UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

A inserção do agente
comunitário de saúde na
equipe de Saúde da Família

Karen Namie Sakata

Ribeirão Preto
2009

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de Saúde Família

KAREN NAMIE SAKATA

Ribeirão Preto
2009

KAREN NAMIE SAKATA

A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de Saúde Família

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Inserida na linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvana Martins Mishima

Ribeirão Preto

2009

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL E PARCIAL DESTES
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

FICHA CATALOGRÁFICA

Sakata, Karen Namie.

A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de
Saúde da Família.

200 p.; 30cm

**Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de
concentração: Enfermagem em Saúde Pública.**

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvana Martins Mishima

1. Atenção primária à saúde 2. Programa saúde da
família 3. Equipe de assistência ao paciente 4. Auxiliares de
saúde comunitária 5. Agente comunitário de saúde

FOLHA DE APROVAÇÃO

Karen Namie Sakata

A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de Saúde da Família

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^a Dr^a _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^a Dr^a _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico esta pesquisa aos agentes comunitários de saúde

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Profª Drª Maria Cecília Puntel de Almeida. Exemplo de professora, de enfermeira, de mulher ...

Seu exemplo de professora e orientadora será uma imagem sempre viva em meus pensamentos. A riqueza de suas orientações, aulas, conferências e conversas serão momentos que tomarei como norteadores para minha vida acadêmica e profissional. Seus ensinamentos, os quais tive a honra e o privilégio de compartilhar desde a Iniciação Científica, serão sempre *boas* sementes que, em minha pequenez, prometo semear também em outras pessoas. Sua sabedoria é de vida. Seus saberes e ensinamentos fundamentaram (e fundamentarão) os meus. Sou grata por sua compreensão, sua paciência, sua atenção e por suas broncas também... Você me ensinou o significado de *ser* pesquisadora e hoje, ao finalizar o *nosso* trabalho de mestrado, não teria outra pessoa a quem agradecer, com tão especial carinho, senão a você...

Obrigada, professora Cecília,
por acreditar em mim e por compartilhar comigo seus valiosos saberes de professora, de pesquisadora e de ser humano.

AGRADECIMENTOS

Nesta pesquisa de mestrado, deixo expresso (e impresso) meu esforço, de angústias e prazeres, e minha singela contribuição para mudanças reais e concretas nas práticas de saúde em *defesa do SUS* e em *defesa da vida*.

Mas meu esforço não é meu. Meu esforço vem da força coletiva de pessoas que são especiais para mim...

Agradeço...

A *Deus* pela minha vida e pelas pessoas maravilhosas que nela colocou.

Aos meus pais, *Paulo Coiti Sakata e Célia Aparecida dos Santos Sakata*. Pelo apoio incondicional às minhas escolhas. Obrigado pelo amor e compreensão de vocês. Desculpem-me pelos grandes períodos fora de casa, mas tudo isso é porque acredito que o mundo pode ser melhor e as pessoas podem sofrer menos e serem respeitadas em seus direitos de saúde, educação e cidadania.

Aos meus irmãos, *Ricardo Koji Sakata, Bruna Marie Sakata e Bianca Akemi Sakata*. Por existirem em minha vida. Amo vocês.

Aos meus avós maternos *Josefa Amaro dos Santos e José Francisco dos Santos* e, paternos *Tomiko Sakata e Sigerahu Sakata*. Pelo exemplo de vida que vocês são (e sempre serão) para mim.

Ao *Bruno*. Por sua compreensão, companhia, paciência, preocupação e pelo seu carinho.

À Prof^a Dr^a *Silvana Martins Mishima*. Pelo exemplo, pela dedicação e pela sua disponibilidade em me orientar nessa fase tão difícil para nós. Obrigada por compartilhar comigo seus conhecimentos. Nossas lágrimas foram as forças que nos impulsionaram para a reta final deste trabalho. Acredito que Cecília está orgulhosa de nós!

Aos trabalhadores da unidade de saúde cenário de investigação desta pesquisa. Pelo acolhimento, pela atenção e pela disponibilidade em me ajudarem na construção deste trabalho. Agradeço em especial às *agentes comunitárias de saúde*... mães, mulheres, filhas, esposas, namoradas, irmãs, companheiras... trabalhadoras de saúde.

Aos docentes e amigos Prof^a Dr^a *Cinira Magali Fortuna*, Prof^a Dr^a *Maria José Bistafa Pereira*, Prof^a Dr^a *Silvia Matumoto*, Prof. Dr. *Pedro Fredemir Palha*. Obrigada pela compreensão e por compartilharem comigo seus conhecimentos. À *Zeze*, agradeço com especial carinho por me apresentar aquela que seria minha orientadora de Iniciação Científica, de mestrado... meu exemplo de enfermeira e professora... obrigada por me apresentar à professora Cecília.

Aos meus amigos *César, Hugo, Janaína e Jane*. Por compreenderem minhas ausências. Pela força, apoio e confiança, sempre.

À minha amiga *Marcelen*. Companheira de mestrado. Amiga de princípios. Obrigada por compartilhar comigo as angústias e sofrimentos dessa árdua caminhada.

Às minhas amigas *Aline, Ariane e Juliana*. Amigas da graduação. Amigas enfermeiras. Amigas...

À minha amiga *Tia Sônia*. Pelo apoio e pelas comidas saborosas.

Às minhas amigas *Adrielle, Fernanda Beatrice, Karina, Maristela e Telma*. Pela amizade. Amigas do coração, amigas de repúblicas.

Às minhas amigas *Fernanda Machado e Lilian*. Amigas de mestrado. Enfermeiras e mestres do coração.

À minha amiga *Leni*. Pelo apoio e carinho.

Aos funcionários da EERP/USP em nome de minha amiga *Cristiane Gramani Say*. Pelo apoio, pelo carinho, pelo seu esforço e pela sua dedicação desde a época da Iniciação Científica. Cris, muito obrigada por tudo! ... Agora já mereço a famosa torta de limão...

Ao Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva - Prof^a Dr^a *Maria Cecília Puntel de Almeida* em nome de meus amigos de coração e de princípios: *Adriana, Alexandre, Dario, Fernanda Silva, Guilherme, Laís, Larissa, Lauren, Michelle e Rafael*. Pelos conhecimentos compartilhados, pelas alegrias multiplicadas e pelas tristezas divididas.

À Enfermeira Dr^a *Priscila Frederico Craco* e à Prof^a Dr^a *Ione Carvalho Pinto*. Pelas valiosas considerações no Exame de Qualificação.

À Prof^a Dr^a *Angela Maria Magosso Takayanagui* e aos trabalhadores do Núcleo de Saúde da Família I. Pela oportunidade de realização do Programa de Aperfeiçoamento em Ensino – PAE.

Ao Núcleo Regional de Ribeirão Preto do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES. Companheiros de muitas lutas que são e que virão.

Ao *Samuel e Sérgio*. Pela disponibilidade.

Ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública. Pela oportunidade.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP. Pelo apoio financeiro.

Muito obrigada!

Quero ser sua amiga
Nem demais e nem de menos
Na medida mais precisa que eu souber
Mas amar-te sem medida
e ficar na sua vida da maneira
mais discreta que eu souber
Sem tirar-te a liberdade
Sem jamais te sufocar
Sem forçar sua vontade
Sem falar quando for hora de
calar e sem calar quando
for hora de falar
Nem ausente nem presente por
demais
Simplesmente calmamente ser-te
paz. É bonito ser amiga mas
confesso é tão difícil aprender e
por isto te suplico paciência
Vou encher este teu rosto de
lembranças, daí-me tempo de acertar nossas distâncias.

**Poema do amigo aprendiz de Padre Zezinho
(Escrito por uma usuária para uma ACS da
unidade de saúde cenário de investigação desta pesquisa,
datado de 07/09/2006)**

RESUMO

SAKATA, Karen Namie. **A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de Saúde da Família**. 2009. 200 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

O objeto da pesquisa foram as relações sociais estabelecidas entre o agente comunitário de saúde – ACS – e a equipe de Saúde da Família – SF – em situações concretas de trabalho. A SF é estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil. A profissão do ACS foi regulamentada somente em 2002 e caracteriza-se pelo exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde. A literatura aponta que os ACS desempenham ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, mas enfrentam dificuldades para cumprirem com funções de caráter mais político e social, voltadas para mudanças nos modos de se cuidar e para o aumento da participação social. O ACS possui características híbridas e singulares, pois é membro da comunidade e da equipe de saúde, propiciando a ligação entre esses dois atores. Objetivou-se compreender as relações sociais estabelecidas entre o ACS e a equipe de SF a partir do trabalho em equipe na saúde, destacando os aspectos da articulação das ações e da interação entre os trabalhadores. A pesquisa foi de abordagem qualitativa com a realização de 23 observações participantes e 11 entrevistas semi-estruturadas junto a uma equipe de SF em um município do interior paulista. O material empírico foi interpretado segundo a análise temática e compreendeu *a história da unidade de saúde e seus trabalhadores, o processo de trabalho da equipe e os ACS na equipe de SF na perspectiva da articulação e da interação*. Os resultados mostraram que o ACS está inserido em um processo de trabalho em equipe que é dinâmico. O ACS vive as contradições de modelos de saúde que são diferentes e co-existem em um mesmo espaço. Os ACS são *laços de ligação* quando desempenham ações articuladas ao trabalho da equipe e interagem com os trabalhadores, construindo planos assistenciais em comum. Um núcleo de competência do ACS pode ser a característica de laço de ligação, aproximando equipe e comunidade e adequando as ações de cuidado às reais necessidades das pessoas. Na prática comunicativa com os trabalhadores; os ACS ao falarem de si, estão falando da própria comunidade, pois é ele seu representante e porta-voz na equipe. Como *elos de ligação* desenvolvem ações essencialmente operacionais para agilizar o trabalho da equipe e da unidade, tais como, entregar recados e encaminhamentos. As atividades desempenhadas dentro da unidade relacionam-se à cooperação e também estão muito atreladas às ações operacionais e instrumentais do trabalho, inclusive com certo caráter de “troca”. Concluímos que a inserção do ACS na equipe de SF enfrenta dificuldades e requer a criação de estratégias que favoreçam a relação dialógica entre os trabalhadores. Assim, o trabalho da equipe e a dimensão política e social dos ACS poderão ser potencializados, contribuindo para cuidados mais integrais e acolhedores e para um agir em saúde mais criativo e prazeroso.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Programa saúde da família. Equipe de assistência ao paciente. Auxiliares de saúde comunitária. Agente comunitário de saúde.

