que o fato de o ACS trabalhar na unidade de saúde do bairro em que mora e convive tem servido como elemento facilitador na mediação entre a equipe de saúde e os usuários do PSF ou, pelo contrário, tem sido um obstáculo na mediação?

Dessa forma, em nosso estudo, buscamos compreender como os demais membros da equipe mínima de saúde (médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem) vêem o papel do ACS na equipe do PSF.

A tentativa de compreender essa visão dos profissionais de saúde será feita com base na Teoria das Representações Sociais (TRS).

A TRS nasceu na França, na década de 1960, com Moscovici. Para ele, as representações sociais são uma série de opiniões, explicações e afirmações produzidas, de forma estruturada, com elementos do cotidiano dos grupos, tendo a comunicação importante função nesse processo (MOSCOVICI, 1981).

De acordo com Jodelet (1984), a TRS é uma forma de conhecimento social do senso comum, que forma um saber geral e funcional para as pessoas, servindo para que a atividade mental de grupos e de indivíduos possa relacionar-se com as situações, acontecimentos, objetos e

comunicações que lhes dizem respeito. A mediação que possibilita tal fato se faz pelo contexto concreto em que essas pessoas e grupos vivem e também pela cultura adquirida pela história, além de valores, códigos e respectivas idéias de um grupo social.

Ainda nessa perspectiva, Nóbrega (1990) definiu as representações sociais como modalidades do conhecimento consensual no cotidiano, tendo como funções principais a formação de condutas e a orientação das comunicações sociais.

Assim, as representações sociais expressam-se, cruzam-se e cristalizam-se através de uma fala, de um gesto, de um encontro no cotidiano dos sujeitos. Elas se encontram impregnadas nas relações sociais, nos objetos produzidos e nas comunicações trocadas. São equivalentes aos mitos e aos sistemas de crenças das sociedades tradicionais ou a uma versão contemporânea do senso comum.

De acordo com Vala (1996), a TRS possibilita conhecer como o ser humano comum constrói um mundo significativo, pois os sujeitos não se limitam apenas a receber e a processar informações, uma vez que constroem significados e teorizam sobre sua realidade.

Portanto, a TRS torna-se um referencial teórico importante para realizar uma leitura do papel do ACS no PSF, com base nas representações elaboradas pelos outros membros da equipe de saúde.

Este estudo está dividido em cinco partes. Na primeira, descrevemos os aspectos históricos da organização do setor saúde no Brasil, tomando como ponto de partida a reforma sanitária. Na segunda, definimos os objetivos. Na terceira, apresentamos a trajetória metodológica. Na quarta, discutimos os dados empíricos, com a caracterização geral dos profissionais de saúde estudados e a construção das categorias de análise e suas respectivas subcategorias.

Finalizamos com algumas considerações sobre os resultados deste estudo, procurando apontar suas implicações para a implementação e a manutenção da Estratégia Saúde da Família.

2 OBJETIVOS

Este estudo tem os seguintes objetivos:

- a) Compreender o papel do ACS na visão da equipe de saúde:
 - ✓ O olhar dos demais membros da equipe sobre o papel do ACS, na condição de membro da equipe e usuário da mesma unidade de saúde.
- b) Verificar se, para os membros da equipe, o ACS fortalece o elo entre a comunidade e o serviço de saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 O referencial metodológico

O referencial metodológico adotado neste estudo se insere na perspectiva da metodologia qualitativa de investigação.

Para Goldenberg (1999), a pesquisa qualitativa não se preocupa com a representatividade numérica, mas com o aprofundamento da compreensão de um grupo social. Os pesquisadores que seguem essa abordagem se opõem ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências, uma vez que as ciências sociais têm sua especificidade, o que implica metodologia própria.

Segundo Martins e Bicudo (1989), a pesquisa qualitativa procura introduzir rigor aos fatos que não podem ser quantificados.

Bogdan e Biklen (1994) definem cinco características da abordagem qualitativa, que consideram como os principais pontos de pensamento e formas de intervir nessa perspectiva:

1. O local de estudo e da aquisição dos dados é o ambiente em que as pessoas vivem, e não a simulação de um lugar. O pesquisador preocupa-se com o contexto em que o estudo está ocorrendo; portanto, frequenta os locais e observa os acontecimentos no ambiente natural. Triviños (1992) comenta que o pesquisador é importante, na medida em que não esquece essa visão ampla e complexa da realidade social.
2. A investigação é qualitativa-descritiva. A palavra escrita contém fundamental importância tanto para o registro dos dados – em forma de transcrições e de imagens, não em números – quanto para a disseminação dos resultados do estudo. Triviños (1992) destaca que a pesquisa qualitativa com apoio teórico não é vazia, mas coerente, lógica e consistente.
3. O interesse mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados dos produtos. Segundo Triviños (1992), os

pesquisadores qualitativos devem apreciar o desenvolvimento do fenômeno não só em sua visão atual, que marca o início da análise, como também em sua estrutura latente, inclusive não-visível superficialmente, para descobrir suas relações e avançar no conhecimento de seus aspectos evolutivos.

4. A análise dos dados é feita de forma indutiva, e as alterações vão sendo construídas à medida que os dados particulares vão se agrupando. Conforme Triviños (1992), isso significa que não há necessidade de verificar hipóteses, ou seja, os significados e as interpretações surgem da percepção num contexto.
5. O significado constitui a preocupação essencial na abordagem qualitativa; portanto, o foco de atenção para o pesquisador é a captação da perspectiva dos sujeitos, isto é, a maneira como os informantes encaram os questionamentos que estão sendo abordados. Dessa forma, o processo de pesquisa qualitativa não admite visões isoladas, parceladas ou estanques. A coleta e a análise de dados são fundamentais pela implicação que têm para o investigador, como também pelo embasamento teórico que servirá de apoio (TRIVIÑOS, 1992).

Utilizamos também as contribuições das ciências sociais, baseando-nos nas orientações propostas por Minayo (1999), para compreender a visão dos profissionais sobre o papel do ACS na equipe de saúde. Para a autora, toda investigação social deveria contemplar o aspecto qualitativo, uma vez que:

Ela se preocupa, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1999, p. 21).

Destacamos algumas autoras que, em seus estudos com os ACS, também se valeram das contribuições das ciências sociais: Silva e Dalmaso

(2002), Carvalho (2002) e Lunardelo (2004). Essas autoras partem dos sujeitos sociais concretos para analisar e compreender os serviços de saúde e suas práticas, e o caráter histórico destas, privilegiando o olhar dos atores nas situações que vivenciam.

Portanto, a exemplo desses estudos, nossa pesquisa não tem a pretensão de uma objetividade através da qual se apreenda a realidade em si, ordenada, e que pode ser conhecida e medida pela identificação das relações de causa e efeito que a regulam, por não haver realidade pronta, e sim por construir no decorrer do estudo.

Não há igualmente pretensão de generalização e universalidade, no sentido da reprodutibilidade dos resultados deste estudo em outros contextos. O objetivo é promover maior aproximação com a situação investigada e com o processo social ocorrido, contribuindo com estudos posteriores, na vertente da reflexão e da construção de novas perspectivas de conhecimento.

3. 2 O contexto do estudo

A cidade de Ribeirão Preto situa-se no nordeste do estado de São Paulo, a 313 quilômetros da capital São Paulo. Sua população estimada é de 527.734 habitantes, distribuída num território de 652 quilômetros quadrados, com 99% da população na área urbana. É um dos principais pólos econômicos regionais do Brasil, caracterizado pela elevada capitalização do setor agrário, pela expansão e modernização da agroindústria sucroalcooleira e pela economia diversificada e desenvolvida.

Caracteriza-se como centro científico, tecnológico e formador de recursos humanos em diversas áreas do conhecimento, especialmente na área da saúde².

Quanto ao setor da saúde, Ribeirão Preto é a sede da Direção Regional da Saúde XVIII (DIR XVIII), que abrange atualmente 25 municípios, conforme o Decreto nº 40.083, de 15 de maio de 1995. O município de

² Fonte <:<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/coderp>> Acesso em 12 de dez. de 2005.

Ribeirão Preto está integrado ao SUS e encontra-se habilitado como gestor pleno do Sistema Municipal de Saúde³, sendo considerado um centro de saúde de referência para toda a região e, em alguns casos, até para outros estados do país.

Dispõe de ampla rede de serviços de saúde, a qual abrange as áreas de atenção primária, secundária e terciária, implementando a regionalização e a hierarquização. No nível primário de saúde, conta com 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 5 Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS), que funcionam durante as 24 horas do dia, e 23 Unidades de Saúde da Família (USFs), 5 delas em parceria com a Universidade de São Paulo (USP). No nível secundário, dispõe de 11 ambulatórios de especialidades. A assistência terciária da rede pública é prestada em estabelecimentos conveniados ou contratados pelo gestor e também no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCRP-FMRP-USP).⁴

As UBDS estão localizadas em cinco distritos:

1. Norte: Distrito Norte
2. Sul: Distrito Vila Virgínia
3. Leste: Distrito Castelo Branco
4. Oeste: Distrito Sumarezinho
5. Central: Distrito Central

As UBDS foram implantadas em regiões com áreas e populações definidas, com base em aspectos geográficos, econômicos e sociais, agrupando as UBS e as USFs.

As UBDS oferecem atendimento básico e de especialidades em cardiologia e dermatologia, entre outros, e atendimento de emergência durante as 24 horas do dia.

As UBS realizam visitas domiciliares e prestam atendimento básico em pediatria, clínica geral, ginecologia, obstetrícia, enfermagem e odontologia.

Em outubro de 2000, o município de Ribeirão Preto foi qualificado para o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família e, em 2001,

³ De acordo com a NOB 01/96 e regulamentações posteriores.

⁴ De acordo com o atual Plano Municipal de Saúde.

mediante convênio entre a USP, o governo do estado de São Paulo e a Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP), foram implantados oficialmente cinco NSF's, nos moldes do MS, quanto à composição das equipes de saúde. Os NSF's participam com ações em nível primário, constituindo a porta de entrada do paciente para o sistema de saúde vigente, articulado com os outros níveis de atenção.

A SMS-RP instalou paralelamente outras USFs, a partir do final de 2000, mas só houve uma expansão maior a partir de 2003, quando o município aderiu ao Proesf. Em maio de 2004, havia 9 unidades instaladas com vínculo com a SMS-RP, tendo ocorrido a instalação de mais 4 unidades no período que antecedeu as eleições municipais nesse ano. No final de 2005, foram cadastradas 3 USFs e, em janeiro de 2006, mais 2 USFs, contando o município atualmente com 23 equipes de saúde da família⁵.

3.3 O campo do estudo

Este estudo foi realizado em quatro NSF's do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo CSE-FMRP-USP, os quais se encontram no Distrito Oeste, e em um NSF situado no Distrito Central.

A escolha dos NSF's como campo de estudo deveu-se ao fato de essas unidades de saúde serem um espaço de assistência e pesquisa e estarem vinculadas ao Departamento de Medicina Social da FMRP-USP, onde cursamos a pós-graduação.

3.3.1 O CSE-FMRP-USP

O CSE-FMRP-USP foi criado em 1979 por convênio entre o Departamento de Medicina Social da FMRP-USP e a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP).

⁵ Os dados estão atualizados de acordo com a SMS-RP em junho de 2006.

Desde o início de seu funcionamento, essa instituição é um campo de formação para os cursos de graduação e de pós-graduação da FMRP-USP e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

Em 1993, reformas no que seria o antigo Pronto-Socorro Central (hoje UBDS Central) obrigaram a distribuição dos casos de pronto atendimento para outras UBDS da cidade. Assim, o CSE-FMRP-USP ampliou seus atendimentos, incluindo o setor de urgência e emergência 24 horas.

Em 1997, a FMRP-USP aumentou sua participação no CSE-FMRP-USP. Para a gestão administrativa desta instituição, foi constituído o Conselho Diretor, composto por representantes da FMRP-USP, da EERP-USP e da SMS-RP.

No final da década de 1990, foi aprovado pelo MS o Projeto Pólo de Capacitação em Saúde da Família, reunindo a FMRP-USP, a EERP-USP, a SES-SP e a SMS-RP. Foi inaugurado o primeiro NSF, e o CSE-FMRP-USP passou a direcionar as ações para a prestação da atenção básica em saúde, nos moldes da Estratégia Saúde da Família.

3.3.2 Os Núcleos de Saúde da Família

Em fevereiro de 1999, foi inaugurado o primeiro Núcleo de Saúde da Família (NSF I), com a utilização de recursos humanos e de material disponibilizados pelo CSE-FMRP-USP. O início da Estratégia Saúde da Família, no município de Ribeirão Preto, deveu-se à iniciativa da FMRP-USP, atenta à importância da formação de recursos humanos baseada na reorientação do modelo assistencial. Para tanto, era necessário oferecer o treinamento fora do espaço físico do HCFMRP-USP, com suas características terciárias, e do CSE-FMRP-USP, com sua trajetória voltada para a atenção especializada (CACCIA-BAVA, 2004).

Em 2000, foi estruturado o NSF II, também com recursos do CSE-FMRP-USP e com apoio do espaço físico e do quadro de profissionais da UBS da Vila Tibério.

Somente em 2001, mediante negociações entre o município de Ribeirão Preto e a SES-SP, foram inaugurados os NSF's III, IV e V, com credenciamento, pelo MS, de cinco Equipes de Saúde da Família propostas pela USP como Unidades de Saúde da Família do município (CACCIA-BAVA, 2004).

Cada NSF trabalha com definição de território de abrangência, que contém um número de habitantes e de famílias, de acordo com a área de responsabilidade do núcleo. Exceto o NSF II, os demais cobrem praticamente toda a área básica do bairro Sumarezinho, com população estimada de cerca de 20 mil pessoas.

Os NSF's são coordenados por docentes da FMRP-USP e da EERP-USP e pelos médicos e enfermeiros de cada equipe multiprofissional, composta também por auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Essas unidades também contam com o apoio de cirurgiões-dentistas, que não trabalham em período integral.

Os NSF's têm o compromisso com a formação e a capacitação de recursos humanos para o SUS, acolhendo alunos de vários cursos na área da saúde da USP do campus de Ribeirão Preto.

3.4 Os participantes

Para o desenvolvimento deste estudo, foram selecionados médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem que já trabalhavam nos cinco NSF's por mais de dois anos, tempo considerado suficiente para a adaptação dos profissionais.

As ações relacionadas à coleta e à análise de dados foram pautadas pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa com Seres Humanos do Comitê de Ética em Pesquisa da FMRP-USP. A coleta de dados foi realizada de agosto a setembro de 2005, após parecer favorável (Anexo I) do Comitê de Ética em Pesquisa e obtenção da Carta de Aprovação de Pesquisa da Direção Acadêmica de Ensino e Pesquisa (Anexo II).

3.5 A obtenção dos dados

O instrumento empregado para a coleta de dados foi a entrevista.

Gil (1994, p. 13) considera que a entrevista é “uma forma de diálogo assimétrica, em que uma das partes busca coletar os dados e outra se apresenta como fonte de informação”.

De acordo com Minayo (1994), o que torna a entrevista um instrumento privilegiado para a coleta de informações na pesquisa social é a possibilidade de acessar condições estruturantes da realidade, sistemas de valores, normas e símbolos, por meio do discurso do sujeito.

Neste estudo, empregamos a entrevista semi-estruturada (ou entrevista aberta). Essa modalidade de entrevista permite ao entrevistador maior flexibilidade, na medida em que ele pode alterar a ordem das perguntas e tem ampla liberdade para intervir, de acordo com o andamento da entrevista (BLEGER, 1993).

Para os objetivos deste estudo, elaboramos um roteiro com questões orientadoras da entrevista (Apêndice A), enfocando a percepção dos trabalhadores da equipe de saúde sobre o papel do ACS.

Realizamos 15 entrevistas com os profissionais (médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem) que já trabalhavam no serviço por mais de dois anos.

Devemos ressaltar que as entrevistas foram realizadas em espaço providenciado pelas equipes de saúde, nas próprias unidades, isto é, não foi um campo totalmente neutro, em razão da impossibilidade de deslocar os participantes para outro recinto.

Cada profissional foi entrevistado em separado, respeitando-se todas as etapas prévias necessárias a cada entrevista: contato com os sujeitos pesquisados; esclarecimento sobre a pesquisa; agendamento da entrevista; assinatura do Termo de Consentimento (Apêndice B).

Durante a entrevista, as falas foram registradas com o uso de um gravador, depois de solicitada e obtida a permissão do entrevistado. As entrevistas tiveram durações variadas, mas não ultrapassaram o período de uma hora.

Para garantir o anonimato, os relatos das entrevistas foram codificados da seguinte forma: "médicos", "enfermeiras" e "auxiliares de enfermagem".

A coleta de dados foi realizada de agosto a setembro de 2005. Durante as entrevistas, intervínhamos quando havia necessidade de maiores esclarecimentos, estimulando ainda mais o relato das vivências dos entrevistados, que puderam expor sua experiência nos NSF's e suas percepções sobre o papel do ACS na equipe de saúde.

3.6 A análise dos dados

Após as transcrições das entrevistas, foram realizadas leituras de forma mais geral, numa primeira etapa, e, numa segunda etapa, uma leitura mais cuidadosa de todo o material transcrito, buscando entender a vivência de cada participante nos NSF's e suas percepções sobre o papel do ACS na equipe de saúde.

Neste estudo, seguimos os preceitos descritos por Minayo (1994) para o tratamento e a análise dos dados qualitativos.

As fases desse procedimento são descritas a seguir:

- 1º** Análise dos dados, por meio da ordenação do material, e categorização dos dados verbais, com classificação, resumo e tabulação, conforme o caso.
- 2º** Leitura seletiva e demarcada das declarações mais significativas dos entrevistados.

Posteriormente, realizou-se uma leitura horizontal, confrontando-se as entrevistas entre si e admitindo-se convergências e divergências entre os discursos, para definir as categorias e as subcategorias, de modo a poder responder às questões orientadoras e aos objetivos propostos e motivadores deste estudo, considerados numa discussão compreensiva.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O trabalho de campo

No decorrer desta pesquisa, algumas questões foram aparecendo, de modo geral, durante o trabalho de campo. A necessidade de dar conta dessas questões nos levou a refletir sobre os desafios enfrentados.

Depois que o projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, entramos em contato com os sujeitos, para agendar um horário que não interferisse tanto em sua rotina de trabalho. Foi uma etapa difícil, por causa da pequena disponibilidade de horário de alguns profissionais, principalmente os de nível superior, para a realização das entrevistas.

Vencida essa etapa, deparamo-nos com outra dificuldade, porque as entrevistas, devido à impossibilidade de os profissionais irem a lugar “neutro”, foram realizadas em seus locais de trabalho, e situações externas (um telefonema importante, um paciente que aguardava atendimento, uma decisão urgente, a agenda aberta sobre a mesa, a lembrar outros compromissos, pessoas conversando e transitando nos corredores) aguçavam a ansiedade de alguns entrevistados com relação ao tempo de duração da entrevista, interrompendo o livre fluxo das associações e fazendo com que muitas vezes o entrevistado acabasse perdendo o “fio da meada” ou até desistisse do assunto em curso.