ABSTRACT

SAKATA, Karen Namie. **The insertion of the community health agent in the Family Health team.** 2009. 200 f. Thesis (Master) – University of São Paulo at Ribeirão Preto, College of Nursing, Ribeirão Preto, 2009.

The social relations established between the community health agent (ACS) and the health family team (SF) in work situations was the object of this study. SF has been a strategic priority to reorganize Primary Health Care in Brazil. ACS only became a regulated profession in 2002 and comprises activities of disease prevention and health promotion. Literature appoints that ACS develops actions recommended by the Ministry of Health but faces difficulties in complying with functions with a more political and social character focused on changing people's self-care and increasing their social participation. These professionals possess hybrid and singular characteristics because they are both members of the community and the health team making linkages between them. The study aimed to understand the social relations established between the ACS and SF team as from the work developed by the health team, highlighting connections between actions and interaction between workers. This is a qualitative study with 23 participant observations and 11 semi-structured interviews with the SF team in a city in the interior of Sao Paulo, Brazil. The empirical material was analyzed according to the thematic analysis and comprises the history of the health unit and its workers, the teamwork process and the perspective of connection and interaction of the ACS in the SF team. Results revealed that ACS is inserted in a dynamic teamwork process, that is, experiences the contradictions of co-existing different health models. These professionals work as *links* when they develop actions connected to the teamwork and interact with its workers developing common care plans. The ACS' core of competency is characterized by the connection they establish approximating team and community and adapting care actions to people's real needs. When these professionals talk about themselves during communication with workers, they talk about the community itself because they are its representatives and spokesman in the team. As *links*, they basically develop operational actions to speed up the team and unit's work such as delivering messages and referrals. The activities developed inside the unit are related to cooperation and are also very associated to operational and instrumental work, which includes a certain "exchange". The conclusion is that the inclusion of the ACS in the SF team is difficult and requires strategies favoring the dialogical relation between workers. This way, the teamwork and the ACS' political and social dimensions can be strengthened, contributing to more integral and welcoming care and also to more creative and gratifying work in health.

Key-words: Primary health care. Family health program. Patient care team. Community health aides. Community health agent.

RESUMEN

SAKATA, Karen Namie. **La inserción del agente comunitario de salud en el equipo de Salud de la Familia**. 2009. 200 f. Tesis (Maestría) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

Los objetivos de la pesquisa fueron las relaciones sociales establecidas entre el agente comunitario de salud – ACS – y el equipo de Salud de la Familia – SF – en situaciones concretas de trabajo. La SF es la estrategia prioritaria para la reorganización de la Atención Básica en Brasil. La profesión de ACS fue reglamentada solamente en 2002 y se caracteriza por el ejercicio de actividades de prevención de enfermedades y promoción de salud. La literatura apunta que los ACS desempeñan acciones preconizadas por el Ministerio de la Salud, pero enfrentan dificultades para cumplir con sus funciones de carácter más político y social, voltadas para cambios en las formas de cuidar y para el aumento de la participación social. El ACS posee características híbridas y singulares, pues ES miembro de La comunidad y Del equipo de salud, propiciando el contacto entre esos dos actores. El trabajo tuvo como objetivo comprender las relaciones sociales establecidas entre el ACS y el equipo de SF a partir del trabajo en equipo en salud, destacando los aspectos de la articulación de las acciones y de la interacción entre los trabajadores. La investigación fue de tipo cualitativa con la realización de 23 observaciones participantes y 11 entrevistas semiestructuradas con un equipo de SF en un municipio del interior paulista. El material empírico fue interpretado según el análisis temático y abarcó la *historia de la unidad de salud y sus trabajadores, el proceso de trabajo del equipo y los ACS en el equipo de SF desde la perspectiva de la articulación y de la interacción*. Los resultados mostraron que el ACS está insertado en un proceso de trabajo en equipo que es dinámico. El ACS vive las contradicciones de modelos de salud que son diferentes e coexisten en un mismo espacio. Los ACS son *lazos de unión* cuando desempeñan acciones articuladas al trabajo del equipo e interactúan con los trabajadores, construyendo planes asistenciales en común. Un núcleo de competencia del ACS puede ser la característica de lazo de unión, aproximando al equipo y la comunidad y adecuando las acciones de cuidado a las reales necesidades de las personas. En la práctica comunicativa con los trabajadores; los ACS al hablar de si mismos, están hablando de la propia comunidad, pues es él su representante y porta-voz en el equipo. Como *lazos de unión* desenvuelven acciones esencialmente operacionales para agilizar el trabajo del equipo y de la unidad tales como, entregar recados e encaminamientos. Las actividades desempeñadas dentro de la unidad se relacionan con la cooperación y también están muy relacionadas con las acciones operacionales e instrumentales del trabajo inclusive con cierto carácter de intercambio. Concluimos que la inserción del ACS en el equipo de SF enfrenta dificultades y requiere la creación de estrategias que favorezcan la relación dialógica entre los trabajadores. Así, el trabajo del equipo y la dimensión política y social de los ACS podrán ser potencializados, contribuyendo para cuidados mas integrales y acogedores y para una actuación en salud mas creativa y placentera.

Palabras claves: Atención primaria de salud. Programa salud familiar. Grupo de atención al paciente. Auxiliares de salud comunitaria. Agente comunitario de salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Distribuição dos artigos encontrados e selecionados de acordo com os descritores e/ou palavras e suas combinações nas bases de dados, 2008.	29
Quadro 2 –	Distribuição dos trabalhadores da unidade de saúde investigada de acordo com a categoria profissional, Ribeirão Preto, 2008.	82
Quadro 3 –	Distribuição dos trabalhadores de acordo com a função exercida e a equipe de Saúde da Família a que pertencem, Ribeirão Preto, 2008.	83
Quadro 4 –	Distribuição dos trabalhadores da unidade de saúde investigada de acordo com a faixa etária, Ribeirão Preto, 2008.	85
Quadro 5 –	Distribuição dos agentes comunitários de saúde da unidade de saúde investigada de acordo com a faixa etária, Ribeirão Preto, 2008.	85
Quadro 6 –	Distribuição dos trabalhadores da unidade de saúde investigada de acordo com o sexo, Ribeirão Preto, 2008.	86
Quadro 7 –	Distribuição dos agentes comunitários de saúde da unidade de saúde investigada de acordo com o sexo, Ribeirão Preto, 2008.	87
Quadro 8 –	Distribuição das famílias cadastradas na equipe de Saúde da Família II de acordo com a micorárea, Ribeirão Preto, 2008.	90
Quadro 9 –	Exemplo do quadro elaborado para a análise dos dados.	94

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente(s) comunitário(s) de saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
COMUT – Serviço de Comutação Bibliográfica
DECS – Descritores em Ciências da Saúde
DIR – Diretoria Regional de Saúde
DRS – Departamento Regional de Saúde
EERP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF – Estratégia de Saúde da Família
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MESH – Medical Subject Heading
OMS – Organização Mundial da Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC – Programa de Educação Continuada
PNACS – Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
SB – Saúde Bucal
SCIELO – Scientific Eletronic Library Online
SF – Saúde da Família
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS – Sistema Único de Saúde
UBDS – Unidade Básica e Distrital de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
USF – Unidade de Saúde da Família
USP – Universidade de São Paulo
VD – Visita(s) domiciliar(es)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 O agente comunitário de saúde e a Estratégia de Saúde da Família no Brasil.....	17
1.2 Buscando evidências sobre o agente comunitário de saúde e seu trabalho na equipe de Saúde da Família: revisão da literatura.....	28
1.2.1 Papéis, ações e atividades dos agentes comunitários de saúde.....	30
1.2.2 Significados atribuídos ao trabalhador agente comunitário de saúde.....	35
1.2.3 O agente comunitário de saúde como laço de ligação entre equipe de Saúde da Família e comunidade.....	38
1.2.4 Influências da educação/formação dos agentes comunitários de saúde e dos outros trabalhadores no trabalho da equipe de Saúde da Família.....	40
1.2.5 O agente comunitário de saúde como membro da equipe de Saúde da Família.....	48
1.3 Um olhar sobre o trabalho do agente comunitário de saúde na equipe de Saúde da Família: construindo os elementos teóricos.....	54
2 OBJETIVOS	63
3 METODOLOGIA	64
3.1 A abordagem qualitativa da pesquisa.....	65
3.2 A observação participante.....	67
3.3 A entrevista semi-estruturada.....	69
3.4 O campo de investigação.....	74
3.4.1 Definição do cenário de investigação	77
3.4.2 A entrada no cenário de investigação.....	78
3.4.3 Configuração atual da unidade de saúde.....	80
3.4.4 A escolha da equipe de Saúde da Família.....	87
3.4.5 Caracterização da equipe de Saúde da Família selecionada.....	88
3.5 A análise de dados.....	91
3.6 As questões éticas da pesquisa.....	95
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	97
4.1 A história da unidade de saúde e os trabalhadores da equipe de Saúde da Família.....	97
4.1.1 História da unidade de saúde.....	97
4.1.2 Apresentando os sujeitos da pesquisa: os trabalhadores da equipe de Saúde da Família.....	98
4.2 O processo de trabalho da equipe de Saúde da Família.....	112
4.2.1 O processo de trabalho da equipe de Saúde da Família: práticas que reiteram o modelo tradicional de saúde.....	113
4.2.2 O processo de trabalho da equipe de Saúde da Família: práticas potenciais para mudanças nos modos de se cuidar.....	122
4.3 Os agentes comunitários de saúde na equipe de Saúde da Família: articulação das ações e interação dos sujeitos.....	137
4.3.1 Agente comunitário de saúde: laço de ligação X elo de ligação.....	118
4.3.2 Aspectos da divisão social e técnica do trabalho, da autonomia e da cooperação no trabalho do agente comunitário de saúde.....	159
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	175
REFERÊNCIAS	181
APÊNDICES	191
ANEXOS	196

APRESENTAÇÃO

Durante a graduação na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, dediquei-me a uma formação que pudesse ser holística, completando-me como profissional e como pessoa que deseja ser e existir no mundo. Para isso, o desenvolvimento de competências e habilidades técnico-científicas era preciso. Porém, percebi que apenas essas competências e habilidades não me eram suficientes. Faltava-me algo. Ao entrar em contato com os conhecimentos da Saúde Coletiva, compreendi que para sermos *bons* profissionais (e trabalhadores) de saúde, precisamos mais do que um jaleco branco nas costas e um diploma conceituado na mão. Comecei, então, a entender que nossas competências e habilidades de profissionais de saúde necessariamente precisam fundamentar-se em conhecimentos outros, que dizem respeito ao campo das relações, da subjetividade humana e da vida. Estas, não são possíveis de serem aprendidas somente na universidade, mas no contato e na convivência com as pessoas, sejam os usuários, sejam os trabalhadores de saúde.