Entendemos que o ideal seria realizar as entrevistas em ambiente neutro e tranquilo, para que o entrevistado pudesse externar livremente sua opinião. Entretanto, como isso não foi possível, essa variável foi considerada na interpretação dos resultados.

A realização das entrevistas foi um aprendizado, por mais que tivéssemos (teoricamente) algumas noções sobre esse processo. Não é fácil elaborar um roteiro de entrevista, encontrar a melhor maneira de formular as perguntas, ser capaz de avaliar o grau de indução da resposta a determinada questão, ter o controle das expressões corporais (evitando o

máximo possível gestos de aprovação, rejeição, desconfiança, dúvida etc.) e redobrar a atenção para não correr o risco de o entrevistado divagar sobre outros assuntos e fugir do objetivo da entrevista. Enfim, são competências que só se constroem mediante a reflexão propiciada por leituras e, principalmente, pelo exercício de trabalhos dessa natureza.

A transcrição foi igualmente um processo reflexivo, pois, à medida que uma mesma questão era repetida para diferentes profissionais, passamos a prestar atenção em nossa própria voz, o que tornou possível avaliar criticamente nosso desempenho e prevenir alguns erros nas entrevistas ainda por realizar.

Concluído esse processo, o próximo passo foi organizar os dados coletados nas entrevistas. Através das visões dos profissionais, tornou-se possível identificar padrões, o que possibilitou estabelecer as seguintes categorias de análise: o trabalho de campo; o trabalho nos NSFs; o ACS na visão da equipe de saúde; a capacitação do ACS.

4.2 A caracterização dos profissionais de saúde estudados

O PSF é apontado pelo MS como uma estratégia de reorientação da atenção básica, contribuindo para a execução de um novo modelo assistencial, norteado pelo paradigma da Promoção da Saúde (TRAD, 2003). De acordo com Escorel et al. (2002), o PSF surgiu, na década de 1990, como um novo mercado de trabalho, com a potencialidade de gerar muitos empregos. Ainda conforme esses autores, os principais motivos pelos quais os componentes das equipes de saúde procuravam se integrar ao PSF eram: desemprego; mercado promissor; trabalho com comunidades pobres; identificação com a dimensão ideológica do programa.

Segundo Trad (2003), a remuneração diferencial dos profissionais de nível superior constitui forte atrativo ao PSF, embora nem sempre garanta sua permanência no programa, visto que, em virtude das diretrizes e normas propostas, da insatisfação com as condições de trabalho, das falhas do

processo de capacitação, da educação descontinuada e da infra-estrutura deficitária, ocorre alta rotatividade dos profissionais.

Nesta parte do estudo, apresentamos algumas características dos participantes, segundo o sexo, a idade, o nível de escolaridade, a atividade anterior à do PSF, o tempo de permanência na equipe de saúde e os principais motivos que os levaram a se integrar à Estratégia Saúde da Família.

Sendo assim, pode-se delinear o seguinte retrato do grupo pesquisado: 99% são do sexo feminino, e as idades variam de 26 a 48 anos, com média de 35,3 anos.

O perfil dos profissionais entrevistados é semelhante ao obtido por Escorel et al. (2002), que constataram haver, na população que estudaram, predominância de mulheres:

[...] sendo que o perfil etário dos profissionais concentra-se em duas faixas etárias — até 30 anos, que reflete a juventude das equipes, e acima de 45 anos, que caracteriza a senhoridade das mesmas (ESCOREL et al., 2002, p. 144).

No que diz respeito à formação profissional, observamos um nível escolar acima do exigido pelo MS. Quase todos os auxiliares de enfermagem concluíram o ensino médio e o curso técnico de enfermagem, ao passo que a maioria dos profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) tem pós-graduação.

O tempo de trabalho dos entrevistados nos NSF's é maior que dois anos, que foi o critério de inclusão no estudo. Chamou a atenção o fato de que a maioria dos profissionais já tinha trabalhado com o modelo tradicional de assistência, antes da opção pelo PSF.

Muito se tem discutido sobre as mudanças da educação dos profissionais de saúde. Como exemplos desse processo, podemos mencionar: a realização da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (Cinaem), a construção e a aprovação das diretrizes curriculares nacionais e os programas de incentivo a mudanças, como o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de

Medicina (Promed) e o Aprender SUS. Apesar dessa discussão, a partir da década de 1990, quando se intensificaram os esforços para implementar as diretrizes do SUS e para repensar a ênfase dos cursos de graduação dos profissionais de saúde, pudemos perceber que a formação dos componentes da equipe do PSF ainda está embasada no modelo biomédico, centrado na doença e no atendimento clínico.

A maioria dos participantes de nosso estudo justificou sua opção pelo PSF, como forma de trabalho, principalmente pela identificação com a proposta do programa. Segundo eles, essa opção decorreu da estratégia de reformulação do processo de trabalho e de suas premissas básicas, como a prevenção e a promoção da saúde, com atendimento multiprofissional e ação preventiva com base em prioridades epidemiológicas da área adscrita, reduzindo-se, assim, a demanda por serviços hospitalares e ambulatoriais. Pelas falas a seguir, pode-se perceber que a identificação com a Estratégia Saúde da Família foi o principal motivo alegado para justificar a opção de trabalho no PSF:

[...] por acreditar que, quando a gente resolve bem na atenção primária, você diminui o encaminhamento para os hospitais [...]
(Médico)

Eu escolhi trabalhar com Saúde da Família porque eu acredito na proposta de se trabalhar com família, acredito na proposta de se trabalhar com promoção de saúde e prevenção de doenças, enfim, me identifico com área. (Enfermeira)

Porque eu acredito que prevenir é melhor do que remediar.
(Auxiliar de enfermagem)

Nesse aspecto, os motivos dos profissionais entrevistados são semelhantes aos obtidos por Nóbrega (2003, p. 10) nas equipes do PSF em Macaíba (RN), cujos profissionais apresentavam “uma sintonia com a filosofia da Estratégia Saúde da Família” e, por isso, tinham procurado se inserir no programa. A autora também constatou outro motivo para a opção pelo PSF: “incrementar a renda individual”.

Observamos também essa tendência, principalmente entre as auxiliares de enfermagem, que, em sua maioria, embora morem em cidades próximas ao município de Ribeirão Preto e viajem todos os dias, optaram por trabalhar nos NSF's, em virtude de melhores condições de trabalho, como ilustram as seguintes falas:

Eu trabalhava na minha cidade [...] Fiz o concurso aqui e vim mais porque o salário era melhor do que onde eu tava trabalhando.
(Auxiliar de enfermagem)

Eu trabalhava na minha cidade, trabalhei no PSF de lá e na Unidade Mista, que é uma unidade de pronto atendimento [...] Eu gostava daquilo que eu tava fazendo. Já conhecia o serviço de lá, mas prestei o concurso aqui, moro lá e viajo todos os dias, mas o salário e a questão de ser aqui em Ribeirão Preto me interessou mais ainda. Juntei o útil ao agradável. (Auxiliar de enfermagem)

Essas visões remetem a uma característica do município de Ribeirão Preto que atrai migrantes não só da região, mas de todo o Brasil. A maioria das pessoas, buscando trabalho e melhores condições sociais, fixa-se na cidade.

Na área da saúde, essa tendência também se justifica, porque o município de Ribeirão Preto dispõe de ampla rede de serviços de saúde, a qual compreende as áreas de atenção primária, secundária e terciária, além de ser grande pólo formador de profissionais, como se conclui pelas seguintes falas:

[...] já tinha esse programa do Ministério, que eu não tive acesso antes, né? na época da faculdade [...] Procurei a residência e descobri que tinha aqui [...] Era medicina comunitária, com ênfase em Saúde da Família. (Médico)

[...] Não havia PSF ainda no estado de São Paulo, assim como a gente sabe hoje, mas que existia nos outros estados já alguma coisa. Daí eu fui ler, fui me inteirar e aí fiquei sabendo que aqui havia essa residência [...] (Médico)

Pelas falas, pode-se perceber que esses profissionais não tiveram acesso ao PSF, durante a época da graduação, embora o programa já existisse. Entretanto, por iniciativa própria, buscaram a residência na área da Estratégia Saúde da Família, no município de Ribeirão Preto.

Tal fato levanta algumas questões relacionadas ao processo de formação de profissionais para o PSF, que exige capacitação para novos saberes e práticas.

Segundo Souza (2000) a expansão e o fortalecimento do PSF têm exercido influência sobre as Universidades, que já reconhecem um novo espaço de trabalho e estão direcionando, pelo menos em relação a alguns aspectos, a formação de seus alunos para esse campo de atuação. Em Ribeirão Preto, os NSF's têm se constituído, desde 1999, em campos de estágios para os alunos da FMRP-USP, tanto da graduação quanto do Programa de Residência em Medicina da Família e Comunidade, e também, desde 2001, para os alunos da EERP-USP.

Entretanto, de acordo com alguns participantes, ainda não se tem uma idéia exata da Estratégia Saúde da Família, gerando preconceito dos alunos da graduação contra o programa, como se observa pelas seguintes falas:

[...] Existem pessoas que estão fazendo residência aqui porque é uma residência mais fácil de entrar, por exemplo, não necessariamente por vocação [...] (Médico)

[...] Os alunos que passam aqui com a gente não costuma ter nenhum que fale: Ah, eu quero fazer medicina de família, todos já vêm com especialidades na cabeça, e o estágio que é oferecido aqui seria até um pouco para melhorar um pouco isso, mas não tem funcionado muito, eu acho, tem ajudado eles a conhecerem um pouco da saúde pública, mas o que acaba acontecendo é que eles acabam ficando no atendimento. Pode ser até que a enfermagem tenha conseguido trabalhar melhor essa questão da saúde pública, mas nós, médicos, a parte da medicina, a gente tem ficado mais presos ainda ao consultório. (Médico)

Pedrosa e Teles (2001), em sua pesquisa sobre Consenso e Diferenças em Equipes do PSF, em Teresina (PI), apontam que os médicos e os enfermeiros entendem que o PSF é destinado à população pobre, às comunidades do interior e à população dependente dos serviços públicos, que apresentam problemas sociais. Para esses autores, essa concepção decorre da formação desses profissionais, na qual:

A saúde coletiva historicamente tem sido identificada como campo de conhecimento e atuação que privilegia pobres e ignorantes, desde o fim do século XVIII ao início do século XX; comunidades periféricas, desde meados da década de 50, e os grupos excluídos socialmente, neste início de milênio (PEDROSA e TELES, 2001, p. 309).

Entre nossos entrevistados, também observamos a crença de que a formação profissional pode contribuir para perpetuar esse preconceito, como revela a seguinte fala:

[...] Atualmente, eu tô até um pouco afastada dos outros médicos, mas, durante a residência, existe um preconceito [...] Eu vivi isso e eu sei que os meus residentes também vivem isso [...] Ao fato de se relacionar saúde pública com pouca coisa, com coisa sem importância, como é passado na faculdade [...] (Médico)

Pedrosa e Teles (2001, p. 309) observaram também que os médicos do PSF fazem, muitas vezes, uma distinção entre eles e “os outros médicos” que atuam na medicina curativa, o que foi igualmente constatado em nosso estudo. Segundo esses autores, os médicos do PSF exigem respeito ético e profissional dos outros profissionais, atribuindo, “[...] como especificidade de seu campo de trabalho, práticas preventivas e educação em saúde”.

Alguns profissionais que entrevistamos têm a mesma visão desses autores e reconhecem que os trabalhadores do SUS, especialmente na área de atenção básica, que engloba o PSF, são pessoas qualificadas, que possuem algum tipo de especialização e de pós-graduação e, portanto,

deveriam receber maior reconhecimento pelos outros profissionais, bem como pela população, como se vê pelas seguintes falas:

É, eu acho que apesar do Ministério, do estado, mesmo do município tecer que é prioridade a atenção básica [...] tá muito distante ainda da atenção básica receber acho que o devido reconhecimento não só do poder público, mas também dos demais profissionais das áreas, eles vêem isso como sendo uma medicina de segunda classe. (Médico)

[...] Quantas vezes eu não escuto do usuário: aquele médico, não sei não, ele só conversou, falou para eu parar de comer isso e aquilo, mas não pediu nenhuma endoscopia, né? [...] Então, isto está na cultura popular e também na nossa formação acadêmica, devido às técnicas e aos procedimentos que são mais valorizados. (Enfermeira)

Na verdade, a gente percebe que as pessoas que trabalham no SUS, no PSF, são pessoas com residência, são pessoas com mestrado, doutorado e até pós-doutorado, que estudam e trabalham, só que não são reconhecidas e não recebem o devido tratamento [...] Então, eu acho que isso ainda precisa caminhar pra poder estimular a participação dos profissionais de saúde no SUS. Isso tá faltando [...] (Médico)

Na verdade, a questão vai além do que é apontado por Pedrosa e Teles (2001), uma vez que esse preconceito está entranhado, aparentemente, não só nos “outros médicos” e na população, mas também nos profissionais do PSF. Algumas falas de nossos entrevistados revelam isto:

[...] então, esse preconceito existe, e dentro da gente mesmo, e dentro das pessoas que fazem o PSF [...] (Médico)

[...] às vezes, eu também me questiono se eu levaria os meus filhos para o médico de família ou para um pediatra. (Médico)

Com base nessas falas, pode-se concluir que são vários os entendimentos sobre o PSF e que os próprios profissionais do programa, os demais profissionais de saúde e a população desconhecem essa nova estratégia, que introduz outra lógica assistencial.

Percebemos que essas pessoas utilizam como referencial o modelo tradicional e se frustram porque não enxergam a complexidade de seu trabalho, que envolve outra prática e outro saber, os quais, sem dúvida, exigem formação diferenciada.

Escorel et al. (2002) afirmam que a capacitação dos profissionais é um dos entraves do PSF e que os pólos de capacitação permanente dos profissionais, em diversos centros urbanos, nem sempre conseguem cumprir sua atribuição básica, que é oferecer os treinamentos introdutórios.

Nesse sentido, um dos objetivos principais do Proesf é “reforçar a política de recursos humanos na área de saúde”, através de estratégias tanto da adequação do perfil profissional quanto da valorização dos trabalhadores. Para tanto, as linhas de investimento previstas são: Capacitação e Educação Permanente de Recursos Humanos; Formação de Recursos Humanos em Saúde da Família; Apoio e Monitoramento das Atividades de Desenvolvimento de Recursos Humanos (BRASIL, 2003). Aqui, cabem algumas questões: Que modalidades de ensino poderiam ser empregadas para a adequação dessa clientela? Quem seriam os formadores desses cursos? Pessoas de fora ou pessoas ligadas à Coordenação das Equipes de Saúde da Família, como acontece com o curso de formação de ACS, fornecido por membros da própria equipe? Em relação aos médicos, de onde viriam tantos generalistas, visto que, durante a graduação, essa formação não é valorizada? E quanto aos cursos de especialização? Em que horário os profissionais fariam esses cursos, considerando-se que sua carga horária presencial está em torno de 360 horas, o que dificulta a participação dos profissionais, que se queixam, em relação à Estratégia Saúde da Família, da carga horária exaustiva?

Nossa intenção não é responder a essas questões, mas apontá-las para maior reflexão, pois está claro que o modelo de formação dos

profissionais do PSF não está totalmente adequado, representando um obstáculo para a consolidação desse novo modelo assistencial.

4.3 O trabalho nos Núcleos de Saúde da Família

De acordo com Foucault (1982), o desenvolvimento da medicina, da enfermagem e das demais profissões da área da saúde e as relações entre saber e poder nessas ciências foram construídos com base nas transformações do sistema de poder na sociedade, bem como no interior dos hospitais. Esse autor esclarece que, antes do século XVIII, os hospitais eram instituições de assistência aos pobres, onde os religiosos detinham o poder institucional. No entanto, a partir do momento em que os hospitais foram concebidos como instrumentos de cura e a distribuição do espaço os tornou um instrumento terapêutico, os médicos passaram a ser os principais responsáveis pela organização hospitalar, e a comunidade religiosa foi banida, para que o espaço pudesse ser medicalizado.

De acordo com Padilha et al. (1987), a época em que Florence Nightingale criou a profissão de enfermagem coincidiu com as transformações no interior dos hospitais ressaltadas por Foucault, o que estabeleceu o vínculo entre o saber médico e o saber da enfermagem, numa relação de subordinação. Esses autores ressaltam que, desde a criação da enfermagem, a disciplina, a obediência e o servilismo na profissão são considerados parte indissociável do exercício diário, não apenas no que tange às ações assistenciais, como também no que diz respeito às relações entre os médicos, a equipe de enfermagem e a administração hospitalar. Em nosso estudo, as enfermeiras com experiência no âmbito hospitalar confirmam essa visão, conforme revelam as seguintes falas:

Quando entrei para trabalhar dentro de um hospital, eu era apontada como uma pessoa jovem e sem experiência. Eu tinha muita dificuldade tanto com a equipe de enfermagem como com a equipe médica; eu estava sendo submissa [...] (Enfermeira)

Na área hospitalar, eu estava sendo cumpridora de ordens médicas, eu cumpria receituários, ordens, metas e normas estipuladas por uma equipe médica, e eu me sentia completamente abafada nesse sentido, sempre colocada à prova. (Enfermeira)

Lunardi (1994), fundamentando-se em Foucault, tece algumas considerações sobre a preparação acadêmica do profissional de enfermagem. Afirma que essa preparação está atrelada a uma formação disciplinar rígida, demonstrando que os instrumentos de vigilância e de punição são empregados no cotidiano da prática da enfermagem, em busca da disciplinação e da dominação, enraizadas na realização de procedimentos. Esse fato torna-se evidente pelas falas a seguir:

[...] sabe, na minha profissão tem essa coisa de que o que vale são os procedimentos, quantas veias você pegou, quantas injeções você aplicou, quantas sondas você passou [...] (Enfermeira)

[...] tem amigas minhas que trabalham no Hospital das Clínicas e dizem ter castigos, têm que responder perante a chefia, se você não está dentro dos padrões. (Auxiliar de enfermagem)

Entendemos que a Estratégia Saúde da Família, que se baseia no trabalho em equipe multiprofissional, pode permitir a superação dessa realidade, apontada por Foucault (1982), Lunardi (1994) e Padilha (1997), sobre a prática da enfermagem e das demais profissões da saúde com formação disciplinar rígida.

Nesse sentido, Franco e Merhy (2000) esclarecem que o PSF deve modificar os processos de trabalho, fazendo-os operar com “tecnologias leves dependentes”, o que pressupõe a superação das estruturas rígidas do conhecimento técnico estruturado, abrindo possibilidades para a produção de cuidados com maior interação e criatividade.

Segundo essa lógica, o perfil mais adequado para o profissional do PSF é o de um profissional versátil, que consiga se adaptar às mais diversas situações, como relata um de nossos entrevistados:

Então, eu atendo, então, faço atendimento dos pacientes, agora eu não faço tanto, mas eu fiz muito cadastro, muita visita domiciliar, participação em grupo, e participo das reuniões de discussões de famílias com os ACS, com a equipe, participo da supervisão clínica com especialistas que atuam aqui, além de atender, né? Eu dou supervisão clínica para todos os alunos e residentes, tenho uma parte de coordenação, fico no acolhimento, ajudo na recepção, atendo o telefone. Que mais? [...] eu brinco que aqui a gente faz de tudo um pouco, troco lâmpada, ajudo a consertar as escadas, eu varro se precisar varrer, o que precisar fazer a gente faz. (Médico)

Ainda sobre esse aspecto, Levcovitz e Garrido (1996) esclarecem que, para criar uma estratégia, torna-se necessário conceber um novo perfil de profissionais. Para isso, o processo de formação e capacitação deve se voltar para essa nova realidade.