Para satisfazer esse carecimento (e necessidade), busquei, então, outros conhecimentos e, ao realizar o trabalho de Iniciação Científica intitulado “Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares” sob a orientação da Prof^a Dr^a Maria Cecília Puntel de Almeida e como bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, ousei fazer diferente minha passagem pela Escola e pelo mundo acadêmico.

Meu questionamento sobre as relações sociais estabelecidas entre os ACS e os outros trabalhadores de saúde na equipe de Saúde da Família partiu do período de coleta de dados do trabalho de Iniciação Científica, na qual pude compartilhar experiências com as pessoas e com os trabalhadores de equipes de saúde, compreendendo de forma mais concreta o agir e o produzir saúde na Estratégia de Saúde da Família.

Como vivências relatadas por esses trabalhadores e, por vezes, implícitas em suas falas, as relações no trabalho em equipe ora mostravam-se como facilitadoras, ora como limitantes para o desempenho das ações em saúde, ações *integrais* de saúde. Mesmo que esta temática não tenha sido o enfoque principal de minha pesquisa de Iniciação Científica, instigou-me

grande interesse, uma vez que, a problemática surgia a partir da realidade de trabalho das equipes.

A divisão social e técnica do trabalho na saúde, além de constituir processos de trabalho que são complementares e interdependentes, traz consigo as relações assimétricas quando esses processos parcelares se conjugam em trabalho coletivo, ou seja, em trabalho em equipe.

No processo de trabalho da Saúde da Família, diferentes profissionais são agregados e, no cotidiano do produzir saúde, estão sujeitos às relações de um trabalho em equipe. Um entrelaçar de atitudes, sonhos, valores, visões de mundo, perspectivas, desejos e projetos de felicidades.

A singularidade do trabalhador agente comunitário de saúde - ACS, o *laço de ligação* entre comunidade e trabalhadores de saúde, despertou-me especial atenção devido a minha breve (porém, enriquecedora) experiência como ACS antes de ingressar na faculdade.

Sabemos que a entrada do ACS na equipe de SF por meio da legislação e da definição de suas ações pelo Ministério da Saúde não tem garantido a plena articulação de seu trabalho com o trabalho dos outros profissionais nem tampouco a interação entre esses atores. Portanto, a presente pesquisa se justifica pela complexidade dada no trabalho em equipe em relação à articulação das ações e à interação dos sujeitos no espaço do trabalho. Espaço de produção de ações de saúde, espaço de produção da vida.

Esta pesquisa de mestrado foi produzida sob orientação da Profª Drª Maria Cecília Puntel de Almeida (in memoriam) do dia 23 de janeiro de 2007 a 17 de fevereiro de 2009 e, sob orientação da Profª Drª Silvana Martins Mishima a partir do dia 18 de fevereiro de 2009.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O agente comunitário de saúde e a Estratégia de Saúde da Família no Brasil

O objeto desta pesquisa são as relações sociais no trabalho estabelecidas entre o agente comunitário de saúde – ACS – e os outros trabalhadores de saúde da equipe de Saúde da Família – SF.

Para a problematização do mesmo, primeiramente faremos um resumo, resgatando a trajetória do ACS a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS – do estado do Ceará, em 1987, por ser este também um precursor do Programa de Saúde da Família – PSF – no Brasil. Serão também retomados aspectos do PSF, aprofundando em discussões mais pertinentes ao recorte do presente trabalho.

Entre setembro de 1987 e agosto de 1988, o governo do estado do Ceará contratou 6.113 pessoas de áreas carentes, sendo 95% mulheres, em 118 municípios do sertão cearense com a finalidade de realizar atividades de promoção de saúde frente às ocorrências de períodos de seca que assolavam a região. Entre as ações básicas de saúde a serem desenvolvidas estavam: terapia de re-hidratação oral, vacinação e orientação para estímulo ao aleitamento materno. Com o término do período mais crítico de estiagem, o programa foi expandido com o objetivo geral de melhorar a capacidade da comunidade em cuidar da própria saúde, tendo como objetivos específicos diminuir o risco de morte, em mães e crianças, relacionado ao parto; aumentar o número de mães que amamentassem os filhos exclusivamente até quatro meses de vida e reduzir os óbitos causados pela desidratação decorrente de diarreia. Assim, entre setembro de 1988 e julho de 1989, o PACS no Ceará foi implantado em 45 municípios do interior e, diante dos resultados positivos do

programa e das melhorias nos indicadores de saúde, em 1991 o programa foi ampliado pelo Ministério da Saúde para Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde – PNACS (SILVA; DALMASO, 2002a).

O PNACS teve sua atuação inicial na região nordeste do país com ações de educação em saúde, mobilização da comunidade e atenção ao grupo materno-infantil. Na região norte, a implantação foi de caráter emergencial para combater a epidemia de cólera (SILVA; DALMASO, 2002a).

O objetivo geral era o mesmo do PACS, porém somando-se transmitir informações e conhecimentos à população e proporcionar a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde. Os objetivos específicos abordavam capacitar os agentes de saúde para realizarem ações do primeiro nível de atenção à saúde, garantir um trabalho integrado entre a equipe de saúde da unidade e o agente, fortalecer o contato entre os serviços de saúde e a comunidade, ampliar o acesso à informação de saúde pela comunidade e cooperar com a organização comunitária para lidar com os problemas de saúde. Apesar de se esperar que o PNACS estivesse presente nas periferias das grandes capitais e áreas mais carentes, este tinha também o propósito de colaborar com a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS – segundo os princípios de integralidade, regionalização, acesso universal, equidade, participação e controle social. Em relação ao processo de seleção dos agentes, os critérios eram baseados na experiência do Ceará e incluíam: ter mais de 18 anos, saber ler e escrever, concluir o primeiro grau escolar, morar há mais de dois anos na comunidade e dispor de oito horas por dia para o trabalho (SILVA; DALMASO, 2002a).

A partir de influências internacionais dos modelos de saúde cubano e inglês, e de influências nacionais, como o PACS, em 1994 como uma proposta de

implementação da Atenção Primária à Saúde - APS - o PSF foi oficializado como política nacional com o intuito de reorganizar a assistência à saúde no país que ainda se constituía muito voltada para o modelo médico-hegemônico, calcada na doença e na fragmentação do cuidado (MENDES, 2002).

Starfield (2002, p. 30-31) com base na Organização Mundial de Saúde – OMS - define APS como

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para ele e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um 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. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

O Ministério da Saúde, em 2006, no movimento de reorganização da atenção à saúde no SUS, e tomando por base estas questões, estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b, p.3) definindo Atenção Básica - AB.

Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas [diríamos, necessidades] de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Em concordância com a Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, o Ministério da Saúde consolidou o PSF como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil - AB - e passou a denominar a SF não mais como programa que nos remete à idéia de plano ou algo que está pronto para

ser executado e sim como estratégia. Portanto, daqui em diante, a SF será mencionada como tal, ou seja, Estratégia de Saúde da Família – ESF – considerando que os trabalhadores de saúde precisam estar preparados para lidarem com a dinâmica e a singularidade com as quais as necessidades de saúde da população são apresentadas à equipe para então, traçarem os planos e as ações de cuidados (BRASIL, 2006b).

A ESF é uma estratégia com o objetivo de reorganizar a prática assistencial de saúde que até então estava centrada na doença e com ênfase nas ações curativas individuais e de forma fragmentada. A ESF (BRASIL, 2001b, p. 5):

prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua [...] incorporando os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): universalização, integralidade, equidade e participação social.

A prática de cuidados à saúde que não considera os aspectos mais amplos do processo saúde-doença das pessoas e da população é ineficaz, de exclusão e de iniquidade, uma vez que compromete a capacidade de resolução de problemas e permite atendimentos desumanos. Ao contrário, a ESF possui como ponto principal o estabelecimento de vínculos, laços de compromisso e corresponsabilidade entre os trabalhadores de saúde e a população. A atenção à saúde volta-se para as famílias, entendidas a partir do contexto social, político, econômico, cultural e geográfico nos quais estão inseridas. "Ações sobre esses espaços representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompa os muros das unidades de saúde e enraíze-se para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam" (BRASIL, 1998, p. 7-8).

No entanto, a organização e a forma como está implementada a ESF despertam discussões e polêmicas entre vários estudiosos e implica em análises

sobre determinados pontos limitantes do programa. Assim, para que a discussão sobre a ESF não seja feita a partir de uma perspectiva aparentemente utópica, temos em mente que as limitações e dificuldades para a implementação da ESF existem e são desafiadoras.

Franco e Merhy (2003) tecem uma série de críticas à ESF, apontando o que consideram contradições da estratégia. Para estes autores, a idéia de realizar assistência baseada na vigilância à saúde a um determinado território, utilizando a epidemiologia como instrumento, é sem dúvida, de grande valor para a prática do cuidado, mas a restringe aos atos de cunho higienistas sem agregar os conhecimentos da clínica, sociologia, psicanálise, teorias gerenciais, planejamento, entre outros. Continuam apontando que o atendimento às urgências também é falho na medida em que o acesso a esse serviço continua desorganizado e não satisfaz a demanda dos usuários, fazendo com que a população recorra a estes serviços por não haver uma resposta satisfatória aos problemas agudos nas unidades de SF – USF – (FRANCO; MERHY, 2003). Os autores também assinalam que a melhoria nos atendimentos por parte dos trabalhadores não são alcançadas somente por remunerações atrativas, como estabelece a ESF, mas dependem da própria concepção de trabalho em saúde e de uma nova subjetividade na relação entre os sujeitos envolvidos (FRANCO; MERHY, 2003).

Franco e Merhy (2003) indicam que equipamentos e espaços físicos da rede básica de saúde já existentes no país devem ser utilizados para compor a organização da ESF, assim como as especialidades médicas devem compor o quadro de profissionais nas equipes e não apenas os médicos generalistas, proporcionando-os novas práticas e novos conhecimentos. Quanto à gestão da ESF, normas rigorosas devem ser seguidas pelos municípios para a implementação e o

financiamento, engessando a adaptação às realidades das diferentes comunidades ou à construção de modelos alternativos (FRANCO; MERHY, 2003).

Em relação à reorganização das práticas do trabalho em saúde em conformidade com os princípios da APS, o Ministério da Saúde preconiza as seguintes ações para a ESF (BRASIL, 1998):

- *diagnóstico da saúde da comunidade*: para planejar e organizar as ações de saúde, a equipe deve realizar o cadastramento das famílias da área de abrangência, buscar informações pelas diversas fontes (dados do IBGE, cartórios e Secretarias de Saúde) e levantar indicadores epidemiológicos e sócio-econômicos;
- *planejamento/programação local*: deve ser direcionado para solucionar os problemas identificados, visando à melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da população. Quem planeja deve estar imerso na realidade sobre a qual planeja e conhecer as necessidades da população por meio do diagnóstico realizado e do acompanhamento contínuo das famílias;
- *complementaridade*: a unidade de SF deve funcionar como a porta de entrada e provocar uma transformação do sistema de saúde, sendo capaz de integrar os níveis de atenção e articular os serviços existentes no município ou na região;
- *abordagem multiprofissional*: o atendimento deve ser realizado por uma equipe multiprofissional a qual é constituída de acordo com os princípios de enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, integralidade da atenção, ênfase na prevenção sem descuidar do atendimento curativo, atendimento nas clínicas básicas (pediatria, ginecologia-obstetrícia, clínica médica e clínica cirúrgica para pequenas cirurgias), parceria com a comunidade e possibilidades locais;

- *referência e contra-referência*: para atender ao princípio da integralidade, em determinadas situações é preciso utilizar-se do encaminhamento para os demais níveis de atenção favorecendo uma continuidade do cuidado. O setor municipal de saúde deve definir os serviços disponíveis para as referências e as contra-referências e é imprescindível que a equipe de saúde acompanhe a pessoa ou a família durante este processo;
- *educação continuada*: a equipe de saúde necessita de um processo de capacitação e informação contínuo e eficaz que seja adequado às condições de cada contexto, à utilização dos recursos técnicos e à integração com universidades e instituições de ensino. Além do aperfeiçoamento profissional, é um importante mecanismo no desenvolvimento da concepção de equipe e de vinculação dos trabalhadores com a população;
- *estímulo à ação intersetorial*: as equipes de SF devem buscar ações integradas com outros setores públicos para resolução dos problemas encontrados na comunidade. Saneamento, educação, habitação, segurança e meio ambiente são algumas das áreas que podem estar presentes;
- *acompanhamento e avaliação*: a avaliação deve considerar a realidade e as necessidades locais, a participação popular e o caráter dinâmico da proposta. Os resultados servem como informação de interesse de gestores, trabalhadores de saúde e população, devendo ser divulgados e discutidos. Instrumentos para a avaliação devem ser capazes de aferir alterações efetivas do modelo assistencial, satisfação do usuário, satisfação dos trabalhadores, qualidade do atendimento/desempenho da equipe e impactos nos indicadores de saúde. O acompanhamento do desenvolvimento e a avaliação dos resultados das unidades de

SF podem ser realizados através de sistema de informação, relatório de gestão e outros instrumentos definidos pelos gestores municipais e/ou estaduais;

- *controle social*: é um princípio e uma garantia constitucional regulamentada pela Lei Orgânica de Saúde nº 8.142/90 que definiu alguns fóruns próprios para o exercício do controle social – as conferências e os conselhos de saúde – a serem efetivados nas três esferas de governo. Outras instâncias formais (Câmara de Vereadores e Associação de Moradores) e informais devem ser utilizadas pela população. Os trabalhadores de saúde devem defender o envolvimento social nas questões de saúde, facilitando e estimulando o exercício de participar da definição, execução, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas do setor.

Distinto de outros programas com ações paralelas às atividades dos serviços de saúde, a ESF é estruturada com a finalidade de orientar a assistência para uma determinada população de maneira integrada, dinâmica e contínua, focalizando a família como ambiente para estabelecer os cuidados à saúde e a prevenção das enfermidades. O atendimento é realizado por uma equipe multiprofissional que desenvolve ações de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos, atuando de acordo com os princípios de caráter substitutivo, integralidade e hierarquização, territorialização e adscrição de clientela e equipe multiprofissional. O caráter substitutivo significa a mudança das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho centrado na vigilância à saúde. A integralidade e hierarquização estabelecem que a ESF insere-se no primeiro nível de atenção do sistema local, vinculando-se à rede de serviços de forma que garanta a atenção integral às pessoas e às famílias e sejam asseguradas a referência e a contra-referência para os diversos níveis do sistema. A territorialização e adscrição de clientela definem um território de abrangência pelo

qual a equipe multiprofissional é responsável e realiza cadastramento e acompanhamento da população (BRASIL, 2001b).

A equipe de SF é uma equipe multiprofissional com composição mínima de um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a), um(a) técnico(a) ou auxiliar de enfermagem com um número máximo de 12 ACS. O número de ACS por equipe deve ser suficiente para atender 100% da população cadastrada, sendo cada um responsável por no máximo, 750 pessoas. Todos os integrantes devem ter jornada de 40 horas semanais e serem responsáveis por até 4.000 habitantes, com recomendação de 3.000 habitantes (BRASIL, 2006b).

Outros profissionais também poderão ser incorporados na equipe de SF, tais como, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos e equipes de Saúde Bucal – SB, entre outros. Os trabalhadores de SB foram incluídos na equipe de SF a fim de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e o acesso da população brasileira a esses serviços. Seguindo as práticas preconizadas na ESF algumas condições foram estabelecidas para a equipe de SB, dentre elas (BRASIL, 2001a):

- *modalidades de equipes*: inclusão de profissionais de SB nas equipes de SF, obedecendo duas modalidades. Modalidade I com um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário; e Modalidade II com um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico de higiene bucal;
- *parâmetros de cobertura*: cada equipe de SB deverá atender em média, 6.900 habitantes, ou seja, uma para cada duas equipes de SF.

É importante ressaltar que as ações curativas estão também incluídas no cuidado prestado pelas equipes multiprofissionais, bem como, as ações conjuntas com outros setores públicos e com a própria comunidade para resolução de questões ligadas com o processo de saúde-doença. O cuidado não perde seu

caráter clínico e biológico, mas o relaciona na rede complexa dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, da doença e do cuidado.

Equipes multiprofissionais capacitadas e bem treinadas mantendo educação permanente são capazes de resolver, com qualidade, cerca de 85% dos problemas identificados na população de sua abrangência e o fluxo dos usuários para os níveis mais especializados diminui, “desafogando” os hospitais (BRASIL, 1998).

Em janeiro de 2007, a população estimada pelo IBGE era de 185.619.807 pessoas em 5.564 municípios. O país possuía 26.861 equipes de SF atendendo 86.162.857 pessoas (46,4% da população estimada) em 5.117 municípios (92% dos municípios). Em relação aos ACS, esses números eram de 219.579 ACS acompanhando 109.714.336 pessoas (59,1% da população estimada) em 5.304 municípios brasileiros (95,3% dos municípios). Apesar dos números animadores, é importante ressaltar que a ESF enfrenta muitos desafios para sua implantação como uma estratégia eficaz e resolutiva na AB em especial nas grandes cidades e em regiões mais desenvolvidas do país (BRASIL, 2007a).

Direcionando, agora, o enfoque ao ACS, alguns aspectos serão trazidos a fim de caracterizar esse trabalhador de saúde no contexto histórico, político e social mais recente do país.

Desde julho de 2002, a categoria ACS é tida como profissão regulamentada com a Lei Federal nº 10.507 em 10 de julho de 2002 e caracterizada pelo exercício de atividades, em concordância com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local, de prevenção de doenças e promoção de saúde em ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas. Os requisitos para o exercício da profissão são: residir na área da comunidade em que atuar e ter concluído o curso para formação de ACS bem como o ensino fundamental (BRASIL, 2007b).

Entre às atribuições específicas do ACS estão (BRASIL, 2006b):

- desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção de saúde e à prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares – VD – e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- acompanhar, por meio de VD, todas as famílias e pessoas sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e
- cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle de malária e da dengue.

O ACS, além de constituir uma categoria profissional recente e em processo de formação, é também um profissional com características singulares, pois está em constante contato seja com as famílias e as pessoas, seja com os outros trabalhadores de saúde.