Camelo (2002) divulgou sua dissertação de mestrado sobre Sintomas de Estresse nos Trabalhadores dos Cinco Núcleos de Saúde da Família, no Município de Ribeirão Preto, cenário de nosso estudo. Essa autora utilizou como instrumento de estudo o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de LIPP (ISSL), aplicado em todos os trabalhadores dos cinco NSF's, e constatou que 63% desses trabalhadores estavam estressados.

Segundo Camelo, os trabalhadores das Equipes de Saúde da Família devem ter habilidades para lidar com os problemas que podem aparecer na área de abrangência; portanto, devem estar preparados para diversas realidades, pois freqüentemente surgem situações diferentes daquelas do modelo tradicional de assistência à saúde, que demandam maior gasto de energia ou adaptação dos trabalhadores, podendo transformar-se em fatores estressantes para todos os membros da equipe.

De acordo com Lippi e Malagris (1995), nenhuma condição ou doença produz interação tão grande entre a mente e o corpo como o estresse⁶, que não se manifesta apenas física e emocionalmente, mas também afeta a qualidade de vida do ser humano e contribui para o surgimento de várias doenças.

Camelo (2002) relacionou os fatores estressantes com as funções desses profissionais. Para essa autora, os profissionais de enfermagem, por exemplo, estão submetidos a uma sobrecarga de trabalho, o que poderia justificar o fato de essa categoria apresentar o maior índice de estresse (80%) de toda a equipe de saúde.

Em nossa pesquisa, as enfermeiras entrevistadas realmente se referiram ao excesso de trabalho e, conseqüentemente, à falta de tempo gerada pela grande demanda de atividades próprias da enfermagem, como ilustra a seguinte fala:

[...] São tantas, né? e o tempo voa [...] Atualmente, eu e o médico estamos como coordenadores da unidade. Então, desde coordenar tudo isso, né? [...], organizar realmente a unidade para algumas coisas. Algumas coisas a equipe até ajuda a organizar. Junto outras eu mesma, que tenho que dar uma direção, né? [...] Desenvolvo a supervisão de agente comunitário [...] É planejamento de ações, é consultas de enfermagem, visitas domiciliares [...] é trabalho em grupo e também auxílio na orientação dos estágios planejados que vêm no núcleo [...] e atividades de organizar todo o material, material para reposição, enfim, “n” coisas. (Enfermeira)

Pela análise de alguns depoimentos, percebemos que os profissionais de enfermagem têm dificuldade em delegar responsabilidades a outros profissionais, conduta que pode estar associada a resquícios da formação mais rígida dessa categoria, como evidenciam as seguintes falas:

[...] Tem muito trabalho mesmo [...] a carga horária é puxada, mas eu não queria dividir aquilo que é meu, que eu conquistei aqui com

⁶ Para aprofundar este assunto, ler Lipp e Malagris (1995).

outro enfermeiro, não [...] Eu tenho ciúmes das minhas coisas aqui. (Enfermeira)

[...] É muito cansativo e sobrecarregado trabalhar aqui [...] Exige muito da gente, mas, na minha profissão, a gente já está acostumada em pegar no batente [...] (Enfermeira)

Apesar do exposto, todas as enfermeiras entrevistadas reconhecem a importância de seu serviço e se sentem valorizadas, graças à autonomia que têm no PSF, como denotam as falas a seguir:

Hoje, as pessoas, outros profissionais já enxergam a profissão de uma outra maneira, conseguem perceber a autonomia que o enfermeiro tem no PSF. (Enfermeira)

Eu acho que trabalhar com Saúde da Família é muito recompensante [...] A gente se sente valorizada. (Enfermeira)

[...] Aqui eu interajo com as pessoas, aqui eu converso e, na minha concepção, isso também é difícil, porque primeiro eu tenho que entender o nível escolar daquela pessoa, o tipo de linguagem, aonde eu posso chegar, o que eu posso avançar; depois, eu tenho que tentar ser compreendida, usando uma linguagem mais fácil, depois eu tenho que estimular, para que aquela pessoa se motive para mudança,. Eu acho que isso é muito mais complexo do que se pegar uma veia. (Enfermeira)

Nascimento e Nascimento (2005), através dos resultados de seu estudo sobre a Prática da Enfermeira no PSF, em Jequié (BA), revelam dados que correspondem aos encontrados em nossa pesquisa. Esses autores também verificaram que as enfermeiras se sentem valorizadas e têm seu trabalho reconhecido pela comunidade, uma vez que dispõem de mais autonomia em sua área de atuação, em que usam não só o saber clínico na prática assistencial, como também o saber epidemiológico, em situações de risco, e o enfoque educativo, nas ações de prevenção e de promoção da saúde.

De acordo com Camelo (2002), ainda em relação ao estresse nos NSFs, os ACS constituem a segunda categoria que mais sofre seus efeitos (70%). Para essa autora, os ACS estão mais vulneráveis às manifestações de estresse do que os outros membros da equipe de saúde, porque não possuem formação adequada e estão encarregados de ser o elo entre a equipe e a comunidade em que moram.

Lunardelo (2004) afirma que os ACS apresentam um “sofrimento” em relação à prática de seu trabalho, uma vez que enxergam seu papel na equipe de saúde de forma idealizada, desconsiderando a responsabilidade da equipe, dos indivíduos e das próprias famílias. Além disso, acrescenta que os ACS se sentem pressionados tanto pela equipe, no cumprimento das tarefas, como pela comunidade, que os vê como representantes de suas demandas.

A nosso ver, esses aspectos sobre a representação do trabalho dos ACS apontados por Lunardelo (2004) podem ser uma fonte de conflitos entre os ACS e os outros membros da equipe de saúde, já que o fato de os ACS idealizarem seu papel na equipe, que lhes impõe limites, pode frustrá-los; além disso, essa situação também pode ser considerada como fonte de estresse, tanto para os ACS quanto para os outros membros da equipe.

Os resultados da pesquisa de Camelo (2002) também demonstram que mais de 50% dos auxiliares de enfermagem dos NSFs exibiam manifestações de estresse. O fato de os auxiliares de enfermagem não realizarem constantemente a mesma função e conviverem ora com o enfermeiro, ora com os ACS, no entender dessa autora, garante-lhes maior equilíbrio do que aos demais membros da equipe de saúde. Ainda segundo a autora, os auxiliares de enfermagem, por estarem em contato tanto com o enfermeiro quanto com os ACS (categorias de risco), podem ser influenciados por estes profissionais e apresentar manifestações semelhantes de estresse.

Essa consideração de Camelo não condiz com o que constatamos nas entrevistas com as auxiliares de enfermagem, de cujos depoimentos deduzimos que existem outros fatores, em seu trabalho nos NSFs, que podem ser fontes de estresse para essa categoria.

A princípio, observamos que, diferentemente dos relatos dos médicos e das enfermeiras, o discurso das auxiliares de enfermagem foi sucinto quanto ao conteúdo das respostas. É possível que esse comportamento reflita uma postura de submissão, devido à dificuldade de expressarem livremente suas opiniões, pois a maioria desses profissionais acredita na existência de uma hierarquia na equipe de saúde, como evidenciam as seguintes falas:

Aqui, o relacionamento aqui é hierárquico [...] Posso não responder? (Auxiliar de enfermagem)

É [...] não, não tenho nenhum comentário [...] (Auxiliar de enfermagem)

Aqui, eu aprendi que o melhor é ficar bem quieta. Mesmo sabendo de alguma coisa, é só concordar. (Auxiliar de enfermagem)

De acordo com Dejours (1992), existe sofrimento quando a relação entre sujeito e organização do trabalho está bloqueada, quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais e psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação, e encontra como resposta apenas sua insatisfação. Assim, não somente as exigências psíquicas do trabalho desencadeiam o sofrimento, mas também a certeza de que o nível de insatisfação não diminuirá. Essa insatisfação se traduz na dificuldade que algumas auxiliares de enfermagem entrevistadas sentem quando se colocam diante da equipe multidisciplinar para garantir seu espaço no exercício profissional.

Também verificamos que todas as auxiliares de enfermagem se sentem sobrecarregadas, em consequência do acúmulo da função de “auxiliar administrativo”, e lamentam não ter tanto tempo para prestar assistência aos pacientes, como se constata pelas seguintes falas:

[...] Existe, sim, uma frustração, por tá deixando a parte técnica um pouco esquecida. Aqui precisava de um auxiliar administrativo pra fazer a parte burocrática. (Auxiliar de enfermagem)

[...] Dizem que em Saúde da Família não existe recepcionista, né? Todo mundo tem que fazer tudo. É isso que falam, mas na verdade sobra mais para o auxiliar atender ao telefone, pegar as pastas e tudo mais. Quando está tranquilo, tudo bem, mas tem dias que é bem tumultuado aqui. Eu gostaria que tivesse uma recepcionista só para fazer isso [...] (Auxiliar de enfermagem)

[...] A gente faz aqui de tudo um pouco, né? Atende a recepção, faz as visitas domiciliares. Na falta do agente comunitário, a gente é o agente, entendeu? A gente tem que auxiliar o médico na sala de atendimento, a recepção é tumultuada, tem dias que está bem cheia [...], e não dá tempo de ouvir mais as pessoas, de atender melhor os pacientes [...] (Auxiliar de enfermagem)

Ainda conforme Camelo (2002, p. 82), são os médicos que apresentam o menor índice de estresse. Essa autora afirma que “talvez isso ocorra porque as suas atividades estão mais centradas na unidade, e quando a família chega até ele, já lhe foi passada a maior parte das informações e/ou situações de risco das mesmas”.

Entretanto, em nosso estudo observamos que alguns médicos estão insatisfeitos com sua prática profissional na Estratégia Saúde da Família, o que pode ser fonte de estresse, como ilustram as seguintes falas:

Fica uma coisa assim: na teoria, o médico do PSF não vai ficar só no curativo, ele tem que participar da prevenção, da promoção, mas na prática não funciona assim [...] Acabam chamando a gente para se discutir na teoria coisas que na prática não se consegue colocar. (Médico)

Atualmente, eu tenho tido dúvidas [...] em relação ao que a gente tem feito, se isso faz alguma diferença, se faz tanta diferença do que um serviço tradicional possa fazer [...] Não é tudo tão lindo, tão maravilhoso como querem pintar o PSF. As coisas não são bem assim [...] Aqui, a gente tem ficado muito e somente no atendimento [...] Promoção e prevenção também é uma coisa que não entrou na de ninguém [...] A própria equipe não consegue

entender essa importância, porque acaba fazendo tudo pela questão da consulta. (Médico)

A nosso ver, essa insatisfação está relacionada ao fato de esses profissionais verem seu trabalho no PSF como a reprodução da prática do modelo tradicional de assistência.

Nessa mesma lógica, Ronzan e Ribeiro (2004) buscaram avaliar a configuração das práticas e das crenças dos médicos do PSF em quatro municípios de Minas Gerais. De acordo com os resultados, a maioria dos médicos entrevistados identifica a prática de seu trabalho no PSF como uma perpetuação do antigo modelo assistencial e considera o programa um “lugar de passagem” para outras áreas de atuação.

Germano et al. (2005) apresentaram uma pesquisa sobre a Capacitação das Equipes do PSF, no município de Natal (RN), e os resultados revelam que é da categoria dos médicos o maior índice de rotatividade nas equipes do PSF, motivando freqüentes substituições, o que dificulta o processo de capacitação dessa categoria para o trabalho no programa.

De acordo com Camelo (2002), não há relação entre o estresse nos NSF's e as condições ambientais da comunidade. Entretanto, para essa autora, existem outros fatores estressantes, próprios dos NSF's e dos trabalhadores, que ainda devem ser investigados.

Analisando as falas de nossos entrevistados, pudemos perceber outros possíveis fatores estressantes. Nosso objetivo não é discutir esses fatores, mas apontá-los para futuras reflexões. A seguir, mostraremos algumas vivências que traduzimos como dificuldades ao trabalho dos profissionais nos NSF's:

Carga horária: os profissionais afirmam que o tempo dispensado ao trabalho é um elemento desgastante, como se conclui pelas seguintes falas:

[...] A carga horária aqui dentro é muito puxada [...] (Enfermeira)

[...] Quarenta horas semanais é muito, oito horas diária é muita coisa [...] (Médico)

Questões salariais: alguns profissionais estão insatisfeitos com os salários, de acordo com as funções desempenhadas, como denotam as seguintes falas:

O salário aqui não é nem um pouco satisfatório. (Médico)

Acho que tem que se rever muita coisa. A questão salarial, a carga horária, porque senão não vão ter profissionais que ficarão muito tempo no mesmo lugar. (Médico)

Poder decisório: segundo os profissionais, sua autoridade acaba ficando limitada, impedindo a solução de vários problemas, por causa da divisão da coordenação entre várias pessoas, como se percebe pelas seguintes falas:

[...] Aqui dentro tem muita chefia, muito cacique para pouco índio, como se falam [...] Tô meio que querendo que o militar abaixe aqui e dê uma ordem única e que aquilo seja seguido porque se discute muito, discute muito e discute muito e, no outro dia, é a mesma coisa, não consigo enxergar diferença [...] (Médico)

[...] A coordenação fica entre os médicos, os enfermeiros, um professor da medicina e um da enfermagem, mas, ao mesmo tempo, ninguém manda de verdade [...] (Médico)

Relacionadas à assistência: os profissionais manifestam a preocupação com sua relação com os pacientes e com os familiares destes, e com o envolvimento com as histórias dos pacientes. Além disso, manifestam a preocupação com a organização dos serviços de saúde, como denotam as seguintes falas:

[...] Tem dificuldades operacionais mesmo do próprio sistema. A gente entende que o sistema é um só, um sistema único, mas na

prática isso não é fácil, porque a gente precisa do especialista e tem uma fila e, dependendo do especialista, fica um ano na fila, né? O papel vai, ele fica numa fila de papéis ali, que quem tá organizando essa fila não tá vendo a pessoa né? E o paciente tá aqui na nossa frente, né? É duro [...] Então, na prática a gente tem vários entraves para lidar [...] (Enfermeira)

[...] Bom, o vínculo [...] tem algumas desvantagens também, nós sofremos mais com as pessoas por elas serem mais próximas, se sofre mais com as dores, se sofre mais com os problemas sociais, se sofre mais com as perdas, né? (Enfermeira)

Relacionadas à assistência e pesquisa: referem-se às características situacionais dos NSF's como espaço de assistência e pesquisa, o que pressupõe um rol de atividades que devem ser cumpridas. Isso pode ser percebido pelas seguintes falas:

[...] Também tem muitas dificuldades aqui, tem o ensino no Núcleo, não é só assistência, a gente lida com a assistência, pesquisa, ensino e tem que se desdobrar em todas as coisas [...] Então, eu tava agora no computador fazendo um pedido de solicitação para estágio, agora você chegou, e eu parei para auxiliar na pesquisa. Já tem uma criança ali fora me esperando para uma consulta. Então, a gente vai no bolo, fazendo tudo. Aí nesse meio, o telefone toca, vem um professor e te chama, e você vai fazendo, não é separadinho, vai acontecendo tudo junto [...] (Enfermeira)

Cobranças: correspondem às solicitações recebidas que chegam como pressões para o cumprimento de deveres, muitas vezes quase impossíveis de realizar, em razão de fatores diversos, como se constata pelas seguintes falas:

[...] Tem o Ministério, que faz uma proposta de treinamento, e vem uma área específica e faz uma outra proposta. Ninguém se conversa [...] Então, cada área acha que a prioridade [...] tem que ser da vacina, da amamentação e não sei o quê [...] Saúde da criança pensa nisso, Saúde da mulher vem e fala não. Campanha

do Papanicolaou, aí vem a Vigilância e fala não: Agora tem que se tomar conta da dengue! Tem que se fazer busca ativa da tuberculose. Então, cada programa que ainda é fragmentado lá em cima no Ministério ou na Secretaria de Saúde acha que é uma prioridade, e cada área tem a sua, né? E todos eles acham que a Saúde da Família tem que dar conta de tudo [...] (Enfermeira)

[...] O projeto já vem pronto do Ministério [...] Tudo é importante, importante é, né? Mas isso vem tudo fragmentando, não se vem integrando as coisas [...] Então, dificuldade a gente tem, né? Tem muitas aqui na prática, tudo sobra pra gente fazer. Como é que a gente vai dar conta de tudo e que às vezes desanima. Então, de vez em quando a gente fica todos desanimados [...] (Enfermeira)

Relacionamento interpessoal: salienta os problemas de convívio com outros profissionais, o que pode dificultar a integração dos membros da equipe de saúde, como ilustra a fala a seguir:

[...] Então, para não haver atritos, não haver confrontos pessoais, até mesmo profissionais, aqui você sempre tem que estar se policiando, né? para não passar dos limites, né? e ver até aonde você vai ou aonde você tem que parar, é assim, né? [...] (Auxiliar de enfermagem)

Percebemos que essas vivências nos NSF's podem ser causas de conflitos, que funcionariam como fontes de estresse para os profissionais da equipe de saúde. O debate e o enfrentamento dessas questões são fundamentais à implantação e à manutenção do PSF.

4.4 O trabalho em equipe

De todas as vivências já apontadas, chamaram nossa atenção a dificuldade de relacionamento interpessoal e seus efeitos no trabalho da equipe de saúde. Por essa razão, decidimos aprofundar essa questão neste capítulo.

O trabalho em equipe diz respeito à dimensão da atividade humana relacionada à prática produtiva. Pode desenvolver-se em equipe constituída por profissionais de uma mesma categoria ou ser multiprofissional. Implica o compartilhamento de ações de planejamento, a divisão de tarefas, a cooperação e a colaboração entre seus membros (FEUERWERKER e SENA, 1999).

Fortuna et al. (2005, p. 262) definiram o trabalho de equipe em saúde como “uma rede de relações entre as pessoas, relações de poderes, saberes, afetos e desejos, onde é possível identificar os processos grupais”.

O trabalho em equipe multiprofissional é considerado importante pressuposto para a reorganização do trabalho no âmbito da Estratégia da Saúde da Família, visando a uma abordagem mais integral e resolutiva, o que pressupõe mudanças da organização do trabalho e dos padrões de atuação individual e coletiva, favorecendo uma maior integração entre os profissionais e suas ações.

Espera-se dos profissionais da equipe do PSF que:

[...] sejam capazes de conhecer e analisar o trabalho, verificando as atribuições específicas e do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade, como também compartilhar conhecimentos e informações (BRASIL, 2001, p. 74).