1.2 Buscando evidências sobre o agente comunitário de saúde e seu trabalho na equipe de Saúde da Família: revisão da literatura

Para melhor problematização e delineamento do objeto de pesquisa que é o estudo da inserção dos ACS na equipe de SF à luz das relações sociais no trabalho em equipe, foi realizado um estudo bibliográfico a fim de verificar o que a literatura científica já produziu acerca do mesmo.

Este estudo permite uma ordenação da realidade empírica e precisa ser suficiente para “traçar a moldura dentro da qual o objeto se situa”, ou seja, verificar os vários pontos de vista e os diferentes ângulos do problema, possibilitando assim, estabelecer definições, conexões e mediações (MINAYO, 2004, p. 97).

O estudo bibliográfico foi realizado em três bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS -, Pubmed e Web of Science em março de 2008.

A inclusão das publicações seguiu os seguintes critérios: artigos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, contendo título, resumo e ano de publicação entre o período de 1991 a 2007. O período para a seleção dos artigos foi definido a partir da implementação do PNACS em 1991 até o ano de 2007. Esse período contempla também a criação da ESF e, conseqüentemente, a incorporação do ACS na equipe de saúde.

Foram utilizados os seguintes descritores nas bases de dados: programa saúde da família, atenção primária à saúde, equipe interdisciplinar de saúde, primary health care, interdisciplinary health team, community health aide e community health aides. Os descritores utilizados estavam de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde – DECS – para a LILACS ou com o Medical Subject Heading – MESH - para a Pubmed e a Web of Science. Além dos descritores, foram utilizadas as

seguintes palavras: agente comunitário de saúde, community health agent, agente comunitario de salud.

O Quadro 1 mostra as combinações entre os descritores e/ou palavras em cada base de dados, a quantidade de artigos encontrados a partir dos critérios de inclusão e a quantidade de artigos selecionados após a leitura dos resumos.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos encontrados e selecionados de acordo com os descritores e/ou palavras e suas combinações nas bases de dados, 2008.

Base de dados	Descritores e/ou palavras	Artigos encontrados	Artigos selecionados
LILACS	Agente comunitário de saúde or Community health agent or Community health aide or Community health aides or Agente comunitario de salud*	62	22
	Equipe interdisciplinar de saúde and Programa saúde da família or Equipe interdisciplinar de saúde and Atenção primária à saúde	31	8
Web of science	Primary health care and Interdisciplinary health team	67	3
Pubmed	Primary health care and Community health aides	81	8
TOTAL		241	41

*Nota: Neste caso, todos os termos foram utilizados como palavras e não como descritores, pois, apesar de existirem termos equivalentes a Agente comunitário de saúde, a utilização da palavra ampliou a busca.

Foram encontrados 241 artigos e selecionados 41, os quais estavam condizentes com a temática proposta neste estudo, entre eles: 34 estavam em língua portuguesa e sete estavam em língua inglesa. Seis artigos eram repetidos. Desconsiderando as repetições, o total de artigos foi de 35.

Os artigos foram adquiridos a partir de acervos da Universidade de São Paulo - USP - Campus de Ribeirão Preto, acervos virtuais na internet (como por exemplo, a biblioteca virtual Scientific Eletronic Library Online – SCIELO), Serviço de Comutação Bibliográfica - COMUT - ou contato direto com os autores.

Procedeu-se com a leitura e o fichamento de todo o material. Dentre as modalidades de fichamento propostas por Minayo (2004), utilizou-se o fichamento por tema e o fichamento de citações, ou seja, buscou-se reunir aspectos e questões pertinentes para a discussão do objeto, bem como, citações relevantes, atentando-se para o contexto da citação, a data de publicação e a indicação correta de páginas.

Para expor a discussão de uma maneira organizada, os assuntos foram classificados em cinco tópicos principais: Papéis, ações e atividades dos ACS; Significados atribuídos ao trabalhador ACS; O ACS como laço de ligação entre equipe de SF e comunidade; Influências da educação/formação dos ACS e dos outros profissionais no trabalho da equipe de SF; O ACS como membro da equipe de SF. Nestes, foram abordados os pontos considerados importantes e, ao final de cada um, foram estabelecidas as conexões com o objeto em estudo.

1.2.1 Papéis, ações e atividades dos agentes comunitários de saúde

Os termos papel, ação e atividade não serão aqui tomados como diferentes, mas sim, no conjunto amplo de seus significados, sendo entendidos como sinônimos.

Além da discussão sobre as atividades que estão sendo realizadas pelos ACS de acordo com a literatura estudada, serão também apontados os modos como estas atividades estão sendo executadas.

A partir de um estudo quantitativo, Kluthcovsky e Takayanagui (2006) demonstraram que as publicações sobre os ACS são recentes, datando-se do ano

de 2000 em diante, e que estes estudos enfatizam mais as atividades desenvolvidas pelos ACS, os resultados dessas atividades, o processo de trabalho e as características e funções desses trabalhadores.

Percebe-se que as publicações sobre os ACS são ainda recentes e isso se deve exatamente por serem novos trabalhadores que foram incorporados ao quadro de saúde brasileiro. Estaríamos falando de aproximadamente 20 anos se considerarmos sua origem a partir do PACS em 1987, no Ceará. Nota-se também a importância de mais estudos nesta temática que contemple e complemente os diversos aspectos desse novo trabalhador de saúde, inclusive aspectos voltados para as relações sociais do trabalho em equipe, que é o objeto da presente investigação.

Segundo a literatura estudada, a principal atividade dos ACS é a VD, seguida da educação em saúde com orientações sobre higiene, calendário vacinal, uso correto de medicamentos cuidados com recém-nascidos, cuidados com gestantes e puérperas. Orientações sobre saúde bucal são ainda precárias e limitadas. Outras atividades compreendem acompanhamento de idosos, crianças, gestantes, puérperas e grupos de riscos; formação de grupos educativos; controle vacinal; cadastramento de famílias; busca ativa e apoio à equipe em trabalhos administrativos e burocráticos (LEVY; MATOS; TOMITA, 2004; FERRAZ; AERTS, 2005). Dentre suas atividades, os ACS assumem o papel de realizar vigilância em saúde para otimizar a qualidade e resolubilidade dos serviços de saúde e aumentar a participação da comunidade no cotidiano das equipes (SILVEIRA; SENA, 2005).

No entanto, para diversos autores as atividades dos ACS e o próprio conteúdo abordado durante as VD ainda estão muito voltados para os aspectos biológicos da doença, sendo deficitárias as ações educativas, preventivas e de

valorização e fortalecimento comunitário (SILVEIRA; SENA, 2005; OLIVEIRA; NACHIF; MATHEUS, 2003).

Frente às várias demandas da população ou diante das condições sociais precárias que vivem as pessoas, os ACS acabam não sabendo como agir e lançam mão de métodos pautados no convencimento ou no amedrontamento e agindo segundo as exigências ou recompensas (TRAPÉ; SOARES, 2007; SILVA; DALMASO, 2002b)

O trabalho desenvolvido pelos ACS também é descaracterizado por ações assistenciais-paternalistas, pois as pessoas em grande situação de carência esperam alguma assistência material e alguns ACS chegam a doar alimentos e medicamentos. Outra distorção extremamente preocupante é a utilização do trabalhador ACS por pessoas com envolvimento político-partidário para manipulação de votos da comunidade, uma vez que, o ACS é uma pessoa diferenciada na comunidade onde mora (JUCA; QUEIROZ; LINS, 1998).

Diante das adversidades encontradas em seu cotidiano de trabalho e sem o devido preparo para responderem à demanda da comunidade e enfrentarem a precariedade das situações sociais, os ACS acabam por utilizar abordagens mais biológicas da saúde e mecanismos de um controle negativo da saúde das pessoas. Se por um lado o acompanhamento de grupos específicos ou o controle vacinal representam um controle positivo das situações de saúde, por outro, “ditar as regras” e exigir determinado comportamento sem considerar as singularidades de cada pessoa podem significar intromissão na vida privada e não contribuir efetivamente para as almejadas mudanças no setor da saúde, incluindo a autonomia dos usuários.

A situação em que a comunidade atendida pelos ACS vive, afeta não só a qualidade de vida das pessoas, como também o desempenho desses trabalhadores.

A impotência e o sentimento de desproteção e ambigüidade permeiam o trabalho dos ACS, porque se deparam com situações de violência, desigualdades sociais, má distribuição de renda, negligência familiar para com crianças e idosos, gravidez precoce, estupro, aborto, incesto, homicídios, roubos entre outras situações e, apesar de concordarem que tais questões compreendem a esfera privada e familiar, reconhecem que são também problemas de ordem social. Além disso, os ACS consideram que seus treinamentos e capacitações apresentam limitações, sendo carentes de articulações entre teoria e prática (FONTOURA et al., 2004).

Para Silva e Dalmaso (2002b) vários aspectos do trabalho do ACS ainda não possuem um saber sistematizado desenvolvido, nem instrumentos adequados, como por exemplo, abordagem da família, contato com situações precárias de vida, posição frente à desigualdade social etc. Além disso, o trabalhador dispensa mais investimentos para aquelas atividades nas quais a demanda é maior e que possuem uma rotina melhor estabelecida. No caso do ACS, há um relativo destaque para as ações de vigilância à saúde em seu aspecto mais técnico e individual. Por isso considera-se que esse fato pode causar uma hipertrofia da dimensão técnica do trabalho dos ACS em detrimento das outras dimensões.

As mesmas autoras discutem duas principais dimensões na atuação dos ACS: uma dimensão técnica e uma dimensão política. A primeira, diz respeito ao atendimento às pessoas e às famílias, prevenção de agravos e monitoramento de grupos ou problemas específicos. A dimensão política compreende uma proposta de organização da comunidade e transformação das condições de saúde, tendo o ACS uma interpretação mais ético-comunitária como elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, de discussão com a população sobre as necessidades de saúde e de apoio ao auto-cuidado; e outra interpretação como

sendo um fomentador da organização da comunidade para a cidadania numa perspectiva de transformação social. Mas, na atuação prática dos ACS, não há ainda uma síntese dessas duas dimensões técnica e política, sendo mais explorada uma ou outra de acordo com o contexto no qual o ACS está inserido. Há, portanto, um dilema para o ACS que é a convivência da dimensão social e política com a dimensão técnica e assistencial (SILVA; DALMASO, 2002b).

Esse dilema explica o motivo das contradições presentes no trabalhador ACS, ou seja, a ele é confiado uma função que extrapola o setor da saúde para ser um agente político-social envolvido com as questões e com os problemas sociais da comunidade onde atua. Mas sua capacidade de realmente influenciar nessas questões é restrita, seja pelo preparo e capacitação insuficientes que recebem, seja pela própria concepção ainda confusa sobre os ACS pelos trabalhadores, pela comunidade e pelos gestores e políticos. A literatura complementa essa contradição presente entre as propostas e as funções atribuídas aos ACS e as ações que estão realmente sendo desenvolvidas no cotidiano de trabalho. Apenas para exemplificar, o ACS surge como um re-orientador da concepção do modelo de saúde, mas, ao mesmo tempo, suas práticas ainda estão muito voltadas para a determinação biológica da doença.

O tempo despendido para as atividades de apoio à equipe e o excesso de famílias a serem acompanhadas por cada ACS aparecem também como um dificultador ao cumprimento integral das atividades rotineiras dos ACS e comprometem a qualidade das VD (FERRAZ; AERTS, 2005; OLIVEIRA; NACHIF; MATHEUS, 2003).

Sakata et al. (2007) verificaram que as visitas domiciliares são espaços que propiciam a utilização das tecnologias leves para o cuidado à pessoa e à

família. Porém, o pouco tempo disponível para a realização das VD é um fator identificado nas falas dos ACS que, muitas vezes, precisam cumprir outras funções dentro da unidade de saúde que são burocráticas, como por exemplo, organizar prontuários e atender telefonemas.

Sintetizando o tópico sobre papéis, ações e atividades dos ACS, a literatura evidenciou que estes vêm desempenhando as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, tais como, realizar VD e vigilância à saúde, acompanhar famílias e indivíduos e desenvolver ações educativas, de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, mas várias são as dificuldades ainda enfrentadas por esses trabalhadores a fim de cumprirem com as suas funções técnicas e assistenciais, bem como, de atuarem em uma dimensão mais política e social.

Tendo por base a discussão realizada a partir da revisão bibliográfica e sua relação com o objeto de pesquisa deste trabalho, questiona-se: Como as ações que os ACS vêm desempenhando articulam-se com o trabalho da equipe de SF?

1.2.2 Significados atribuídos ao trabalhador agente comunitário de saúde

Para os próprios ACS, seu papel é representado por educadores em saúde, por ser esta uma atividade mais concreta no seu trabalho e porque o contato com a equipe de saúde proporciona-lhes novos conhecimentos. Para os presidentes de associações de moradores e os líderes comunitários, os ACS realizam um papel de elo, tal como a equipe de saúde os vê (FERRAZ; AERTS, 2004; OLIVEIRA; NACHIF; MATHEUS, 2003). Isso pode ocorrer pelo fato de serem pessoas mais envolvidas com o processo de implantação da ESF e por estarem mais próximas da equipe de saúde, incorporando termos utilizados por ela. Para os demais usuários, o papel dos ACS é de realizar vigilância em saúde, tratando de questões sobre saúde e doença, sendo também reconhecidos como membros da equipe de saúde e como

peessoas da comunidade que cuidam da saúde da população (FERRAZ; AERTS, 2004). São vistos também como importantes fontes de informações pela população, principalmente ao que se refere às doenças, aos medicamentos e ao funcionamento dos serviços de saúde. São mais solicitados pelo fato de facilitarem o acesso a esses serviços, estando a população satisfeita com o trabalho dos ACS (OLIVEIRA; NACHIF; MATHEUS, 2003).

Para Witmer et al. (1995), entre importantes barreiras para os trabalhadores comunitários de saúde estão a falta de padronização de definições e conceitos sobre quem são e o que fazem.

Um estudo etnográfico realizado com psicoterapeutas concluiu que a pouca compreensão de papéis, habilidades e expectativas causam conflitos na equipe e falhas subseqüentes (Hilton, 1995 apud MACCALLIN, 2001).

Os significados atribuídos aos ACS a partir da visão deles próprios, da equipe e da população parecem ressaltar as funções mais técnicas e de cunho assistencial. A dimensão mais política e de poder de transformação ainda são aspectos pouco atribuídos aos ACS apesar de serem também propostas destinadas a estes trabalhadores. O relato de serem membros da equipe de saúde parte das pessoas da comunidade e isso chama a atenção, pois mesmo sendo considerado um elo pela equipe de saúde, parece que esta não o apropria enquanto seu membro. O papel de elo atribuído aos ACS será uma questão discutida mais adiante.

De acordo com Silva et al. (2004), um dos motivos pelo qual a equipe pode não enquadrar o ACS como um profissional de saúde provém das relações de poder e, se por um lado a comunidade o vê como um detentor de um saber técnico-científico, por outro, a equipe entende que seu saber é deficiente.

A educação e capacitação dos ACS são também questões a serem discutidas em tópico posterior.

Os ACS ainda atribuem a sua função dois outros significados: o de ajudar e o de estar empregado. O seu trabalho é referido como um ato de caridade, uma possibilidade de conhecerem pessoas e, ao mesmo tempo, orientá-las. A orientação é uma ação clara para os ACS, porém parece não terem a consciência do poder de transformação e de desenvolvimento local que possuem enquanto agentes sociais de mudança. Possuem uma visão limitada de seu trabalho, implicando somente em agendamento de consultas, acompanhamento, orientações e disponibilização de medicamentos prescritos para a população. A representação de seu trabalho como o fato de estarem empregados e garantirem seu próprio sustento e o de suas famílias, está aliada à satisfação e ao prazer de atuarem junto à comunidade. Percebem-se inseridos no SUS e também como elo de ligação entre serviço e comunidade, porém parecem desconhecer o SUS e seus princípios (BARCELLOS; PANDOLFI; MIOTTO, 2006; ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2004).

O significado da função dos ACS como uma oportunidade de emprego é um aspecto interessante já que os ACS são em sua maioria mulheres e em um país onde o desemprego ou o subemprego é um problema social e o mercado para as mulheres ainda é menor se comparado com o dos homens. De fato, estar empregado representa não só uma satisfação pessoal como também a garantia de seu sustento e de sua família.

Segundo IBGE (2008), em dezembro de 2007, para um contingente de seis regiões metropolitanas (Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre), as mulheres representavam a maioria da população em idade ativa, 53,4%, enquanto os homens, 46,6%. Porém, a situação é invertida quando se compara

a população economicamente ativa, sendo que os homens representavam 54,6% e as mulheres 45,4%. Dentre os economicamente ativos 46% eram os principais responsáveis na família. A taxa de desocupação no mesmo período foi de 7,4%.

Como é possível perceber, as mulheres apesar de serem a maioria da população em idade ativa, representam ainda a minoria em relação aos economicamente ativos.

Em resumo, as considerações dos autores vêm enfatizar que os significados atribuídos aos ACS são ainda pautados muito mais nas funções da dimensão técnica e nos aspectos biológicos da doença ou pensados como caridade ou possibilidade de emprego do que compreendidas como potencialidades de mudanças e aumento da participação social. Mas apesar disso, a população está satisfeita com o trabalho realizado pelos ACS e as pessoas os acionam para tratarem sobre questões de saúde e doença, obterem orientações e informações e acessarem os serviços de saúde mais facilmente.

1.2.3 O agente comunitário de saúde como laço de ligação entre equipe de Saúde da Família e comunidade

Para a equipe de saúde, o ACS é percebido como elo de ligação entre as famílias e os serviços de saúde. É identificado enquanto elo porque faz parte da comunidade, conhecendo-a melhor e facilitando a comunicação e a troca de informações (SILVEIRA; SENA, 2005; FERRAZ; AERTS, 2004). No entanto, é questionada a função de elo do ACS, não podendo ser este um mero informante e, sim, um agente ativo no processo de aproximação e interação da equipe com a comunidade (FERRAZ; AERTS, 2004).

Fazendo um paralelo com Silva et al. (2004), a mesma questão é levantada acerca da função dos ACS. O papel de integrar partes separadas do

modelo biomédico de saúde, ou seja, equipe e comunidade, é representado principalmente pelo exercício de tradução das dinâmicas social e profissional, sendo estes trabalhadores, portanto, caracterizados como elo. A interessante reflexão realizada por Silva et al. (2004) consiste no fato de metaforizar os saberes e as práticas do ACS como sendo elo ou laço. Elo entendido como parte de uma corrente, como uma peça industrializada, rígida, fria e fechada em si mesma. Laço compreendido em uma noção de mobilidade, um laço de fita, um artesanato que pode ser ajustado de acordo com a necessidade, não tão frouxo e nem tão apertado. O ACS pode ser, então, como o elo da corrente quando apenas veicula informações ou como o laço de fita quando estabelece a interação e o diálogo entre os sujeitos e os seus saberes, unindo as partes por meio das relações humana.

Diversos autores consideram o ACS como um mediador, um elemento conectivo, um elo de ligação entre a comunidade, a equipe e o sistema de saúde (VALENTIM; KRUEL, 2007; ZANCHETTA et al., 2005; FERRAZ; AERTS, 2004; FORTES; SPINETTI, 2004; ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2004; OLIVEIRA; NACHIF; MATHEUS, 2003; SILVA; DALMASO, 2002b; NUNES et al., 2002; NEVES; ARAÚJO, 2000; HAHN; KIRCHHOF, 1999; WITMER et al., 1995). O papel ligação desempenhado pelos ACS é importante, pois facilita a construção de confiança entre equipe e usuários visto que estes muitas vezes desconhecem os profissionais de saúde pertencentes à equipe. As relações de confiança entre os ACS e os trabalhadores da equipe de saúde podem também influenciar as ações de cuidado, já que a falta de confiança dos ACS para com a equipe pode dificultar a utilização da equipe pela população e a confiança da equipe nos ACS pode facilitar as ações de saúde (VALENTIM; KRUEL, 2007).