Neste estudo, pudemos perceber que a maioria dos profissionais reconhece e valoriza a importância do trabalho em equipe, como se verifica pelas seguintes falas:

[...] O trabalho em equipe [...] ajuda assim especificamente no meu trabalho [...] E o médico tem que entender que sozinho ele não faz nada, sozinho ele não resolve, não trata. Ele simplesmente é uma pontinha ali do *iceberg* [...] de trabalhar, de tratar a saúde do indivíduo, né? [...] O trabalho em equipe consegue diluir a ansiedade, as dificuldades, né? que a gente às vezes encontra no dia-a-dia e que cada um depois, com a sua experiência, ajuda a construir, a trabalhar com o problema e a achar soluções. (Médico)

Eu não conseguiria mais trabalhar fora de uma equipe. Eu fico perdida [...] se precisar de uma decisão minha para resolver qualquer coisa [...] que não seja compartilhada com a equipe, discutida dentro da equipe [...] É, eu não consigo mais tomar essa decisão [...] (Enfermeira)

Entretanto, todos os profissionais expressaram dificuldades para trabalhar em equipe. Devido à impossibilidade de listar todas as falas dos entrevistados, três foram selecionadas para ilustrar essa percepção:

[...] É, acho que talvez seja melhor do que se trabalhar de uma forma individualizada, mas é muito difícil [...] (Médico)

[...] Difícil, muito difícil [...] Na verdade, o trabalho em equipe é uma coisa que aqui a gente não conseguiu [...] (Enfermeira)

[...] Difícil, muito complicado, não gosto nem de comentar [...] (Auxiliar de enfermagem)

Estudos recentes têm analisado o trabalho em equipe nas unidades do PSF, relacionando-o a uma gama de aspectos que dificultam sua operacionalização.

Ciampone e Peduzzi (2000), por exemplo, esclarecem que a formação dos profissionais de saúde ainda está relacionada ao modelo biomédico, configurando uma separação entre as esferas biológica e psicossocial, que pouco contribui para a interação dos profissionais de saúde, dificultando a concretização do trabalho em equipe.

Para alguns profissionais que entrevistamos, a formação profissional é um dos fatores que estariam dificultando o trabalho em equipe, como mostra a seguinte fala:

[...] A gente tem uma formação mais rígida, uma formação mais dura. Então, o trabalho em equipe é uma coisa extremamente difícil de conseguir, cada um teve a sua formação, não fomos preparados para isso [...] (Enfermeira)

Pode-se perceber que, embora a Estratégia de Saúde da Família estabeleça um modelo de assistência mais integrado, que necessita de interfaces entre os saberes dos profissionais da equipe multiprofissional, o que ocorre é a falta de conexão entre os conhecimentos.

Refletindo sobre o assunto, Franco e Merhy (1999, p. 3) afirmam que, apesar de o PSF propor uma prática multiprofissional de assistência, não existe nenhuma garantia de que haverá ruptura com a dinâmica centrada em ações médicas do modelo tradicional, uma vez que:

[...] O programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, no desenho sob o qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres cotidiano de cada profissional [...]

Na visão de alguns profissionais que entrevistamos, essa concepção também aparece, como se verifica pela seguinte fala:

[...] A gente prioriza o atendimento. Então, eles também priorizam o atendimento. Tudo passa pelo médico, pela questão curativa.
(Médico)

De acordo com Bastos (2003), a concepção de equipe aparece de forma desigual, e a representação dos entrevistados sobre a hierarquia entre profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) e os demais (auxiliares de enfermagem e ACS) permanece, apesar do discurso igualitário e da ênfase na comunicação entre os componentes da equipe.

Em nosso estudo, também foi possível perceber que, no entender de alguns profissionais, existe um relacionamento hierárquico entre os membros da equipe de saúde, que dificulta a integração dos profissionais. Isso pode ser evidenciado pela seguinte fala:

Aqui não tem solução, é muita pressão. Quando a gente tentava expor alguma coisa, a reunião fica cansativa, pesada, não adianta, não dá, não vira nada. Então, a gente só escuta isso: “Eu sou a coordenadora, eu mando aqui”. A gente ouve direto isso, então

para que falar. Cansa, no fim são eles que decidem. (Auxiliar de enfermagem)

Nossos resultados também apresentam semelhanças com aqueles obtidos por Silva e Trad (2005, p. 12). Segundo essas autoras, o planejamento e a avaliação das ações nas equipes do PSF acabam sendo desenvolvidos pelos profissionais de nível superior, e tanto os ACS quanto os profissionais de nível médio “não se sentem à vontade para opinar sobre o que está sendo proposto” nas reuniões semanais.

Essas autoras acrescentam que se torna necessário verificar como os membros da equipe de saúde interagem e se essa interação possibilita ou não a construção de um projeto compartilhado por todos.

Segundo o estudo desenvolvido por Pedrosa e Teles (2001), o trabalho em equipe no PSF revela baixo grau de interação entre as categorias profissionais e ausência de responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho.

Também verificamos essa percepção de ausência de responsabilidade, conforme se vê pela fala a seguir:

[...] Mas sinto que tem assim como eu posso te falar. É [...] muitos casos de descompromisso por parte de alguns profissionais que dificultam a realização de um projeto comum [...] (Enfermeira)

Portanto, pode-se constatar, através dos estudos expostos e da visão de alguns profissionais entrevistados, que existem vários obstáculos na operacionalização do trabalho em equipe no PSF.

Em nosso estudo, porém, verificamos que a maior dificuldade para a implementação do trabalho em equipe é o já citado relacionamento interpessoal, que, a nosso ver, é a principal fonte de conflitos entre os integrantes da equipe de saúde, como demonstra a seguinte fala:

[...] Você acaba tendo um convívio muito de perto com as pessoas aqui de dentro, os “colegas” [...] Tem essa questão de não se conseguir separar o que se é profissional do que é de pessoal. Enfim, o convívio aqui dentro é muito estressante! (Médico)

Segundo Fortuna et al. (2005, p. 264), cada integrante da equipe de saúde “possui um saber, uma história de vida diferente, uma formação específica”, ou seja, diferenças que sempre devem ser consideradas para evitar o risco de trabalhar como numa fábrica, de forma fragmentada. Entretanto, percebe-se, através da visão de alguns entrevistados, que essa não é uma tarefa fácil, como ilustram as seguintes falas:

Difícil, muito complicado [...] porque tem pessoas, e essas pessoas têm seu ponto de vista, e têm algumas que não aceitam mudar de opinião. Aqui, é muito complicado se trabalhar em equipe. Não gosto nem de comentar. (Auxiliar de enfermagem)

A gente faz, às vezes, um esforço muito grande pra deixar valores da gente, pra poder deixar a coisa funcionar, né? mas nem todo mundo age assim. É muito difícil, como é difícil trabalhar na equipe! (Auxiliar de enfermagem)

De acordo com Fortuna et al. (2005), o trabalho em equipe no PSF vai se elaborando em seu fazer do cotidiano, mas precisa ser analisado, pois passa por momentos de satisfação, de dificuldades, de paralisação, sendo um processo de idas e vindas, em várias direções. Essas autoras ressaltam ainda a dificuldade da equipe em se reunir para conversar, pois é nessas ocasiões que ficam evidentes as contradições e as expectativas que um profissional sente em relação ao outro e não são claramente faladas. Essas considerações também valem para nosso estudo, como denotam as seguintes falas:

Eu só fui compreender o sentido mais exato do que é isso vivenciando, porque o trabalho de equipe não é cada um fazer uma parte, mas é um grupo poder sentar e discutir um objetivo e criar certo jeito de agir, entendendo a equipe como alguma coisa nesse sentido, né? Dá muito trabalho, mas é muito mais prazeroso do que os outros modelos de trabalho de equipe que eu vivenciei. (Enfermeira)

[...] Ao longo de uma convivência, tem seus períodos de atrito, seus períodos de dificuldade. Então, é aonde que eu falo: é o renovar, um refletir sempre, porque é com o passar do tempo que as pessoas conhecem os seus defeitos, você passa a conhecer os do outro, mas você não pode deixar isso influenciar na sua questão profissional, né? Então, é sempre um renovar todo dia, pelo menos para mim é, senão a casa cai! (Auxiliar de Enfermagem)

Refletindo sobre o assunto e tentando apontar soluções para o problema, Lunardelo (2004) afirma que as equipes de saúde têm encontrado muitas dificuldades e propõe que a supervisão externa poderia ser um mecanismo importante para auxiliar o trabalho da equipe.

Considerando a importância da reflexão dessa autora, tentaremos aprofundar esse questionamento a seguir, trazendo a contribuição de alguns autores que trabalharam com essa temática.

4.5 A importância da supervisão externa

De acordo com Osório (1997), embora a prática do trabalho supervisionado tenha surgido na Idade Média, foi a psicanálise que introduziu a supervisão nas ciências psicológicas. Para muitas áreas de conhecimento, a supervisão ainda significa uma super-visão de alguém com visão privilegiada e que detém o saber desejado.

Contudo, com os avanços da grupoterapia, a supervisão também foi mudando sua concepção, metodologia e prática, sendo considerada hoje como uma co-visão, isto é, um olhar atento, que assinala os caminhos percorridos pelo grupo supervisionado, de maneira a propiciar que este perceba seu modo de sentir, pensar e agir (OSÓRIO, 1997).

Para Matumoto et al. (2005), a supervisão externa é "um dispositivo para que os integrantes da equipe possam entender que as diferenças existem". É um processo que implica tempo e espaço, para que a equipe de saúde da família possa se analisar na produção de seu trabalho. Essas autoras esclarecem que:

[...] No trabalho de supervisão, os supervisores precisam ajudar a equipe a suportar a quebra desse mito de equipe perfeita, perceber e lidar com sua incompletude, ou seja, suportar um sentimento de falta permanente e usar positivamente a potência de produção daquilo que já detém para a produção de cuidado. Sem essa superação, a equipe se imobiliza pela falta (falta de um determinado profissional, um exame, recursos materiais) e não consegue saltar para um processo criativo a partir dos recursos que já produz (MATUMOTO et al., 2005, p. 13).

Para alguns profissionais de nível superior que entrevistamos, a supervisão externa seria um instrumento importante para que os membros da equipe de saúde pudessem lidar com adversidades do cotidiano do trabalho, representando um espaço para a reflexão do trabalho desenvolvido, como denota a seguinte fala:

[...] Quando você coloca limites, você constrange, mas esse constrangimento também é inerente ao trabalho, e isso dá um certo conflito se a gente não percebe essa situação, que faz parte do controle do trabalho, e tentar levar o grupo a refletir sobre isso é um trabalho muito árduo e requer muita maturidade, pois a gente aprende que vai ser atacada, vai ser objeto de ódio, porque “eu só tô aqui fazendo esse trabalho penoso por culpa dela, porque senão eu podia viver mais tranqüila” e não podia, porque qualquer lugar onde você for trabalhar, a sua vontade vai ser cerceada, é inerente a trabalho. Então, eu ainda penso que uma supervisão externa seria muito importante para a equipe. (Enfermeira)

Verificamos também que alguns profissionais acreditam que as reuniões e os espaços para a discussão nada acrescentam à produção do trabalho, pois não se consegue colocar em prática o que se discutiu. Isso pode ser evidenciado pelas seguintes falas:

[...] Eu tenho até desistido de reuniões, porque a gente senta para se reunir, pára e acaba discutindo, discutindo e discutindo um monte de coisas onde não se resolve nada [...] (Médico)

[...] Essas reuniões são pesadas e chatíssimas. Só se discute. Para mim, é tempo jogado fora, porque se fala muito, mas se faz pouco. Então, não adianta, porque quem precisa mudar não muda. (Auxiliar de enfermagem)

Nesse sentido, Matumoto et al. (2005, p. 18) esclarecem que:

Muitas vezes, em reuniões de supervisão, a equipe de trabalhadores expressa a sensação de não estar produzindo trabalho quando conversa, se reúne, discute, troca idéias. Isso pode estar relacionado com a matriz de trabalho como produção de técnicas e procedimentos para a lógica da produtividade. Mas esta posição também pode ser expressão de resistências às mudanças que são vividas nos grupos.

Entendemos também que a supervisão externa pode ser de extrema importância para todos os integrantes da equipe de saúde, pois, além de criar espaço para a reflexão sobre a prática do trabalho, o supervisor pode auxiliar os membros do grupo a reconhecer algumas defesas inconscientes que estariam dificultando as mudanças do processo de trabalho. Sabe-se que o ser humano manifesta numerosas defesas inconscientes, sendo a mais freqüente a projeção. De acordo com Laplanche e Pontalis (1998, p. 374), “projeção é uma operação pela qual o sujeito expulsa de si e localiza no outro (pessoa ou coisa) qualidades, sentimentos, desejos, que ele desconhece ou recusa nele”. Logo, temos a tendência ocasional de enxergar no outro um problema que freqüentemente é nosso, como demonstra a fala a seguir:

Olha, fala-se tanto, mas tanto em grupo aqui dentro, e se você fala alguma coisa, eles vêm com aquele textinho: “vamos ver o que é grupo, o grupo é assim”. Ninguém aqui agüenta mais isso, e as pessoas não se tocam que são elas mesmas que não estão sabendo trabalhar em grupo, principalmente a coordenação. (Auxiliar de enfermagem)

Já alguns profissionais acreditam que a equipe de saúde deve ter um suporte psicológico para lidar com as adversidades das situações, que, muitas vezes, a equipe não consegue solucionar, conforme se nota pelas seguintes falas:

O respaldo psicológico é o que eu sinto que mais falta aqui dentro, porque isso é uma coisa que nós temos muito forte aqui, os problemas sociais, essas coisas. Isso acaba trazendo muito quadro de depressão, muita tentativa de suicídio. A gente pega muito essa situação aqui, o psicólogo, eu sinto falta de um que ficasse aqui dentro, até para ajudar as pessoas daqui lidarem melhor com os problemas. (Enfermeira)

[...] Eu acho, quer dizer, tenho certeza hoje que não foi avaliada a condição de um apoio psicológico, falta para a equipe um apoio psicológico. Eu acho que falta na equipe um psicólogo que seria essencial pra equipe, não para os pacientes, né? pra tá desenvolvendo atividades para liberar o estresse, pra ouvir, pra trabalhar coisas que, muitas vezes, ficam guardadas, e que e, nenhum momento é colocado nas discussões de equipe, e isso vai ser colocado em casa ou o trabalho não anda. Então, eu acho que um apoio psicológico na equipe é essencial para que isso continue a dar certo. (Auxiliar de enfermagem)

A busca da maior atenção possível, não só no PSF, como também em outros campos do saber, necessita do estabelecimento de “interfaces entre os saberes das disciplinas em que se compartimentalizava o conhecimento humano” (OSÓRIO, 2003, p. 83). Dessa necessidade surge, segundo esse autor, a multidisciplinaridade, mas, para ele, somente o agrupamento de profissionais de diferentes disciplinas, para que cada um

contribua com sua cota de conhecimento especializado, não basta para diminuir as lacunas da prática compartimentalizada. Assim, nasce o exercício da interdisciplinaridade, que se apóia no elemento de conexão entre as disciplinas e seus postulantes e é, portanto, intrinsecamente uma prática grupal. Osório acrescenta que:

[...] Há necessidade não só do intercâmbio de conhecimentos acumulados e em transformação pelas distintas disciplinas, mas de uma atitude interdisciplinar interna, ou seja, da disponibilidade de pensar 'em leque' e não 'em funil', de predispor-se a ser fertilizado pelas idéias alheias, de mediar, em seu próprio aparelho mental, conflitos entre o conhecimento adquirido e o que não se possui, mas que insiste em se fazer presente através de saberes contíguos (OSÓRIO, 2003, p. 83-84).

Portanto, trabalhar numa equipe multiprofissional não significa buscar uma síntese de saberes, mas a possibilidade de dialogar entre disciplinas distintas, que, na maioria das vezes, possuem temáticas comuns e interfaces. Significa também a substituição de um modelo hierarquizado, para que possa ocorrer a interlocução entre os diversos saberes. Se assim é, entendemos que a existência de um suporte psicológico é importante para a equipe de saúde, pois poderia trazer, para os membros que a compõem, a reflexão sobre a subjetividade dos pacientes e de seus familiares, além de favorecer o funcionamento interdisciplinar, facilitando a comunicação entre os profissionais. Entretanto, entendemos também que o maior problema da interdisciplinaridade provém da formação dos profissionais que passam a integrar uma equipe do PSF e tentam transpor, para sua prática, o modelo clínico aprendido na graduação, freqüentemente sem o preparo sobre a especificidade desse campo de trabalho.

4.6 O agente comunitário de saúde na visão dos profissionais

Pode-se perceber que existem vários posicionamentos sobre o papel do ACS nos NSF's. A visão dos outros membros da equipe de saúde, em

relação ao ACS, permite identificar aspectos críticos que situam esse profissional como um ator complexo, que pode representar tanto o “mocinho” quanto o “vilão” na equipe. Pretendemos traçar alguns paralelos e comparações entre este estudo e outros realizados sobre esse novo ator no cenário da saúde.

No estudo desenvolvido por Carvalho (2002) sobre a prática do ACS, no município de Itapequerica da Serra (SP), foi observado que esse profissional preenche um vazio nas práticas de saúde, configurando-se em elo vivo entre a equipe de saúde e a comunidade. Essa autora, através dos depoimentos trazidos pelos ACS, membros da equipe e usuários, concluiu que:

Foi com a inserção da prática do agente comunitário de saúde que a unidade conseguiu se apropriar mais deste território de responsabilidade, pois o agente comunitário de saúde, ao atuar de casa em casa, revela e leva para dentro das unidades de saúde realidades desconhecidas da equipe da unidade, interligando saúde e condições de vida (CARVALHO, 2002, p. 114).

Essa visão sobre o ACS como ponte entre o serviço de saúde e a comunidade, interferindo positivamente no trabalho da equipe de saúde, também aparece em nosso estudo, como se percebe pelas seguintes falas:

O agente comunitário é fundamental pra equipe. Além de ele ser a pessoa que faz essa ponte maior entre a equipe e a comunidade, né? porque ele tá no dia-a-dia dessa comunidade, é o que vai estar presente por morar na comunidade, por conhecer melhor a área e também porque ele faz essas visitas mensais. Então, eu acho que o trabalho da gente fica mais fácil quando eu tenho informações que eu não teria aqui dentro do consultório, por exemplo, num atendimento normal. Então, eu posso entender melhor o que tá acontecendo com aquele indivíduo. (Médico)

[...] O agente, ele [...] é realmente a ligação entre o funcionamento da unidade e os anseios da comunidade, né? [...] é aquela pessoa que recebe a autorização da família para tá

entrando na casa, pra tá conhecendo a dinâmica da família, muitas vezes dinâmicas complicadas, conflituosas e que a gente aqui, que trabalha mais na unidade com as consultas médicas, com as consultas de enfermagem, às vezes não tem acesso a essas informações. Então, tendo acesso a outras informações, a gente consegue elaborar um plano ou uma idéia do que acontece realmente no ambiente em que essa família vive. (Enfermeira)

[...] O agente comunitário traz informações para a equipe conhecer as famílias [...]. Ele é a ponte mesmo da equipe, tudo ele traz, tudo ele leva, tudo que você pergunta, ele está por dentro [...] Ele ajuda muito mesmo. (Auxiliar de enfermagem)

De acordo com Carvalho (2002), o fato de o ACS atuar na mesma comunidade em que mora favorece o estreitamento de vínculos entre esse profissional e os usuários do sistema de saúde, em consequência dos laços de confiança, responsabilidade, respeito e compromisso que normalmente o ACS estabelece com a comunidade.