Seja qual for a denominação atribuída à função dos ACS como ligação entre equipe e comunidade, os diversos autores concordam que tal função é propiciada pelo fato do ACS estar na equipe de saúde e também ser um membro da comunidade e que isso contribui para a mudança do modelo assistencial e para a construção de um cuidado permeado de relações humanas.

Corroborando com as metáforas do elo da corrente e do laço de fita e entendendo que o processo de trabalho do ACS ora pode ser rígido e fechado como o elo, ora pode ser flexível e moldável como o laço, é feita a seguinte questão: Considerando a interação como elemento importante no trabalho em equipe na saúde, como os ACS estão se comunicando com os outros trabalhadores e, estes com os ACS a fim de construírem um plano assistencial em comum?

Para fins deste trabalho esta pergunta é bastante pertinente, pois o tema estudado aborda as relações sociais estabelecidas na equipe de SF entre os ACS e os outros trabalhadores.

1.2.4 Influências da educação/formação dos agentes comunitários de saúde e dos outros trabalhadores no trabalho da equipe de Saúde Família

Os processos educativos, as capacitações, os treinamentos, a educação permanente e o próprio respaldo e apoio da equipe para com o ACS são ainda aspectos limitantes e apresentam diversas lacunas. Esses fatores interferem negativamente no trabalho dos ACS e também no trabalho da equipe em geral, pois sentimentos de insegurança permeiam as ações dos ACS e comprometem, assim, as ações dos outros trabalhadores. Tal fato pode se tornar ainda mais agravante quando aliado às situações adversas as quais vivem as pessoas sob os cuidados da equipe.

Os processos educativos são importantes, porque tanto valorizam profissionalmente como também instrumentalizam os ACS para darem conta da

complexidade das situações presentes no cotidiano de seu trabalho (FORTES; SPINETTI, 2005; FONTOURA et al., 2004; WITMER et al., 1995). Muitas vezes, a população não os reconhece enquanto profissionais de saúde e resiste às recomendações dos ACS, porque estes não possuem um curso de formação específica (SILVEIRA; SENA, 2005).

Em discussão já iniciada em tópico anterior, foi visto que a própria equipe às vezes não enquadra o ACS enquanto seu membro devido às relações de poder e porque a educação deste é precária e insuficiente. Aqui, discute-se também as conseqüências que uma educação frágil e pouco estruturada pode causar para os cuidados de saúde. Se por um lado a população entende o ACS como um detentor de saberes técnico-científicos, por outro, pode também não acatar suas recomendações se levar em consideração que os ACS não têm uma formação específica e formalmente reconhecida.

Mesmo que a incorporação dos ACS nos serviços de saúde pública pareça produzir mudanças relevantes, tal como a redução da mortalidade infantil no nordeste brasileiro e em outras regiões como o Vale do Ribeira pertencente ao Estado de São Paulo e Paraná (CESAR et al., 2002), são necessários processos de capacitação, formação e profissionalização desses trabalhadores, envolvendo as várias categorias profissionais, os gestores e a comunidade e abordando perspectivas da bioética e do macrocontexto no qual se insere a realidade das pessoas (CHIARAVALLOTI NETO et al., 2007; BAGLINI et al., 2005; BEZERRA; ESPÍRITO SANTO; BATISTA FILHO, 2005; FONTOURA et al., 2004; OLIVEIRA; NACHIF; MATHEUS, 2003; JUCA; QUEIROZ; LINS, 1998; MARTINS et al., 1996; WITMER et al., 1995). A capacitação oferecida a esses trabalhadores é ainda incompleta, fragmentada e muito fundamentada em aspectos biomédicos não

contemplando reflexões mais amplas, tais como, o SUS e seus princípios (ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2004).

Partindo de uma educação incompleta e de processos de capacitação que não dão conta de reflexões mais aprofundadas ou abordem as necessidades e as dificuldades da realidade na qual o ACS está inserido e trabalha, o cuidado à saúde das pessoas se fará de forma fragmentada e pautada na doença e nos aspectos biológicos, não cumprindo com as propostas mais amplas de incentivar transformações sociais e formação de cidadãos. Além da repercussão nos cuidados prestados, a deficiência na educação e na capacitação dos ACS refletem também em dificuldades para o seu próprio trabalho, para o trabalho da equipe, bem como, para o trabalho *em* equipe.

Os ACS reproduzem os cuidados pertencentes a sua cultura nos cuidados prestados aos usuários, por isso, faz-se igualmente importante e necessário, especialmente ao enfermeiro, a quem foi delegada a função de instrutor/supervisor dos ACS, um olhar atento para trabalhar com pessoas de diversas culturas (HAHN; KIRCHHOF, 1999).

Quanto à privacidade das informações dos usuários, os gestores e trabalhadores de saúde demonstram dúvidas e diversas preocupações em relação à revelação de assuntos sigilosos dos usuários para os ACS. Há um consenso entre os trabalhadores de saúde e os gestores a fim de estabelecerem limites ao acesso de informações por parte dos ACS. Já, estes têm incorporado a importância de garantirem a privacidade das informações e compreendem claramente a necessidade de preservarem em sigilo as informações que recebem, até mesmo porque as pessoas, devido ao contato freqüente com os ACS, acabam revelando seus segredos por considerarem que eles podem facilitar o acesso aos serviços de

saúde. Pelo fato da organização do trabalho na SF facilitar a disseminação de informações, é necessário que a capacitação e a educação permanente dos ACS sejam atividades também presentes no cotidiano da equipe de saúde (FORTES; SPINETTI, 2004).

A reprodução dos cuidados baseados na cultura e nas experiências pessoais e o acesso às informações e a privacidade destas são alguns exemplos de quanto importante é uma educação estruturada e bem fundamentada. Quanto às informações, não faz sentido restringí-las aos ACS, uma vez que, para promover um cuidado eficiente é necessário que todos os membros da equipe estejam igualmente envolvidos e comprometidos. O fluxo de informações não pode ser uma via de mão única, ao contrário, precisa haver diálogo entre os trabalhadores, no qual as informações necessárias para o planejamento dos cuidados estejam também presentes. É claro que também não faz sentido o ACS estar ciente de informações sem que haja uma finalidade de um cuidado integral às pessoas e sem saber o que essas informações realmente significam. Por isso, os ACS, seus supervisores enfermeiros e também os outros trabalhadores da equipe precisam estar bem capacitados para lidarem com essa e outras questões.

Aproximando mais a discussão central deste tópico com a temática da pesquisa, é possível perceber como a educação e a capacitação são necessárias para a constituição de um trabalho em equipe. Mas não apenas a formação e a capacitação dos ACS influenciam o trabalho da equipe de SF, a formação de todos os trabalhadores está diretamente relacionada e é determinante do modo como esses trabalhadores pensam, agem e conduzem suas práticas. Determina, portanto, a maneira como trabalham em saúde.

Inadequações com o trabalho interdisciplinar em equipe também são identificadas no processo de formação acadêmica dos profissionais com ensino universitário. A formação acadêmica na graduação, baseada em modelos estáticos e com currículos pouco flexíveis e não condizentes com as reais necessidades de saúde da população, influencia diretamente no trabalho em equipe, pois os profissionais não têm, ainda na universidade, espaços que proporcionem o trabalho conjunto, exercitando a atuação e a convivência multiprofissional, bem como, a troca de conhecimentos. Esse ensino profissional deficiente forma trabalhadores com ênfase em especializações e sem perfil adequado para trabalharem em uma estratégia que propõe um cuidado integral (SANTOS; CUTOLO, 2004; SILVA; SILVA; LONSING, 2006).

Muitas vezes a equipe de SF é composta por profissionais recém-formados a espera de vagas nas residências ou nas especializações, ou por profissionais atraídos pela curiosidade e pelo salário significativo oferecido. Como consequência, as equipes formadas muitas vezes são heterogêneas, desconexas, ineficientes, pouco comprometidas, com separação interna nos saberes em decorrência da excessiva especialização e com dificuldades de comunicação e interação entre os vários trabalhadores. Portanto, transformações no aparelho formador correspondem também a modificações no dia-a-dia e nas práticas de cuidado, originando equipes de saúde resolutivas e trabalhadores comprometidos e responsáveis com a saúde da população (SANTOS; CUTOLO, 2004). O cuidado é fortalecido quando as múltiplas disciplinas em uma equipe se reconhecem umas às outras e valorizam as contribuições de cada uma (HILLS; MULLETT; CARROLL, 2007). No caso da SF, uma concepção integral do cuidado e do processo saúde-doença favorece uma ação interdisciplinar das práticas dos trabalhadores de saúde,

valorizando também as várias disciplinas (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Habilidades de trabalho em equipe precisam ser ensinadas aos trabalhadores de saúde e, os trabalhadores de nível universitário devem evitar os estereótipos negativos associados a ocupações particulares (Pietroni, 1991 apud MACCALLIN, 2001). Métodos para mudanças da cultura profissional precisam ser pensados, porque estar na mesma sala não significa necessariamente que os profissionais estejam se interagindo e trabalhando multidisciplinarmente (HILLS; MULLETT; CARROLL, 2007; CARLISLE; COOPER; WATKINS, 2004).

Assim, não só a educação contínua e permanente dos ACS trará mudanças significativas para o cuidado integral, mas também a capacitação de toda a equipe de saúde.

Para Silva e Trad (2005), investimentos na capacitação de toda a equipe significam oportunidades de proporcionar maior equilíbrio entre os sujeitos e facilitar a construção de um projeto em comum.

No caso dos ACS, deficiências na formação acarretam dificuldades na interação com a equipe, bem como, sentimentos de insatisfação e impotência quando se deparam com a diversidade de problemas sociais da população e não estão e nem se sentem preparados para lidarem com tais situações.