Nessa mesma perspectiva, Lunardelo (2004), em seu estudo sobre o trabalho dos ACS nos NSF's, em Ribeirão Preto (SP), cenário de nosso estudo, investigou a percepção dessa categoria sobre sua prática profissional, constatando, através dos depoimentos colhidos, que o fato de o ACS ser integrante da comunidade:

[...] possibilita-lhe viver, em situações semelhantes às dos próprios usuários da saúde, uma relação de identificação com as condições de vida daquela população. Esta identificação permite-lhe compreender melhor as condições e o estilo de vida dos mesmos, bem como as suas necessidades (LUNARDELO, 2002, p. 51)

Em nosso estudo, buscamos compreender a visão dos outros profissionais da equipe de saúde e analisar as percepções dos entrevistados sobre o fato de o ACS trabalhar e viver na mesma comunidade. Em seus depoimentos, alguns entrevistados elaboraram significados que se aproximam da visão de Lunardelo (2004):

[...] O agente comunitário ajuda muito a gente perceber como que é aquela comunidade, porque a comunidade é a cara do agente comunitário, entendeu? Que nem aqui, o agente comunitário tem um nível de escolaridade melhor, né? e [...] ele é a cara da comunidade, porque essa região é uma região diferenciada. Eu trabalhava na periferia, o agente comunitário era também um agente comunitário de periferia, sabia escrever muito pouco, que só sabia ler e escrever. Então, eu acho que o agente comunitário é a cara da comunidade, e a gente consegue enxergar um pouco mais da comunidade pelo agente comunitário. (Enfermeira)

Oliveira et al. (2003) desenvolveram um estudo que buscou identificar a percepção da comunidade de Anastácio, em Mato Grosso do Sul, sobre o trabalho dos ACS. As autoras avaliaram 180 famílias da zona urbana atendida pelo PACS. Os resultados demonstram que o ACS é o ator mais solicitado pela comunidade, no que se refere ao acesso aos serviços de saúde. De acordo com a visão da comunidade, o ACS é um elemento que facilita as relações entre as famílias e o sistema local de saúde, e seu papel é adequado.

Entretanto, alguns autores questionam se o fato de o ACS atuar na mesma comunidade em que mora realmente facilita o fortalecimento do elo entre a equipe de saúde e os usuários do sistema de saúde.

Silva e Dalmaso (2002) divulgaram um trabalho que objetivava compreender a identidade profissional dos ACS que atuavam no Projeto de Qualidade Integral em Saúde (Qualis), no município de São Paulo.

De acordo com essas autoras, o ACS transita entre dois pólos de tensão: o pólo institucional (equipe de saúde) e o pólo comunitário (comunidade). Portanto, em determinadas situações, ele se encaminha mais para o pólo institucional, ao passo que em outras se dirige mais para o pólo comunitário. E acrescentam que:

Ao estarem entre a equipe e a população, conformam um grupo próprio, com motivações, desempenhos e opiniões acerca do

trabalho comum. Portanto, seu vínculo é móvel, e a identidade, ambivalente (SILVA e DALMASO, 2002, p. 182).

Tal constatação sobre a identidade ambivalente do ACS coincide com algumas percepções dos profissionais que entrevistamos, conforme se nota pelas seguintes falas:

[...] Acho que seu papel é, às vezes, até meio dúbio, né? Será que ele é um membro da equipe ou um membro da comunidade? [...]. (Médico)

[...] Essa divisão é complicada [...] Eu percebo que, muitas vezes, o agente se enxerga conforme as necessidades dele [...] (Enfermeira)

[...] Quando se é agente, você tem dupla personalidade, né? [...] Aquela pessoa da unidade que visita o lado visitador e aquela pessoa que mora no bairro, o lado morador [...]. É um pouco difícil pra eles. (Auxiliar de enfermagem)

Nunes et al. (2002) se referem ao ACS como o “ator mais intrigante” da equipe do PSF, afirmando que o papel desse profissional é mais difícil, por ser de mediação.

Em seu estudo, essas autoras formulam a hipótese do caráter híbrido e polifônico desse ator. Quanto ao caráter híbrido e polifônico, pode-se pensar que se referem tanto à mescla — do saber biomédico e do saber popular — entre elementos de procedências diferentes que coexistem na formação desse novo ator social. E acrescentam que:

[...] O fato de ser o agente comunitário uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, e ser formado a partir de referenciais biomédicos, faz deste um ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas (NUNES, 2002, p. 2).

Concordamos com Nunes et al. (2002, p. 2), quando afirmam que o ACS, “numa posição estratégica de mediador entre a comunidade e o pessoal da saúde, pode funcionar ora como facilitador, ora como empecilho nessa mediação”.

Na visão da maioria dos profissionais que entrevistamos, o ACS exerce o papel de mediador entre a equipe de saúde e os usuários de forma positiva, ou seja, o ACS é percebido como facilitador do trabalho da equipe, como demonstram as falas a seguir:

Eu não vejo mais uma unidade de saúde sem o agente comunitário. Ele faz a diferença, ele muda a cara do trabalho, facilitando muito o nosso serviço. (Enfermeira)

Então, eu costumo dizer que os agentes comunitários de saúde são os olhos e os ouvidos, porque quem vê são eles, quem escuta são eles, até para trazer a informação para a gente. Eu acho o trabalho deles essencial para a equipe. (Enfermeira)

Assim, a maioria dos profissionais entrevistados percebe a importância do trabalho do ACS e acredita que esse profissional desempenha um papel complementar, ao identificar na comunidade situações ou problemas que os outros membros da equipe de saúde não conseguem perceber, já que suas ações acontecem com mais frequência nos NSF's, como se deduz pelas seguintes falas:

O agente comunitário de saúde tem o olhar da comunidade e, muitas vezes, durante as discussões, ele puxa para determinados detalhes ou para determinados sentidos daquela fala, daquela família, que eu não vejo, entendeu? [...] É ele que traz o retorno do que a equipe representa lá fora, porque são eles que vão à casa e, quando o serviço não está indo muito bem, isso volta através dele. (Médico)

[...] O agente comunitário olha de um outro ponto de vista a mesma situação que complementa, enriquece muito as discussões

[...]. Ele traz coisas que ele vê e que os outros profissionais não estão vendo, por estarem mais dentro da unidade [...] (Enfermeira)

Refletindo sobre o distanciamento da medicina e das outras profissões da área da saúde, em relação às práticas e às concepções populares de saúde, Foucault (1987) descreve como, com a descoberta da anatomia patológica, o interesse médico foi se voltando cada vez mais para as estruturas internas do organismo, em busca de lesões que explicassem as doenças e como, por consequência, a importância do sujeito foi se tornando cada vez menor. Construiu-se uma nosologia baseada na generalização dos achados anatômicos, sem lugar para o que não pode ser referido ao corpo doente ou, mais especificamente, a órgãos doentes. A condição do indivíduo passou a ser a de portador de doenças, estas, sim, vistas com interesse e positividade pelo médico.

Na mesma perspectiva, Almeida (1988) defende a idéia de que o processo diagnóstico representa o enquadramento da subjetividade do doente na ordem médica. Para esse autor, o médico não está preocupado com detalhes; sua função é traduzir o sofrimento do paciente em sinais e sintomas: “O discurso médico não consegue lidar com os dados da singularidade e homogeneiza as pessoas nos quadros clínicos e diagnósticos” (ALMEIDA, 1988, p. 29).

Outra importante contribuição para entender a relação entre a ciência médica e a questão da subjetividade na atividade clínica é o trabalho de Canguilhem (1990), em que é discutida a associação entre experiências de fisiologia nos laboratórios e a elaboração de conceitos sobre saúde e doença e, conseqüentemente, sobre diagnóstico e terapêutica, conceitos baseados em normalidade experimental, isto é, definidos com base em médias obtidas em situações cientificamente controladas, mas freqüentemente distantes da realidade concreta das pessoas.

Logo, a definição do que é doença e, em contraposição, do que é saúde, passa a depender do achado de substratos anatômicos e fisiopatológicos que identifiquem a doença ou, na ausência dela, a saúde, as quais, por consequência, passam a ser definidas não pelo doente, mas pelo

médico. Assim, destitui-se a experiência da doença de seu caráter subjetivo, negando ao paciente o direito de sentir o que relata, se não existir uma base cientificamente definida para sua sensação.

Este distanciamento do médico e dos demais profissionais da área da saúde, em relação às classes populares, necessita de um intermediário, no caso o ACS, para estabelecer o elo entre a equipe de saúde e a comunidade, como se depreende da seguinte fala:

A gente acaba, de certa forma, conhecendo um pouco mais do paciente e das famílias pelo que os agentes comunitários trazem e a visão deles, por não ser uma visão técnica, né? com o olho para a doença, com o olho voltado para a biologia, como é o costume da gente que fez algum curso na área da saúde, porque a gente já olha para uma pessoa como ela sendo uma pessoa doente, e o agente comunitário vai ver ali uma pessoa saudável. Ele consegue enxergar de um outro jeito, ele traz uma outra impressão, e uma impressão que é leiga, vamos dizer assim, mas que contribui para entendermos outros aspectos. Então, a equipe só tem a ganhar com esse profissional. (Enfermeira)

Entendemos que, na equipe de saúde, o ACS ocupa o papel de porta-voz das representações sociais construídas na comunidade em que vive, expressando, para a equipe, as concepções sobre o processo de saúde-doença baseado no senso comum.

Boltansky (1989) enseja uma reflexão sobre as relações entre o médico e o paciente numa sociedade de classes. O autor afirma que geralmente os médicos são percebidos pelos membros das classes populares como “os outros”, possuidores de um saber misterioso, que lhes confere um poder legitimador, de caráter freqüentemente hostil e manipulador. Essa visão não é totalmente partilhada pelos membros das classes superiores, que em geral têm grau de educação semelhante ao dos médicos. Esse distanciamento social do médico em relação às classes populares faz com que o relacionamento entre médico e paciente não aconteça no mesmo nível social, o que pode dificultar a formação de vínculo entre eles:

A informação médica que se transmite na consulta é tanto menos importante quanto mais baixo o doente estiver situado na hierarquia social, ou seja, quando mais fraco na sua aptidão a compreender e manipular a língua científica utilizada pelo médico e, conseqüentemente, seus meios de pressão sobre o médico: sentindo-se dispensado de prestar contas ao doente de seus atos e gestos, o médico tende a transformar a relação terapêutica em uma simples relação de autoridade e abster-se de fornecer ou mesmo esconder as razões de suas perguntas, de suas ações e de suas prescrições (BOLTANSKY, 1989, p. 135-137).

Portanto, os médicos, possuidores desse saber, muitas vezes são vistos como seres intocáveis e temidos pelas classes populares, o que acaba reforçando seu poder. Tal fato pode levar o paciente a aceitar o diagnóstico de sua doença sem questionar a forma de atendimento e, na maioria dos casos, sem entender realmente o que tem.

A atribuição ao ACS da responsabilidade de ser o elemento facilitador do fortalecimento do elo entre a equipe de saúde e a comunidade local pode ser entendida como uma crítica velada à atuação dos demais profissionais da equipe, principalmente os da classe médica? Essa crítica aparece em nossa pesquisa e pode ser ilustrada pela seguinte fala:

[...] Eles fizeram um vínculo, né? Então, as pessoas falam as coisas pra eles com mais facilidade do que falam pra gente [...] Então, o agente comunitário chega aqui e fala: olha, fulano de tal, né? não saiu daqui satisfeito com a consulta [...] Tava com dor na perna, e o médico ficou insistindo em ajeitar o remédio de pressão e não resolveu a sua dor [...] Disse que, se fosse assim, não ia voltar mais [...] Então, isso serve pra gente se atentar, né? [...] (Enfermeira).

Constatamos também que o ACS funciona como um "termômetro" na equipe de saúde, porque é ele quem faz o *feedback* do que ela representa lá fora, e isso serve para a equipe avaliar sua atuação e rever algumas condutas.

Percebe-se ainda que, no entender de alguns profissionais, o ACS tem o papel de tradutor, uma vez que repassa para a equipe de saúde o retrato da comunidade, isto é, “outro olhar”, que pode complementar e enriquecer as discussões sobre o planejamento da equipe em relação ao atendimento dos pacientes.

Além disto, o ACS não só transmite de forma inteligível, para os usuários e os moradores, as orientações da equipe de saúde, como também esclarece dúvidas sobre os atendimentos, como ilustra a fala abaixo:

Ele traz aquele perfil da comunidade aqui para dentro, e ele leva mesmo o que é tratado aqui para fora, leva de um jeito simples, com humildade, leva de um modo, talvez com um exemplo, eu acho que não tem como eu não vejo mais uma unidade de saúde sem o agente comunitário, ele faz a diferença, ele muda a cara do trabalho. (Enfermeira)

Assim, não podemos desvincular a imagem do ACS das de um tradutor e das considerações de Laplantine (1991) sobre o fato de a língua inglesa dispor de três palavras para designar “doença”: *disease*, *illness* e *sickness*.

Na concepção dos médicos, e aqui podem ser incluídos todos os profissionais de saúde com formação pautada num modelo biologist, *disease* é a palavra correta para representar a doença, tal como aprenderam nas instituições de ensino. Já para o paciente, a palavra que denota sua experiência com a doença é *illness*, que significa enfermidade E existe ainda uma terceira palavra, *sickness* (adoecimento), que representa o significado da doença no meio sociocultural.

Entendemos, com base nas falas de alguns profissionais entrevistados, que o ACS traduz muitas vezes, para a equipe de saúde, *disease* para *illness*, e vice-versa; além disso, leva para a equipe a terminologia *sickness*, que representa o significado sociocultural do adoecer naquela comunidade.

A nosso ver, é um papel difícil, porque é sabido que nem sempre o tradutor dá conta de reproduzir fielmente o conteúdo da situação de uma

língua para outra. É por isso que escutamos com frequência a expressão de que o “tradutor é traidor”, pois, não conhecendo toda a correspondência das palavras de diferentes línguas, interfere na tradução, para dar um sentido que, às vezes, não corresponde ao sentido original.

Bedoya (1979) afirma que as crenças do sujeito diante do adoecimento diferem nos grupos sociais, segundo seu nível de educação, inserção geográfica, caráter laboral, classificação étnica, grupo religioso, nível socioeconômico e articulação dentro de uma formação econômico-social.

Foucault (1989), há muito tempo, já alertava para as especificidades dos saberes acadêmicos na área da saúde, negando sua pureza e neutralidade, uma vez que eles foram criados em instituições com o objetivo de identificar, controlar e educar de acordo com as aspirações dominantes da sociedade.

Gauthier e Cabral (1995) apontam que a formação dos profissionais da saúde, por se encontrar impregnada pela ideologia da onipotência, impede o reconhecimento institucional dos saberes populares.

A nosso ver, em virtude da formação de muitos profissionais e, principalmente, do distanciamento social entre os membros da equipe de saúde e os usuários, esse diálogo se torna complicado, necessitando de um intermediário, no caso o ACS, para mediar essa comunicação.

Portanto, entendemos que o ACS tenta fazer sua parte, que é estabelecer a ligação entre a equipe de saúde e a comunidade, o que nem sempre acontece de forma satisfatória.

Em alguns momentos de nosso estudo, o ACS aparece como vilão para os outros membros da equipe de saúde, representando um perigo para o trabalho do grupo. Essa percepção pode ser notada pela seguinte fala:

[...] Às vezes, o agente comunitário de saúde pode se tornar um perigo para o andamento do serviço [...] Nós, os coordenadores, temos que ter muito jogo de cintura com esse profissional [...]
(Enfermeira)

De acordo com o dicionário *Aurélio* (2005, p. 624), perigo é “circunstância, estado ou situação que prenuncia um mal para alguém ou algo”. Analisando as falas de alguns profissionais da equipe de saúde, constatamos que para eles o ACS, em determinadas situações, ao contrário do que preconiza o MS, em vez de facilitar o serviço, cria mais problemas.

Em nosso entendimento, as relações sociais entre os diferentes membros de uma equipe de saúde não estão livres de tensão e de discordância, e a entrada de um novo ator nesse cenário faz pensar em algumas questões que poderão prejudicar o funcionamento do serviço, se não forem bem resolvidas pela equipe de saúde.

A seguir, apresentaremos algumas situações relacionadas ao ACS e que, no enfoque dos outros profissionais da equipe de saúde, podem causar conflitos de ordem pessoal, com conseqüente interferência na parte técnica do trabalho da equipe.

4.6.1 Os profissionais de enfermagem na condição de supervisores dos agentes comunitários de saúde

O MS, em sua Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, que aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, preconiza que o profissional de enfermagem seja responsável em “coordenar, acompanhar, supervisionar e avaliar sistematicamente o trabalho do ACS” (BRASIL, 1997).

Um estudo a destacar é o de Silva (2002, p. 95), que, em pesquisa realizada com equipes do PSF, no município de Ponta Grossa (PR), observou que o profissional de enfermagem responde por diversas atividades diárias na equipe de saúde, o que, em seu entender, é “fator limitante para o desenvolvimento da supervisão, devido à sobrecarga de trabalho desse profissional”.

Em nosso estudo, todas as enfermeiras entrevistadas, quando solicitadas a relatar suas atribuições nos NSF, listaram diversas atividades, sem privilegiar esta ou aquela, como se observa na fala a seguir:

[...] São inúmeras atividades, e a gente vai misturando todas elas em um bolo, não acontece nada separadinho (Enfermeira).

De todas as atividades relatadas, a que mais incomoda é supervisionar o trabalho do ACS. Para ilustrar o exposto, apresentamos o relato de uma das enfermeiras entrevistadas:

[...] O desenho do PSF coloca o enfermeiro como um supervisor, um orientador, e eu sinto uma certa resistência disso [...] (Enfermeira)

Para Peduzzi (1998), tanto as desigualdades entre os vários trabalhos e os respectivos agentes que os executam quanto a relação hierárquica entre os profissionais refletem conflitos numa equipe multiprofissional.

Nesse sentido, o fato de a enfermeira supervisionar e avaliar o trabalho do ACS, tanto de maneira quantitativa – tomando por base o SIAB – quanto qualitativa – tecendo algum comentário em relação ao serviço do ACS –, pode suscitar conflitos.

Entendemos que nem sempre o conflito deve ser visto como um aspecto negativo, porque é através da diversidade de olhares sobre uma mesma questão que se torna possível estimular a criatividade e, conseqüentemente, chegar a soluções que podem fazer a diferença, tanto para a equipe de saúde quanto para a população assistida. Entretanto, na visão dos profissionais de enfermagem, esses conflitos podem trazer conseqüências negativas para o trabalho da equipe, como revelam as seguintes falas:

As pessoas, às vezes, não sabem separar o lado pessoal do profissional [...] Existem metas para se cumpridas e, às vezes, é necessário eu dar um “puxão de orelha” em relação ao serviço [...] Quem recebeu o puxão de orelha acaba virando a cara com você, no outro dia nem te cumprimenta, fica um clima chato na equipe [...] mas não dá pra agradecer todo mundo [...] (Enfermeira)

[...] existia “trauminhas” no sentido de eu estar muito próxima do trabalho delas e eu fazia essa supervisão três vezes por semana e tinha uma agente comunitária de saúde que resistia, batia de frente comigo [...] Isso para mim é um conflito, né? [...] (Enfermeira)

Portanto, pode-se perceber que, na visão desses profissionais, o ACS não consegue manter distanciamento profissional adequado, misturando o lado pessoal com o profissional, o que gera conflitos que podem interferir negativamente no serviço.

No entanto, entendemos que essa não é a única dificuldade encontrada na relação, uma vez que provavelmente os demais profissionais da equipe de saúde estão despreparados para lidar com esse novo ator social, o ACS.

Seguindo essa lógica, Lunardelo (2004) revela que a equipe de saúde se sente incomodada com o papel social do ACS, não conseguindo, muitas vezes, o discernimento para separar suas necessidades daquelas dos usuários, fato que, segundo a autora, além de gerar conflitos entre os membros da equipe, pode causar desconsideração das representações da comunidade.

Portanto, faz-se necessária uma ação que reorganize o trabalho dos médicos e dos outros profissionais na assistência à saúde; para tanto, esses profissionais devem assumir um novo perfil, mais flexível, capaz de propiciar a articulação das ações em prol de um projeto comum.

Para isso, talvez seja importante rever a grade curricular dos cursos que formam esses profissionais, para incluir mais disciplinas das áreas de ciências humanas e sociais que os estimulem a trabalhar de forma menos fragmentada e mais holística.

4.6.2 O agente comunitário de saúde como morador da comunidade e usuário do serviço

Documentos oficiais do MS preconizam que o ACS é o principal elo entre a equipe de saúde e a comunidade⁷.

Muitos autores⁸ confirmam essa concepção, afirmando que o ACS realmente funciona como elo entre a equipe de saúde e a comunidade, visto que esse profissional mantém contato permanente com as famílias, facilitando o trabalho da equipe.

Entendemos que o ACS tende a conhecer melhor a comunidade, porque pode possuir laços de amizade, que facilitam o trabalho da equipe de saúde. Em contrapartida, inimizade ou conflitos com moradores, em vez de facilitarem o serviço, criam mais problemas para a equipe, como demonstram as falas a seguir:

[...] Já tivemos um ou dois casos de que a agente comunitária que deveria fazer a visita naquela casa se recusou por ter problemas de relacionamento. Temos casos também em que vai outra agente comunitária fazer a visita porque são parentes. Então, para se evitar mais confusões tem que se trocar as agentes. (Enfermeira)

Os agentes acabam tendo um relacionamento aqui dentro muito mais de casa, muito mais familiar do que de trabalho [...] uma coisa meio informal [...] Assim, eu particularmente acho que tá muito [...] acho que tá precisando mais de uma separação aí. (Médico)

Também não se deve esquecer que, por morar na mesma área de abrangência do serviço, inevitavelmente o ACS é usuário do sistema. Isso, na visão de alguns profissionais, não parece acontecer de forma satisfatória, como ilustra a seguinte fala:

[...] Particularmente, assim no meu caso, como eu tenho também uma função administrativa dentro do núcleo, eu acho isso um

⁷ Entre outros, ver Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 2000.

⁸ Entre outros, ver Carvalho (2002), Silva e Dalmaso (2002).

pouco chato, porque as coisas ficam assim muito misturadas. Eu não gosto! (Médico)

[...] Eu prefiro que um outro médico veja, eu prefiro que o residente veja, principalmente em casos de afastamento eu prefiro que outro colega veja, para não causar um viés, entendeu? (Médico)

Nos NSF's, a carga horária é de 40 horas semanais, divididas em 8 horas diárias, razão pela qual os profissionais da equipe de saúde têm um convívio intenso.

Em nosso estudo, constatamos que há um intenso envolvimento emocional entre os “colegas” e que os médicos e as enfermeiras consideram o atendimento ao ACS prejudicial para si mesmos, para o ACS e para o serviço, como revela a seguinte fala:

[...] Particularmente, eu atendo, mas eu não gosto [...] É como se fosse assim: Eu não atendo a minha família! Eu não atendo as pessoas da minha família e nem meus amigos, que são muito próximos, porque eu acho que o meu juízo clínico, o meu raciocínio fica prejudicado pela parte afetiva [...] (Médico)

Os motivos que os profissionais mencionam para justificar seu desagrado em atender o ACS estão relacionados com o fato de o atendimento supostamente gerar uma atitude não-profissional do ACS, que, por trabalhar na equipe de saúde, freqüentemente deseja ser “privilegiado” em relação a seu atendimento e de seus familiares.

Eles acham que podem ser privilegiados pelo fato de estarem aqui dentro [...]. Como eles têm um contato mais próximo com os médicos e os residentes que trabalham no serviço, eles têm essa história do atendimento no corredor: “Dá só uma olhadinha no que é isso aqui na minha pele” [...]. “Ah eu tô com uma dor aqui na garganta. Você não quer me receitar um antibiótico?” [...]. Isso atrapalha, a gente fica numa situação difícil, tem outras pessoas para serem atendidas, e elas vêm com aquele jeitinho. Realmente,

elas são mais próximas, e a gente sem querer acaba privilegiando, porque elas estão aqui dentro [...] (Enfermeira)

[...] Isso faz com que se crie uma informalidade [...] “eu trabalho lá mesmo, então eu aproveito, já levo os meus três filhos, e eles ficam lá comigo e, entre um intervalo e outro, a doutora avalia todos” [...] (Enfermeira)

E, quando a “expectativa” do ACS não é atendida pelos demais profissionais, podem ocorrer conflitos, como se conclui pelas seguintes falas:

[...] É difícil lidar com essa situação, e se a gente não atende na hora, ou porque tem outras urgências, elas não gostam, viram a cara com a gente [...] É difícil, muito difícil lidar com isso. (Enfermeira)

[...] Eu acho complicado. Aqui no núcleo, a gente teve um caso que o médico contratado se sentiu no direito de não atender esses pacientes, os agentes comunitários, porque ele achava que misturava as coisas. (Auxiliar de enfermagem)

[...] É difícil. Se a equipe toma uma conduta ao invés do que o agente estava esperando, o agente vai chegar amanhã, por exemplo, e não vai falar nem bom dia. Fica um clima pesado. (Auxiliar de enfermagem)

O atendimento de funcionários da equipe de saúde e de seus familiares por colegas geralmente acontece em todos os níveis de assistência do sistema. Entretanto, alguns profissionais que entrevistamos se sentem incomodados em prestar atendimento aos ACS e criticam o fato de esses profissionais procurarem assistência médica sem obedecer aos critérios de agendamento e atendimento elaborado pela Equipe de Saúde da Família, possivelmente porque esses profissionais não vêem o ACS como um componente da equipe.

Outra situação mencionada pelos profissionais está relacionada à questão ética da assistência prestada ao ACS e pelo ACS, pois nos NSF

são realizadas reuniões periódicas, em que se discutem assuntos pertinentes às orientações e aos cuidados que serão prestados à população, bem como questões relativas às microáreas.

Sendo assim, podem ser discutidos casos de pessoas ou de familiares com vínculo maior com o ACS, situação que tem de ser bem trabalhada por todos os membros da equipe de saúde, como demonstra a seguinte fala:

[...] Eu tenho que ter a “delicadeza” e a ética de não expor essa pessoa duplamente [...] por uma questão de cuidado, e isso não é dado, isso tem que ser construído, e aí, virou mexeu, lá tô eu dando um pito no pessoal [...] Nós temos que colocar limites, tem que cuidar, e isso não é só com os agentes comunitários de saúde, às vezes o residente não percebe essa situação [...] (Enfermeira)

A isso pode-se acrescentar o fato de que os NSF's são um campo de formação para os alunos dos cursos de graduação e de pós-graduação da FMRP-USP. Na visão de alguns profissionais, nem sempre os que passam pelos NSF's – sejam eles residentes ou alunos de graduação e de pós-graduação – têm a clareza de que o ACS é usuário do serviço e “colega” de equipe, como evidenciam as seguintes falas:

[...] A gente tem que se redobrar para a questão ética [...] acho que nós da equipe já trabalhamos melhor essa situação, mas não devemos esquecer que aqui é um órgão formador e os residentes, os estudantes nem sempre tem essa clareza [...] (Médico)

[...] Às vezes, o residente não percebe essa situação [...] Eu tenho horror daquela conversinha de cozinha [...] Ele (o ACS) e família são usuários. Você presta assistência [...]. Eu vivo chamando atenção. Quando eu vejo comentário do atendimento na copa, eu falo: uai, tem que se tratar com o mesmo respeito de um paciente. Se não fosse colega de trabalho, ia comentar o caso dele na copa? E com ele ainda? (Enfermeira)

Uma dos profissionais entrevistados enfatizou que, para evitar esse tipo de problema, a solução encontrada pela equipe foi firmar um acordo interno para que discussões referentes à família do ACS não sejam levadas para as reuniões, como ilustra a seguinte fala:

[...] A gente fez um acordo interno de que a família do colega que é seguida aqui, ela não vai para a discussão de caso. Agora, este acordo ele não é fácil [...] (Enfermeira)

Entretanto, segundo a própria enfermeira, esse acordo não é fácil de cumprir.

[...] Nós tínhamos uma agente aqui que visitava a família de outra agente, e por mais que a gente falasse: Fulana, você não vai trazer na discussão de caso a família da sua colega! Mas ela insistia em trazer para as reuniões de discussão de caso a família daquela colega. Então, aí já entram outras questões pessoais, mais complexas [...] (Enfermeira)

Assim, o fato de o ACS e seus familiares serem usuários da unidade de saúde é algo que, em vez de ajudar a equipe, pode criar mais problemas para o serviço.

Nesse sentido, nosso estudo reforça a hipótese de Nunes et al. (2002, p. 11), para quem o caráter híbrido e polifônico do ACS pode exercer influência positiva ou negativa na mediação entre a equipe de saúde e a comunidade. Ainda de acordo com essas autoras, “as expectativas em torno da participação do agente comunitário inscrevem-se em um verdadeiro fogo cruzado, onde demandas, às vezes paradoxais, se superpõem”.

Seguindo essa linha de raciocínio, Lunardelo (2004) identificou, através das falas dos ACS dos NSF's, em Ribeirão Preto, um sofrimento na prática de seu trabalho, acarretado por dois tipos de pressão. A primeira, da equipe de saúde, manifesta-se como cobrança no cumprimento de suas tarefas e responsabilidades; a segunda, da própria comunidade, que o vê como aliado e busca constantemente seu apoio como porta-voz de suas necessidades. Essa autora afirma ainda que:

[...] O sofrimento ocorre nesta dualidade, pois os próprios agentes idealizaram para si uma expectativa bastante elevada em relação a sua competência, desconsiderando, em alguns momentos, as responsabilidades da equipe, dos indivíduos e das próprias famílias (LUNARDELO, 2004, p. 84-85).

Nosso estudo explora a outra face da moeda e apresenta as representações dos outros membros da equipe de saúde sobre o papel do ACS nos cinco NSFs, cenário da pesquisa de Lunardelo (2004). O assunto gera polêmica, uma vez que esses profissionais têm posicionamentos diferentes.

Assim, alguns profissionais têm a mesma visão de Nunes (2002) e de Lunardelo (2004), acreditando que o fato de o ACS ser mediador entre a equipe de saúde e os usuários o faz sofrer, por se sentir um depositário de expectativas diferentes a respeito de seu papel no PSF. As expectativas são internalizadas pelo próprio ACS, que acredita poder ir além de suas atribuições, conforme se deduz pelas seguintes falas:

[...] Foi muito frustrante para a agente não ter condições de ajudar naquele momento, mesmo ela estando ali e pedindo para as pessoas ligarem para a ambulância, para o bombeiro [...] A pessoa morreu [...] ela chorou, ficou mal [...] foi uma sensação de impotência muito grande. (Enfermeira)

[...] Eles às vezes se queixam do fato de serem incomodados, das pessoas baterem na porta no domingo, de eles estarem caminhando e vem alguém pedir uma ajuda, mas eles não sabem resolver, eles se cobram por isso. (Auxiliar de enfermagem)

Eu não percebo que os agentes se sintam incomodados pelo fato das pessoas procurá-los fora de hora, o que incomoda é que as pessoas os procuram em situações que não cabe a eles resolver, e aí eles se sentem impotentes. (Enfermeira)

Nesse sentido, resgatamos uma discussão apresentada por Tomaz (2002) sobre as atribuições, as competências e o perfil do ACS no PSF. O autor usa dois neologismos, super-heroização e romantização, para caracterizar duas tendências que, para ele, têm se mostrado constantes nos escritos e nas falas sobre o papel do ACS. O autor conclui que o ACS não deve ser encarado como um super-herói, e sim como um profissional que integra uma equipe de saúde, cujo papel deve ser menos romântico, isto é, menos idealizado, mais claro e específico. E acrescenta que:

O agente comunitário de saúde necessita de fato ser incorporado ao sistema de saúde e não deve ser responsabilizado por ser a mola propulsora da consolidação do SUS, a qual depende de um conjunto de fatores técnicos, políticos, sociais, e do envolvimento de diferentes atores (TOMAZ, 2002, p. 85).

Na fala a seguir, um dos profissionais entrevistados concorda com a visão de Tomaz (2002), em relação ao envolvimento de vários atores no PSF, e afirma que o trabalho do ACS é importante para o funcionamento do PSF, quando articulado com o trabalho da equipe de saúde, porque sozinho o ACS não opera mudanças:

[...] Olha, o agente comunitário tem que entender que ele é um elo importante, mas ele sozinho não faz as mudanças acontecerem, e ele precisa também da ajuda dos outros membros da equipe, né? [...] (Médico)

Tomaz (2002), com quem concordamos, entende que o ACS deve ser incorporado realmente ao SUS.

Destacamos algumas falas que confirmam essa percepção. Embora não esteja explícito nos depoimentos, pode-se deduzir que alguns profissionais fazem uma distinção entre “a gente” ou “nós”, referindo-se à equipe, e “o agente”, como se este não pertencesse à equipe.

O agente é bom, porque ele olha com a visão dele, uma visão leiga, e ele passa para nós, que é a equipe, o que eles estão

sentindo de diferente naquela família e que a gente não consegue perceber. (Enfermeira)

Os agentes sentem que tem diferença entre eles e os profissionais da equipe [...] Então, é isso que eles costumam falar: Aqui, nós só somos a gente mesmo, mais nada. (Auxiliar de enfermagem)

Cabe aqui perguntar: será que os integrantes da equipe têm consciência dessa situação? Quanto a isso, gostaríamos de abrir um parêntese e refletir sobre esse assunto. Não é nossa pretensão dar respostas, mas abrir caminhos para futuros estudos.

Para Castro (1992, p. 5), a psicanálise mantém uma relação necessária e fundamental com a linguagem. É pela fala que o sujeito se constitui, e através dela o inconsciente se expressa à revelia da intenção do sujeito e além de seu conhecimento consciente: “O sujeito diz mais do que pensa e do que quer dizer; a fala tem propriedade de ser inevitavelmente ambígua”.

Portanto, pode-se pensar que os próprios integrantes da equipe de saúde não têm consciência dessa situação e que as falas remetem a atos falhos. Se resgatarmos as idéias de Freud sobre sua teoria do ato falho, poderemos compreender que, através de atos e palavras denuncia-se, às vezes, o “real desejo”, que já foi consciente e, reprimido, se tornou inconsciente (LAPLNCHE e PONTALIS, 1998, p. 44).

Em sua obra *Linguagem em Ideologia*, Fiorin (2005, p. 6) define a linguagem como “uma instituição social, o veículo das ideologias, o instrumento de mediação entre os homens e a natureza e entre os homens e outros homens” e a lingüística como uma ciência autônoma que se preocupa com as relações internas entre os elementos lingüísticos.

Para Fiorin (2005, p. 18-19), o discurso é composto de dois campos: o da manipulação consciente e o da determinação inconsciente. A sintaxe discursiva é o campo da manipulação consciente, ou seja, goza de certa autonomia em relação às formações sociais, ao passo que a semântica discursiva o campo da determinação inconsciente, representa o campo da determinação ideológica propriamente dita.

Para esse autor, o texto é individual, enquanto o discurso é social, isto é, o sujeito tem autonomia para organizar os elementos de expressão de que dispõe para veicular seu discurso. Entretanto, está preso à formação ideológica de seu grupo social. Fiorin entende formação ideológica como:

[...] A visão de mundo de uma determinada classe social, isto é, um conjunto de representações, de idéias que revelam a compreensão que uma determinada classe tem do mundo [...] Não existe desvinculada da linguagem [...] corresponde a uma formação discursiva, que é um conjunto de temas e de figuras que materializa uma dada visão de mundo (FIORIN, 2005, p. 32).

Entendendo-se o discurso dessa maneira, pode-se pensar que o sujeito pode revelar ou não sua verdadeira visão de mundo.

Fiorin (2005, p. 49) esclarece ainda que a “análise não é uma investigação policial”. Assim, a função do analista do discurso é preocupar-se com o que está inscrito no discurso, e não saber se isso é verdadeiro ou não.

Dessa forma, o que se tem são apenas modos de expressão implícitos, que permitem entender que o ACS não é percebido por alguns profissionais como membro da equipe de saúde, embora algumas vezes verbalizem o contrário, reproduzindo os dizeres do discurso oficial preconizado pelo MS, ou seja, que o ACS é um elo entre a equipe de saúde e a comunidade.

Nogueira (2002, p. 93) analisa a proposta de que o ACS deveria ser um elo entre o Estado e a comunidade e considera que, do ponto de vista filosófico e administrativo, esse profissional realmente não pode ser visto como membro da equipe de saúde, “primeiro porque não é um profissional, segundo porque deveria manter um vínculo permanente de pertinência com a comunidade e suas organizações”.

Essa concepção pode estar associada à origem do ACS como “agente externo” institucionalizado, e não como profissional de saúde.

De acordo com Jacobi (1989), os agentes externos são pessoas de expressão ligadas à Igreja, partidos, militantes de esquerda, entre outras,

que se destacam das demais porque participam de lutas e de movimentos que reivindicam avanços sociais. Portanto, os agentes externos que incomodavam o sistema de saúde foram institucionalizados, ou seja, passaram a fazer parte dele, agindo como catalisadores entre o sistema de saúde e a comunidade.

Seguindo-se esse raciocínio, pode-se pensar que a criação dos ACS como agentes externos institucionalizados, apenas para fazer a mediação entre a equipe de saúde e a comunidade, impede que esses indivíduos sejam considerados membros da equipe.

Deve-se levar em consideração que nosso estudo foi realizado com profissionais das equipes do PSF que começaram a trabalhar com os ACS desde o início do funcionamento do programa. Importa ressaltar que o município de Ribeirão Preto foi qualificado, em 2000, para o desenvolvimento do PSF, e possui, além dos cinco NSFs ligados à FMRP-USP, local de nosso estudo, mais nove Unidades de Saúde da Família, de responsabilidade exclusiva do município

Embora os profissionais não vejam com clareza o papel do ACS, no momento de sua incorporação à equipe de saúde, houve a preocupação de buscar compreender quem era esse novo ator, conforme ilustram as seguintes falas:

Olha, tem um elemento novo, tá sendo agregado na equipe, onde a identidade dele vai ser construída no processo de onde ele vem. Vem lá do Nordeste, começamos a tentar ver, ver experiências, participar de trocas de experiências, e não é fácil para a equipe que começa a receber qualquer que seja o profissional novo, né? que identidade tem esse profissional, o que ele vai fazer dentro da equipe, quais são os limites. (Enfermeira)

Aqui eu participei da seleção, eu fui entender como esse profissional ia se inserir. Agora, essas coisas não são fáceis, elas não acontecem de uma forma fácil. (Enfermeira)

Ferraz e Aerts (2005) divulgaram um estudo cujo objetivo era estudar o cotidiano de trabalho do ACS no PSF de Porto Alegre (RS). Essas autoras

empregaram, como instrumentos de investigação, questionários semi-estruturados e a técnica do grupo focal, aplicados em 46 profissionais (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem) de 16 unidades do PSF e em 114 ACS de 29 equipes do programa. De acordo com os resultados, o ACS vem desenvolvendo funções que descaracterizam seu papel.

Segundo essas autoras, as visitas domiciliares são realizadas superficialmente, e o ACS permanece a maior parte do tempo na unidade de saúde, auxiliando a equipe em serviços burocráticos.

Portanto, o ACS vem desenvolvendo um papel de suporte na equipe de saúde, sendo reconhecido como agente "bombril" (mil e uma utilidades), o que significa que passou a ser um tapa-buraco da demanda de outros profissionais (VANCONCELOS, 1997, *apud* FERRAZ e AERTS, 2005).

Retomamos aqui a discussão apresentada por Tomaz (2002, p. 86) de que o papel do ACS vem sendo distorcido e, muitas vezes, seu trabalho é sobrecarregado por falta de clara delimitação de atribuições, razão pela qual são atribuídas ao ACS muitas ações que deveriam ser desenvolvidas nas famílias e na comunidade.

Nosso estudo não revela esses dados, mas traz o enfoque de profissionais que questionam se realmente o trabalho do ACS tem feito alguma diferença, conforme preconiza o MS. Isso pode ser percebido pelas seguintes falas:

Na verdade, eles são agentes não-comunitários, eu acho. Na verdade, eles são agentes nossos, nós que formamos, nós que ensinamos do nosso jeito. A gente prioriza atendimento, então eles também priorizam atendimento, tudo passa pelo médico, pela questão curativa. (Médico)

Eu volto à questão da dúvida. Por que o que eles têm feito? Visitas. As pessoas até gostam, porque elas aproveitam para conversar, aquelas que são mais solitárias. Aí eles voltam para o núcleo e fazem relatório, passam a tarde toda praticamente fazendo isso. (Médico)

4.7 A capacitação do agente comunitário de saúde

Muitos autores têm discutido a questão da formação do ACS e realizado pesquisas sobre o tema.

Tomaz (2002), por exemplo, em sua discussão sobre as atribuições, competências e perfil do ACS, acredita que esse profissional deve possuir grau de escolaridade mais elevado, para dar conta das demandas atuais do PACS-PSF, visto que, com a ampliação de seu papel, esse ator saiu do foco materno-infantil de regiões pobres sacrificadas pela seca e passou a atuar no Brasil inteiro com as famílias da comunidade em que vive.

Benevides et al. (2004) divulgaram um estudo sobre a importância do trabalho do ACS numa equipe do PSF do município de Pitimbu (PB). Na visão delas, o ACS é um agente multiplicador de conhecimento, ou seja, o conhecimento que ele recebe da equipe de saúde é repassado para a comunidade. Entretanto, detectaram algumas falhas no trabalho do ACS, especialmente no que se refere ao encaminhamento dos usuários, no sentido de conduzi-los para as unidades de saúde, o que levou à perda da credibilidade do ACS perante a população.

Essas autoras enfatizam também que a qualidade do serviço prestado pelo ACS só melhorou depois que ele começou a receber a capacitação, realizada de forma contínua, na unidade de saúde, pelos próprios profissionais da equipe, e concluem que, além da capacitação, o ACS precisa ter um saber técnico bem definido.

Embora o MS tenha criado a profissão de ACS, através da Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, que regulamentou a situação dessa categoria de trabalhadores no âmbito exclusivo do SUS, é importante lembrar que o ACS é um profissional que já estava inserido oficialmente em dois programas: o PACS (1991) e o PSF (1994), criados pelo MS como estratégias de reestruturação da atenção básica.

Para ser ACS, é necessário satisfazer certas condições, como ter idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever, morar na comunidade em que trabalha durante pelo menos dois anos e ter disponibilidade de oito horas diárias para exercer seu trabalho.

Em virtude da relevância do ACS, no processo de reordenação da atenção básica, em 2004 o MS apresentou uma proposta de formação técnica para esse profissional. Entretanto, essa formação implica que o perfil profissional do ACS não seja descaracterizado. Portanto, o ACS continuará a atuar e a morar na mesma comunidade, desempenhando o papel de mediador social, mas receberá qualificação técnica para desempenhar sua função (BRASIL, 2004).

Em meados de 2005, quando coletávamos os dados deste estudo, surgiu a proposta de formação profissional dos ACS no estado de São Paulo pela SES-SP, por intermédio de seus Cefors. Logo começaram as primeiras turmas do curso de formação profissional dos ACS. Esse tema apareceu em nossas entrevistas e, por isso, será discutido mais adiante.

Esse projeto da SES-SP tem como propósito atingir, até dezembro de 2006, todo o contingente de ACS do estado de São Paulo (SÃO PAULO, SES-SP, 2005).

O curso tem como objetivo realizar a formação profissional técnica dos ACS, proporcionando-lhes o desenvolvimento de aprendizagens organizadas em expectativas de caráter teórico, técnico, ético e político (SES-SP, 2005).

A duração prevista do curso, dividido em três módulos, é de 18 meses. As aulas são teóricas e práticas, e os estágios são realizados nos locais de trabalho dos ACS (SES-SP, 2005).

A sistemática de avaliação do aluno é contínua e deverá ocorrer em todos os momentos da aprendizagem, e aquele que, por exemplo, receber a menção final "insuficiente" será conduzido aos estudos de recuperação contínua e, caso não obtenha a menção satisfatória ("ótimo", "bom" ou "suficiente"), será reprovado naquele Tema Nucleador.

Quando essa proposta apareceu, foi uma surpresa para muitos profissionais, como se percebe pela seguinte fala:

[...] Há dois anos mais ou menos, sei lá, surgiu essa discussão de se formar o técnico em agente comunitário de saúde. Pra mim, isso era uma coisa tão longe de acontecer que eu achei que eles estavam discutindo uma proposta, mas já tava pronta isso há um

ano atrás né? Já tinha os livrinhos lá, né? A proposta não tava em discussão, já estava tudo aprovado, só que São Paulo se posicionou contra, né? naquele momento. Então, por isso a gente parou de discutir, na verdade esqueceu, né? [...] Agora, de um mês pra cá, a coisa veio de novo, já totalmente pronta, né? A DIR, na hora que chamou, já tinha prazo até para fazer o curso, né? E o curso vai acontecer mesmo, né? Foi muito difícil, né? [...]
(Enfermeira)

Em geral, as pessoas tendem a avaliar o futuro de uma situação com base no que ela oferece no presente. Isso é especialmente verdadeiro no caso dos profissionais de saúde entrevistados, que expressaram expectativas sobre o destino dos ACS depois da qualificação técnica, como demonstram as seguintes falas:

[...] São possibilidades, né? [...] Acho que talvez se ganhe alguma coisa, mas eu tenho medo do que se possa perder, né? [...] Pode desconfigurar esse perfil de agente comunitário que a gente sempre acreditou que era o ideal, né? Mas não sei, vamos esperar, né? (Médico)

Isso traz uma preocupação muito grande. Depois de um tempo ele vai ser técnico, vai ter uma formação [...] Eu não sei daqui alguns anos o que isso vai significar, né? Será que, na hora de fazer o concurso, eles vão querer que a pessoa já tenha o técnico, o diploma, né? E aí qual vai ser o perfil dessa pessoa? Ela vai ter que morar na área, né? Ela vai ter que ter um perfil de liderança? Pode ser que aquela pessoa que tenha o melhor perfil de liderança não tenha essa capacitação, né? não tenha a condição de fazer um curso técnico, né? e aí a gente vai perdendo essa cara do agente comunitário que a gente tem hoje, né?
(Enfermeira)

Chamou-nos a atenção o fato de esse curso ter se iniciado de forma inesperada, pelo menos para os integrantes da equipe de saúde e dos profissionais escolhidos para ministrá-lo (integrantes da própria equipe de saúde), que não receberam treinamento prévio.

No momento em que estávamos analisando os dados de nosso estudo, a primeira turma dos ACS de Ribeirão Preto estava finalizando o primeiro módulo, e nova turma estava prestes a iniciar o curso, ministrado por duplas de profissionais com nível superior (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas), membros das equipes do PSF. Os estágios do curso estavam sendo realizados nas unidades de saúde dos ACS e supervisionados apenas pelos enfermeiros.

Além disso, não há indicação de bibliografia, e sim uma matriz com Temas Nucleadores, considerados relevantes para a formação dos ACS, como denota a seguinte fala:

[...] O que deram pra nós foi uma matriz com a idéia principal do primeiro módulo, né? Agora, o segundo e o terceiro, nem tenho idéia do que vai ser [...] A gente daqui vai tentar montar, né? com a nossa cara, né?, mas é uma coisa que cada equipe vai trabalhar de um jeito, né? [...] Então a gente não sabe o que vai ser a formação em si no estado de São Paulo, né? A gente vai fazer aqui o que a gente acha o mais adequado de fazer, né?
(Enfermeira)

Os principais Temas Nucleadores e as possíveis questões norteadoras são:

- I. Que é e o que se espera do SUS? Quais são as representações que possuem os usuários sobre o SUS? Quais as relações que o usuário estabelece com os serviços ofertados?
- II. Quais as possibilidades de ação dos ACS nas equipes do PSF? Quem é e o que faz o ACS nas Unidades de Saúde da Família? Como o ACS, na prática, pode auxiliar na articulação de soluções para os problemas que são detectados pela equipe? A quem, quando e como o ACS se dirige rotineiramente, e como funciona a distribuição de trabalho nas equipes das Unidades de Saúde da Família?
- III. Como melhorar a rotina de trabalho dos ACS? Como estão estabelecidos os protocolos de atendimento aos grupos prioritários do SUS? Como é feita pela equipe a administração dos serviços

de saúde: protocolos, rotinas, documentação, relatórios e estatísticas? Como articular o conjunto de dados levantados em cada procedimento de registro efetuado pelos ACS?

- IV. Como se dão os variados processos de comunicação pressupostos no trabalho dos ACS? Que capacidades comunicativas são desejáveis para o bom desempenho das ações dos ACS? Quais saberes de ordem comunicacional devem ser apreendidos, a fim de qualificar as situações de interação intra-equipe e dos ACS com a comunidade? (SES-SP, 2005)

Assim, cada equipe de saúde tem liberdade para desenvolver esses temas de acordo com as características locais e sua criatividade, não existindo, portanto, padronização, o que nos faz supor que essa formação não será homogênea.

A nosso ver, é muito importante que a formação possibilite aos alunos estabelecer “pontes” entre a teoria e a prática de seu trabalho. Ademais, o fato de a formação não ser “engessada” permite inserir o ACS em ambientes próximos da realidade que ele estuda, para que possa sentir, na prática, o que aprende na teoria, e trazer experiências e casos do cotidiano para a sala de aula.

Todavia, devemos admitir que a relação entre professor e aluno pode ser confundida com a relação entre profissional e profissional. Isso pode ocasionar constrangimento e dificultar o processo de formação, uma vez que constatamos, em nosso estudo, que muitos profissionais entrevistados acreditam que o ACS tem dificuldade em separar o lado pessoal do lado profissional, como se vê pela seguinte fala:

[...] os agentes comunitários de saúde não sabem separar muito bem o joio do trigo e acabam misturando muito o lado pessoal com o lado profissional. (Enfermeira)

Nossa pesquisa identificou vários posicionamentos sobre a questão da formação profissional dos ACS. A maioria dos profissionais entrevistados se posicionou contra a formação técnica para qualificar o trabalho dos ACS.

Dessa maneira, cabe aqui outro questionamento: Como será essa formação, se nem mesmo alguns profissionais que podem vir a ser “formadores” dos ACS têm posição favorável a essa proposta, por temerem que os ACS se transformem em outros agentes técnicos da área da saúde e que seu papel na equipe de saúde seja desconfigurado? As seguintes falas ilustram essas dúvidas:

[...] Eu acho muito complicado e fico pensando: a partir do momento que o agente comunitário de saúde tiver um curso técnico, esse agente comunitário pode se transformar em um profissional exclusivamente da equipe. Não sei se eu tô conseguindo te explicar direito, mas assim [...] mas com o tempo o agente comunitário já começa a falar. Eles [...] eles são assim, se referindo a comunidade, eles querem é, eles só querem do jeito deles e na hora que eles querem, como se o agente comunitário não fosse uma pessoa que morasse ali, entendeu? Imagine com uma formação então?! (Enfermeira)

Eu acho que vai se perder muito da essência. (Médico)

[...] Eu discordo dessa formação que eles querem dar, porque fazendo isso a gente vai ensinar o agente comunitário a ter essa formação bióloga, vão tirar a pureza deles. Acho que não tem essa necessidade. (Enfermeira)

Já outros profissionais acreditam que a formação técnica é importante para delinear o papel dos ACS, como se deduz pelas seguintes falas:

[...] Eu acho que agora a gente vê um movimento mais amplo por parte do MS pra definir melhor o papel do agente comunitário de saúde, quais são as atribuições, pra dar um perfil, vamos dizer assim mais “fechadinho” para o agente comunitário [...] (Médico)

[...] Então, eu acho que a formação técnica vai ajudar o agente a crescer na profissão, a capacitá-lo mais para o trabalho, mas

também fazer com que ele receba mais por esse trabalho também.
(Médico)

A nosso ver, a formação dos ACS no estado de São Paulo, em curso desde 2005, cujo objetivo é qualificar todos esses profissionais até 2006, pode não modificar seu perfil nem capacitá-los para algumas demandas, como esperam alguns profissionais.

Talvez o que deva preocupar os profissionais seja: Como será a contratação e a formação dos ACS que ingressarem nas equipes do PSF, após o término do curso para essas turmas. Acontecerá nesse mesmo sistema? Existirão escolas de formação para esses ACS? Dessa maneira, como ficará o processo seletivo? Será necessário ter concluído o curso para poder participar desse processo? E quanto aos ACS que estão recebendo a formação? Como será daqui a um ano e meio, quando todos tiverem concluído o curso de acordo com a proposta da SES-SP?

Não cabe aqui responder a essas indagações, que provavelmente serão objeto de vários estudos, mas vale ressaltar que existe a necessidade de uma preparação para todos os membros da equipe de saúde, e não apenas para os ACS (SILVA e DALMASO, 2002).

5. Considerações finais

A Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, organizada pela OMS e realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978, propôs um modelo assistencial de saúde que preconizava “saúde para todos no ano 2000”, principalmente pela via da atenção primária em saúde.

No Brasil, muito se fez para atingir a meta preconizada pela OMS. Em 1988, através de texto constitucional, foi instituído o SUS, cuja implantação só foi possível por força das Leis Orgânicas nº 8.080/90 e nº 8.142/90, aprovadas pelo Congresso Nacional, e das normas operacionais NOB 01/96 e NOAS 01/2001. Na concepção do SUS, a saúde é direito do cidadão e resultado de políticas públicas do governo.

Vários programas foram criados para operacionalizar o SUS. Um deles, o PSF, surgiu em 1993 como a principal estratégia de mudança de paradigma; as principais características desse programa são os pressupostos da atenção primária em saúde preconizados em Alma-Ata.

O objetivo da Estratégia Saúde da Família é reorganizar a prática da atenção primária em saúde em outras bases, transformando o modelo tradicional, prestando assistência à saúde perto das famílias e melhorando a qualidade de vida dos brasileiros.

Essa prática propõe desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das famílias, de forma integral e contínua, na unidade de saúde ou nos domicílios, por equipe de saúde multiprofissional, composta por um médico, um enfermeiro, de um a dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis ACS; essa equipe poderá incorporar outros profissionais, como cirurgiões-dentistas, assistentes sociais e psicólogos, ou formar com eles equipes de apoio.

Em 2001, o município de Ribeirão Preto foi qualificado para desenvolver a Estratégia Saúde da Família. Em 2002, mediante convênio entre a USP, o governo do estado de São Paulo e a SMS-RP, foram implantados oficialmente cinco NSF's, nos moldes preconizados pelo MS quanto à composição das equipes de saúde.

Esses NSF's participam com ações básicas em saúde articuladas com os outros níveis de atenção, constituindo a porta de entrada para o sistema de saúde.

Nosso estudo buscou compreender a visão dos profissionais (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem) desses cinco NSF's, em relação ao papel do ACS na equipe de saúde.

Com base numa perspectiva qualitativa e em entrevistas semi-estruturadas com todos os profissionais que atuavam na equipe de saúde por mais de dois anos, identificamos diversos posicionamentos sobre o papel do ACS no PSF.

Os profissionais entrevistados são predominantemente do sexo feminino, com média das idades de 35,3 anos. Também identificamos profissionais com nível de formação acima do exigido pelo MS.

O papel do ACS foi visto de diferentes formas pelos profissionais da equipe da saúde.

A maioria deles considera o ACS como um elo entre a equipe de saúde e a comunidade, confirmando o que preconizam o MS e muitos autores que já trabalharam com esse tema.

A maioria também acredita que o fato de o ACS transitar pelos espaços da unidade de saúde em que trabalha e da comunidade em que mora faz com que o trabalho da equipe seja complementado com "outro olhar", isto é, o saber "do senso comum", desconhecido pelos profissionais que atuam preferencialmente nos NSF's.

Nesse sentido, o fato de o ACS ser percebido como "tradutor", "interlocutor" ou "porta-voz", facilitando o acesso dos usuários ao serviço de saúde, confirma a existência de um abismo social entre os profissionais de saúde e a comunidade, decorrendo daí a necessidade de um elo, ou seja, de um intermediário, para que o trabalho da equipe de saúde possa se desenvolver.

Por outro lado, alguns profissionais vêem o ACS como um "ator complexo", cuja atuação pode facilitar ou prejudicar o andamento do serviço de saúde. Esses profissionais mencionaram três situações em que a equipe de saúde deve ter "jogo de cintura" para lidar com o ACS.

- 1 **A supervisão do trabalho do ACS:** situação mencionada principalmente pelos profissionais de enfermagem, responsáveis pela supervisão direta desse agente.
- 2 **O ACS na condição de usuário do sistema:** situação relatada principalmente pelos médicos que se sentem incomodados pela expectativa do ACS em relação à assistência que lhe era prestada.
- 3 **Aspectos relacionados a questões éticas:** situação decorrente das reuniões em que se discutem os casos de indivíduos com vínculo pessoal com o ACS, que, na visão da equipe de saúde, acabava agindo informalmente, identificando-se apenas como membro da comunidade.

Na visão da equipe de saúde, essas situações acontecem porque o ACS não consegue manter distanciamento profissional e mistura aspectos profissionais com aspectos pessoais, o que pode desencadear conflitos que afetam negativamente o trabalho.

Verificamos também que alguns profissionais estabelecem uma diferenciação entre “a gente” da equipe de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem) e “o agente”. Isso aparece nos relatos de forma implícita, denotando que os profissionais ainda não internalizaram o fato de o ACS ser um integrante da equipe, mas o vêem como um agente externo.

A nosso ver, a equipe de saúde tem dificuldade em lidar com o ACS, talvez porque o perfil desse profissional destoa do perfil dos demais membros da equipe, isto é, ele trabalha na mesma comunidade em que mora e, até o momento da coleta dos dados, não possuía “formação técnica”.

Em contrapartida, constatamos que a maioria dos profissionais se posiciona contra a formação técnica do ACS, por acreditar que esse papel pode ser “desconfigurado”. Assim, o ACS passaria a atuar como outro técnico da área da saúde, tornando-se um profissional “exclusivo” da equipe de saúde.

Fica evidente que a formação dos profissionais da equipe de saúde ainda está embasada predominantemente no modelo biomédico, centrado na doença e no atendimento clínico. Conseqüentemente, quando esses profissionais entram no PSF, encontram uma realidade para a qual não estão preparados.

Percebemos que os médicos vêem seu trabalho na Estratégia Saúde da Família como não devidamente reconhecido pelos “outros médicos”, pela população e por eles mesmos. Observamos também que têm dificuldade em aplicar os princípios do SUS em suas atividades profissionais, priorizando apenas o atendimento, ou seja, a continuidade de sua prática tradicional de assistência.

Constatamos ainda que, apesar da sobrecarga de trabalho, as enfermeiras sentem-se valorizadas e respeitadas no PSF e constituem a categoria profissional em maior sintonia com os pressupostos desse programa.

Verificamos que as auxiliares de enfermagem acreditam que tanto sua posição quanto a dos ACS nos NSF's são periféricas. Na visão das auxiliares de enfermagem, o trabalho em equipe está hierarquizado, apesar do discurso igualitário, e as decisões são tomadas pelos profissionais de nível superior (médicos e enfermeiras), seus “coordenadores”, isto é, membros hierarquicamente superiores da equipe. As auxiliares de enfermagem estão insatisfeitas quanto à realização de pequeno número de procedimentos técnicos e ao acúmulo de serviços na recepção, o que lhes produz a sensação de “sobrecarga”. Constatamos também certa dificuldade dessas profissionais quando se colocam diante da equipe de saúde.

Uma pesquisa futura poderia analisar o papel do auxiliar de enfermagem no PSF, pois percebemos que essa categoria profissional reproduz a hierarquia e a subordinação ao médico e ao enfermeiro, como acontece no modelo tradicional, necessitando, assim como o ACS, conquistar seu espaço na equipe de saúde.

Além disso, traduzimos algumas vivências relatadas pelos profissionais dos NSF's como “dificuldades” desses profissionais em lidar com algumas situações. Entre as “dificuldades” encontradas, destacam-se: a

insatisfação com a carga horária e com a remuneração salarial; a resistência em compartilhar o poder decisório com outros profissionais; o fato de o NSF ser um espaço tanto de assistência quanto de pesquisa; as cobranças do sistema de saúde que surgem como pressões para o cumprimento de deveres. Essas situações podem estar dificultando o relacionamento interpessoal, afetando negativamente o trabalho da equipe de saúde. Acreditamos que outros estudos poderão analisar melhor essas questões, pois nosso objetivo não é discuti-las, mas apontá-las para futuras reflexões.

Em relação à necessidade do trabalho em equipe, constatamos que, embora os entrevistados valorizem essa prática, todos mencionaram dificuldades em trabalhar com outros profissionais.

A nosso ver, essa situação poderia ser amenizada pela adoção de estratégias como a supervisão externa e, talvez, o suporte psicológico para os membros da equipe de saúde, mas o cerne da questão ainda seria a formação dos profissionais da equipe, que não estão preparados para lidar com essa nova forma de pensar e agir em saúde.

Finalizando, constatamos que o ACS é realmente uma peça importante da Estratégia Saúde da Família, mas seu trabalho precisa estar conectado com o dos demais profissionais do PSF, para que as atividades desse programa possam ser realizadas a contento. Isso requer mudança da estrutura do PSF e da formação e comportamento dos profissionais que o integram. Um grande desafio a superar!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, E. L. V. **Medicina hospitalar – medicina extra-hospitalar: duas medicinas?** 1988. 233f. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1988.

BASTOS, L. G. C. **Trabalho em equipe em atenção primária à saúde e o PSF.** 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

BEDOYA, Y. A. Reflexiones sobre la atención primaria: proposición de um marco conceptual. **Educ Méd y salud**, LA HABANA , v. 13, n. 4, p. 341-350,1979.

BENEVIDES, E.; ARAUJO, L. F.; SANTOS, M. I. N.; MAGALHÃES, J. M.; LIMA, C.M.N. ACS: ator fundamental entre a comunidade e o sistema. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2.; Belo Horizonte, 2004. **Anais ...** Belo Horizonte, p. 01-07, 2004.

BICHUETTI, J.; MISHIMA,S. M.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, C .M. O agente de saúde e a mudança: do espanto ao encanto. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v.9, n.17, p. 433-8, mar., 2005.

BLEGER, J. **Temas de psicologia: entrevistas e grupos.** São Paulo: Martins Fontes, 1993.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos.** Portugal: Porto Ed.,1994.

BOLTANSKY, L. **As classes sociais e o corpo.** Rio de Janeiro: Grall, 1989.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. 16 ed., São Paulo: Saraiva, p.104-105, 1997.

BRASIL. **Lei nº. 8080, de 19 Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. **LEX**, São Paulo, ano 54, p. 1060-1073, Coletânea de legislação, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 692, de 29 de março de 1994. **Diário Oficial da União**, Nº. 060, 4572.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 267 de março de 2001. **A inclusão da Saúde Bucal na Estratégia da Saúde da Família**. Disponível Diário Oficial da União, março, 2001. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
Acessado em: janeiro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.444 de 28 de dezembro de 2000. **Reorganização da Atenção a Saúde Bucal prestada nos municípios por meio do PSF**. Disponível em: [http:// www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acessado em: janeiro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.886 de dezembro de 1997. **Diário Oficial da União**, n. 247-A, 22 de dez.

BRASIL. Lei nº. **10.507 de 10 de Julho de 2002**. Dispõe sobre a criação da profissão de Agentes Comunitários de Saúde, Brasília, 10 de Julho de 2002. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudedafamilia/portarias>>. Acessado em ago.de2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Algumas questões básicas sobre o SUS e a gestão municipal em saúde**. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Secretária de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde na Comunidade. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica Programa Saúde da Família**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. SIAB – **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe da Atenção Básica Nº. 18 - O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**. Brasília, p. 15-17, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proposta de Regulação da Formação do Agente Comunitário de Saúde – Subsídios para Discussão**, Brasília, 07 de julho, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resultados alcançados em 2005 (físico e financeiro)**. Disponível em: www.saude.gov.br. Acessado em maio, 2006.

BUSS, P. M. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, P. M.; LABRA, M. E. (org.). **Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças**. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Fiocruz, 1995.

CACCIA BAVA, M. C. G. **Relatório do Convênio Núcleos de Saúde da Família – CSE da FMRP-USP**. Ribeirão Preto, SP, 2004. Não Publicado.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CAMELO, S. H. H. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. 2002. 109 f. Dissertação (Mestrado) – EERP, USP, Ribeirão Preto, 2002.

CARVALHO, V. L. M. **A prática do agente comunitário de Saúde: Um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapeirica da Serra**. 2002. 150 f. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Saúde Pública - USP, São Paulo, 2002.

CASTRO, E. M. **Psicanálise e Linguagem**. São Paulo: Ática, 2 ed., 1992.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no PSF. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 53, n. esp., p.143-7, 2000.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

ESCOREL, S. **Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde;. (Síntese dos Principais Resultados), 2002.

FERRAZ, L. C.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano do trabalho do agente comunitário no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-355, Abr./Jun., 2005.

FEURWERKER, L. C .M.; SENA, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida. **Olho Mágico**. Londrina, v. 5, n. 18, p. 5-6, Mar., 1998.

FIORIN, J. L. **Linguagem e ideologia**. 8 ed., São Paulo: Ática, 2005.

FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. O Trabalho de Equipe no PSF: Reflexões a Partir de Conceitos do Processo Grupal e de Grupos Operativos. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-68, Mar./Abr., 2005.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (org). **Saúde e democracia – a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, p. 25-41, 1997.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1989.

FRANCO, A. R.; NAGIB, H.; FOSTER, A. C.; CACCIA BAVA, M. C. G. A FAMRP-USP em atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão de Serviços à Comunidade, dentro do projeto CSE. **Rev. Medicina**, RP, v. 35, p. 425-432, Jul, 2002.

FRANCO, T; MERHY, E. **PSF: contradições e novos desafios**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acesso em setembro de 1999.

GAUTHIER, J.; CABRAL, I. E. Os saberes populares e a sua relação com o saber e a pesquisa de enfermagem. **Rev. Enf.**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 77-84, Maio, 1995.

GERMANO, R. M.; FORMIGA, J. M. M.; MELO, M. N. B.; VILAR, R.L.A. **Capacitação das equipes do PSF: desvendando uma realidade**. Disponível em: <<http://www.observatório.nesc.ufrn.br>> Acessado em: março de 2006.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Record, 1999.

JACOBI, P. R. Movimentos sociais e Estado: efeitos políticos institucionais da ação coletiva. In: COSTA, N. R. (org.) **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, Cap. 1, p. 13-35, 1989.

JODELET, D. Reflexion sur le traitement de la notion de représentation sociale. **Communication, information**, v. 4, n. 2-3, p.15-42, 1984.

HOLANDA, A. F. B. **Mini Aurélio o Dicionário da Língua Portuguesa**. Rev. Ampliada. Curitiba: Positivo, 2005.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da Doença**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1991.

LALONDE, M. **A New Perspective on the Health of Canadians**. Ottawa: Health and Welfare Canadá. 1974.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, p. 3, 1996.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho dos agentes comunitários de saúde nos núcleos de saúde da família em RP-SP**. 2004 154 f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, 2004.

LIPP, M. N; MALAGRIS, L.N. Manejo do estresse. IN: RANGÉ, B. **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva – de transtornos psiquiátricos**. Campinas: Editorial Psy, 1995.

LUNARDI, V. L. Repensando a formação da enfermeira. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 221-24, Out., 1994.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil – instituições e estratégias de hegemonia**. Rio de Janeiro, Graal, 1986.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática – anos 80. **Rev. Physis**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 77-96, 1991.

MACHADO, M. H. (Coord.). **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MARTINS, J.; BICUDO, M. **A pesquisa qualitativa em Psicologia**. Fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes/EDUC, 1989.

MATUMOTO, S; FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B.; DOMINGOS, N. A. M. Supervisão de equipes no PSF: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 9, n.16, p. 9-24, Set., 2004.

MENDES, E. V. (org). Distrito Sanitário: **O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo, Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Abrasco, 1999.

MOSCOVICI, S. On social representations. IN: FORGAS, J. P. (Ed) **Social cognition perspectives on everyday understanding**. Londres: Academie Press, 1981.

NASCIMENTO, S. M.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no PSF: a interface da vigilância em saúde versus ações programáticas em saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 335-345, Junho, 2005.

NÓBREGA, J. S. M. **Perfil dos Profissionais nas Equipes do Programa de Saúde da Família em Macaíba/RN**. Rio Grande do Norte, 2005. Disponível em: <<http://www.observatorio.nesc.ufrn.br>>. Acessado em novembro de 2005.

NÓBREGA, S. M. Sobre a teoria das representações sociais. IN: MOREIRA, A. S. P. (org). **Representações Sociais: teoria e prática**. João Pessoa: Universitária, p. 55-87, 2001.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. **O. A Vinculação Institucional de um Trabalhador sui generis – O Agente Comunitário de Saúde**. Rio de Janeiro: IPEA, Texto para discussão, n. 735, 2000.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica universalista e a dimensão social comunitarista. **Interface-Comunic, Saúde, Educ, Botucatu**, v.6, n. 10, p.74-94. Fev., 2002.

NUNES, E. D. Sobre a história da Saúde Pública: Idéias e autores. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 251-264, 2000.

NUNES, M. O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. A. HOMEN, C. R.; MELO, M. C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pub**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 6, p.1639-1646, Nov./Dez., 2002.

OLIVEIRA, R. G; NACHIF, M. C. A.; MATHEUS, M. L. F. O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, estado do Mato Grosso do Sul. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 25, n. 1, p. 95-101, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Alma 1978 - Cuidados Primários de Saúde. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Brasil: OMS/UNICEF, 1979.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. 1986. **Carta de Otawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Otawa, 1986. Disponível em: <http://www.opas.org.br> Acessado em: nov. de 2005.

OSÓRIO, L.C. **Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma nova era.** Porto Alegre: Artmed, 2003.

PADILHA, M. I. C. S.; LEITE, L. M. R.; PERES, M. A.; ARAUJO, A. C. Enfermeira – a construção de um modelo de comportamento a partir dos discursos médicos no início do século. *Rev. Latino Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 25-33, Out., 1997.

PEDROSA, J. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.

PEDUZZI, M. **Equipe Multiprofissional de saúde; a interface do trabalho e da interação.** 254f. 1998. Tese (Doutorado), Campinas, Universidade de Campinas, 1998.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano de Saúde de Ribeirão Preto. Período 2005-2008.** Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde, 2005.

ROMANELLI, G. O processo saúde/doença em famílias de baixa renda e a ação do Estado. *Mimesis*, Bauru, v. 24, n. 1, p. 109-123, 2003.

RONZAN, T. M.; RIBEIRO, M. S. Práticas e Crenças do Médico de Família. *Rev. Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p.190-197, 2004.

SÃO PAULO. Secretária do Estado da Saúde. **Curso de Formação de Agentes Comunitários de Saúde**, 2005.

SILVA, A. B. F. **A Supervisão do Agente Comunitário de Saúde: limites e desafios para a enfermeira.** 2002. 113 f. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Paraná, 2002.

SILVA, J.; DALMASO, A. **Agente Comunitário de Saúde: o Ser, o Saber, o Fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Rev. Interface Botucatu**, Botucatu, v. 9, n. 16, Set./Fev., 2005.

SOLLA, J. J. S. P.; SANTOS, F. P.; MALTA, D. C.; REIS, A. T. O PACS na Bahia: Avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde: **Saúde Debate**, Londrina, v. 5, p. 4-15, 1996.

SOUSA, M. F. **Agentes comunitários de saúde**. Choque de Povo! São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

SOUZA, H. M. PSF em Debate. **Rev. Bras. Enferm.**, vol. 53, nº especial, p. 7-16, Dez., 2000.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um super herói. **Rev. Interface-Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu v. 6, n. 10, p. 84-87, Fev., 2002.

TRAD, L. **Programa de Saúde da Família: cenários diversos em condições adversas**. In: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 7., Rio de Janeiro, 2003. **Resumo**. Rio de Janeiro: ABRASCO, p.63, 2003.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O Impacto Sócio-Cultural do Programa Saúde da Família (PSF): Uma Proposta de Avaliação. **Cad. Saúde Pub.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-435, 1988.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução á pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

VALA, J. Representações Sociais para uma psicologia social do pensamento social. In: VALLA, J.; MONTEIRO, M. B.(org). **Psicologia social, serviço e educação**. 3 ed., Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1996.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, Coordenação de Atenção Básica, Secretária de Assistência a Saúde, Ministério da Saúde. 1999.

ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 83-92, 1997.

APÊNDICE A

ROTEIRO BÁSICO DE ENTREVISTA

Data: _____ Início: _____ Término: _____
Nome: _____
Naturalidade: _____
Data de nascimento: _____
Profissão: _____ Formação: _____
Tempo de atividade no Núcleo: _____
Equipe que trabalha: _____

1. Por que você escolheu trabalhar com saúde da família? Antes você havia pensado em outra possibilidade?
2. Como é para você trabalhar com saúde da família
3. Comente sobre as atividades que você desenvolve no Núcleo.
4. Como é para você trabalhar em equipe.
5. Qual é o papel do agente comunitário dentro dos Núcleos de Saúde da Família.
6. Como você vê o trabalho do agente comunitário de saúde dentro das equipes de saúde.
7. Como é para você trabalhar com o agente comunitário de saúde.
8. Como você vê o fato do agente comunitário trabalhar na mesma comunidade que mora.
9. Como você vê o fato do agente comunitário de saúde ser usuário da unidade de saúde.
10. Como o agente comunitário de saúde se posiciona dentro da equipe? Como membro da equipe? Como membro da comunidade? Sabe discernir seus papéis?
11. Como os demais membros da equipe se posicionam em relação ao agente comunitário? Como membro da equipe? Como membro da comunidade? Sabe discernir os papéis sociais?
12. Como o agente comunitário de saúde se posiciona em relação a outro agente comunitário? Como é a relação entre eles?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESCLARECIMENTOS

De acordo com a resolução nº.196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos, faço valer a necessidade do termo de consentimento livre e esclarecido para os sujeitos participantes desta pesquisa.

Responsável pela pesquisa: Daniela Cristina Seabra (Psicóloga e mestranda da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Departamento de Medicina Social).

Orientador: Dr. Antonio Carlos Duarte de Carvalho, docente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP.

Título da pesquisa: O Posicionamento do Agente Comunitário de Saúde Sob a Óptica da “Equipe Multiprofissional” dos Núcleos de Saúde da Família ligados ao Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

Objetivos da pesquisa: Identificar as percepções dos médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem sobre o papel do agente comunitário de saúde, enquanto membro da equipe e morador da mesma comunidade que trabalha.

Esta pesquisa tem um caráter estritamente científico. Segue princípios éticos e científicos e se realiza através de uma metodologia adequada. Os dados desta pesquisa serão coletados através de um roteiro de entrevista semi-estruturada com profissionais da saúde (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem).

De acordo com as condições dessa pesquisa, fui esclarecido que:

- Terei minha identidade preservada, assim, meu nome e identidade pessoal não serão divulgados; terei garantida a proteção de minha imagem e as informações obtidas serão divulgadas sem estarem relacionadas com a minha pessoa;
- A minha participação nesta pesquisa não envolve qualquer risco à saúde e à minha integridade física.
- A minha participação nesta pesquisa não envolve qualquer benefício financeiro entre a minha pessoa e o pesquisador.
- No decorrer da pesquisa, poderei solicitar esclarecimentos e terei liberdade de recusar-me a participar ou retirar o meu consentimento de participação da mesma, sem sofrer nenhuma penalização e sem que a minha assistência seja prejudicada.

CERTIFICADO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, declaro ter sido esclarecido sobre todas as condições que constam nos esclarecimentos acima, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos a que serei submetida, aos riscos e aos benefícios, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram asseguradas. Aceito participar da pesquisa acima referida, sob responsabilidade da Dr. Antonio Carlos Duarte de Carvalho

Ribeirão Preto, __/__/__

Daniela Cristina Seabra (pesquisadora)

RG: 26.834.029-8/SP