Todavia, mesmo que o trabalho do ACS ainda seja limitado para atender a adversidade das demandas das pessoas dependendo de ações intersetoriais e macroestruturais e, mesmo que haja a necessidade de preparar os ACS para que possam ser verdadeiros agentes de transformação; eles precisam estar cientes desse potencial, tentando mudar também os espaços micropolíticos de atuação junto à equipe de saúde (AZAMBUJA et al., 2007).

Como é possível observar, as limitações enfrentadas no processo de trabalho das equipes de saúde estão diretamente relacionadas com as limitações presentes também na formação de todos os trabalhadores de saúde.

Na tentativa de melhorar a formação de recursos humanos, o Ministério da Saúde está lançando mão de várias ações estratégicas, tais como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Pró-Saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007c), a saúde no Brasil é o setor que vem passando pelo mais significativo processo de reforma no país com a finalidade de dar continuidade aos avanços do movimento da Reforma Sanitária e consolidar o SUS. Portanto, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor para mudanças no campo das práticas de saúde e no campo da formação profissional.

A educação permanente

parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Propõe-se, portanto, que os processos de capacitação do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS (BRASIL, 2007c, p. 3).

Além disso, a educação permanente deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades, a necessidade de formação para o trabalho e a capacidade já instalada de instituições formais de saúde (BRASIL, 2007d). A educação permanente em saúde é, portanto, um processo que se inicia na graduação e permanece na vida profissional, por meio de parceria entre

instituições universitárias, serviços de saúde, comunidade e outros setores da sociedade civil (BRASIL, 2005a).

Outra ação estratégica para a formação de trabalhadores na área, o Pró-Saúde, tem por objetivo geral “incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população para abordagem integral do processo saúde-doença”. Entre os objetivos específicos estão: reorientar o processo de formação em instituições universitárias de enfermagem, odontologia e medicina; estabelecer a cooperação entre gestores do SUS e essas instituições para integração da rede pública de saúde com a formação de profissionais na graduação e na formação permanente; incorporar no processo de formação a abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção de saúde e ampliar a prática educacional nos serviços de saúde da rede pública (BRASIL, 2005a, p. 17).

Os desafios já estão lançados e não são poucos. Tão difícil quanto buscar mudanças nas práticas de saúde dos trabalhadores são as mudanças nos aparelhos formadores.

Em um movimento de mudanças curriculares no ensino universitário, alguns poucos espaços de interação entre os profissionais estão sendo abertos na academia. Porém, em um processo lento e que enfrenta ainda muita resistência por parte de formadores e de alunos.

É unânime, na literatura aqui pesquisada, que os processos educativos dos ACS e dos outros trabalhadores refletem no trabalho da equipe de SF e precisam, sem dúvidas, melhorar ou serem reformulados.

A formação adequada e a educação permanente no cotidiano de trabalho de todos os trabalhadores integrantes da equipe de SF são necessárias para que as lacunas existentes entre os integrantes da equipe sejam superadas e para que a

diferença entre os princípios preconizados pelo Ministério da Saúde e a realidade dos serviços sejam, então, diminuídas.

Ao finalizar este tópico, encaminharemos para a quinta e última temática a ser discutida no tópico seguinte. É ela talvez, aquela que traz elementos mais próximos ao objeto de pesquisa deste estudo, ou seja, algumas características das relações sociais entre os ACS e os trabalhadores da equipe de SF.

1.2.5 O agente comunitário de saúde como membro da equipe de Saúde da Família

O caminho até aqui percorrido já trouxe evidências das dificuldades do trabalho em equipe na SF. Neste tópico, em especial, pretendemos discutir mais sobre as relações sociais do ACS no trabalho em equipe. No entanto, isso não exclui de forma alguma as relações presentes na equipe em geral, afinal, equipes são dinâmicas, são feitas de sujeitos e tanto os aspectos positivos quanto os negativos discutidos à luz dos ACS podem também estar presentes, sejam em maior ou menor importância, para os outros trabalhadores de saúde.

Ao fazerem parte da equipe de saúde, os ACS recebem uma formação com certos domínios acerca de saberes e práticas relativos à biomedicina e possuem acesso a outros profissionais (ZANCHETTA et al., 2005). Isso lhes confere um sentimento de orgulho, valorização e prestígio social devido à possibilidade de ajudarem as pessoas, serem vistos como profissionais qualificados e ampliarem seu poder de resolubilidade, criando maior confiança por parte dos usuários e maior cumplicidade por parte dos trabalhadores de saúde (FERRAZ; AERTS, 2005; ZANCHETTA et al., 2005; FONTOURA et al., 2004). No entanto, podem se sentir ansiosos e insatisfeitos quando comparam seus conhecimentos com o dos outros trabalhadores e quando a educação que recebem é irregular ou insuficiente

(ZANCHETTA et al., 2005; FONTOURA et al., 2004). Sentem-se também desamparados pela equipe, encontrando barreiras burocráticas para atenderem as demandas da população e, frustrados e receosos quando, ao considerarem a saúde em suas diversas dimensões, percebem que as orientações gerais e o acompanhamento são insuficientes frente às diversas demandas e necessidades apresentadas pela população (OLIVEIRA; SPIRI, 2006; SILVEIRA; SENA, 2005; ZANCHETTA et al., 2005; NUNES et al., 2002).

O trabalho dos ACS é contraditório, pois estes são diferenciados dos outros membros da equipe, vivenciando a assimetria social, econômica e de poder, assim como, enfrentando desafios frente à insuficiente formação que recebem. Apesar disso, sentem-se também valorizados e privilegiados ao estarem vinculados a uma instituição, possuem um trabalho e trabalham junto com a comunidade, o que os tornam diferentes desta (AZAMBUJA et al., 2007; BARCELLOS; PANDOLFI; MIOTTO, 2006).

O trabalho do ACS contribui com o dos outros profissionais na perspectiva da complementaridade e da interdependência das ações e, além disso, é um agente de transformação e mudança nos serviços de saúde. O fato do ACS residir em sua área de atuação faz com que este se torne uma pessoa conhecida e de fácil acesso à população, por isso, o papel de elo de ligação (diríamos laço) dos ACS exige também que os serviços de saúde estejam preparados para atenderem à demanda da população e a equipe seja uma referência para o ACS, respaldando suas ações. Caso contrário, o trabalho do ACS pode ser colocado em descrédito (OLIVEIRA; NACHIF; MATHEUS, 2003; SILVEIRA; SENA, 2005).

Para Araújo Júnior e Gomide (2004) a incorporação dos ACS do PACS na equipe de SF proporcionou um senso de co-responsabilidade e co-fiscalização em

uma relação aberta e franca. Permitiu também acesso às unidades de saúde e garantiu auxílio técnico. Os ACS sentiram-se satisfeitos por fazerem parte de um grupo, fortalecendo o sentimento de pertencimento e a auto-estima. Porém, passaram a se sentir menos valorizados por terem uma atuação menos ativa em relação ao acesso a medicamentos, à prática de vacinação e à realização de curativos.

A inserção na equipe de SF apresentou aspectos positivos e também negativos ao trabalho dos ACS. Por um lado, as oportunidades de adquirirem e aprimorarem conhecimentos, as facilidades de acesso aos trabalhadores e aos serviços de saúde e os sentimentos de valorização, pertencimento, auto-estima, prestígio e reconhecimento pelo seu trabalho foram características positivas. Por outro lado, a insatisfação com capacitação e treinamentos inadequados, as frustrações com as limitações para solucionar as demandas da população, as dificuldades de interação e comunicação com os trabalhadores da equipe, os sentimentos de insatisfação, desamparo e desvalorização do trabalho foram marcados como aspectos negativos pelos autores.

Os ACS constroem laços de confiança entre trabalhadores de saúde, poder público e população, podendo ser para esta última sua voz ativa e, ao mesmo tempo, presença do Estado. Porém, esta situação pode causar um sentimento de ambigüidade quando a equipe de saúde exige autonomia desses trabalhadores, os quais por outro lado, sentem-se inseguros para exercerem tal autonomia, pois temem as conseqüências de possíveis erros, uma vez que, há ausência de apoio e de momentos para manifestarem suas ansiedades junto à equipe (ZANCHETTA et al., 2005).

A inserção dos ACS na equipe de SF depende também da orientação, da aceitação e do acompanhamento dos trabalhadores de saúde para com as atividades dos ACS (SILVEIRA; SENA, 2005). Heidemann (2006), em seu estudo,

evidenciou resistência de aceitação do trabalho dos ACS pelos outros profissionais da equipe e pelos usuários. Dentre outros motivos, essa resistência surgiu pela dificuldade da equipe na resolução das demandas das famílias trazidas pelos ACS, pelas dificuldades no diálogo e pelo distanciamento entre os profissionais no trabalho em equipe.

Outro ponto negativo é o sentimento de desvalorização dos ACS que, ao comporem a equipe de SF, acabam assumindo novos trabalhos e novas responsabilidades e ainda assim seus salários são baixos quando comparados com os outros trabalhadores (NUNES et al., 2002).

Considerando que para o ACS seu trabalho representa também um emprego formal e uma fonte de renda para si e para sua família, como discutido em tópico anterior; essa condição de insatisfação salarial repercute não somente no próprio trabalho, mas atinge outras esferas, tal como, a esfera familiar.

Na relação entre ACS e outros membros da equipe de saúde estão também presentes conflitos, oposições, insubordinações, jogo de influências e outras estratégias para preservar ou confrontar os diversos *status quo* existentes entre os profissionais de saúde (ZANCHETTA et al., 2005). A disputa pelo lugar de prestígio na comunidade com os outros trabalhadores pode gerar conflitos de poder e sentimentos de ciúmes (NUNES et al., 2002). As dificuldades nos relacionamentos interpessoais, mesmo que superados com o tempo de trabalho e com o convívio entre os trabalhadores, influenciam as relações na equipe. Entre tais dificuldades estão o desconhecimento das funções e atividades desempenhadas pelos outros membros da equipe; a falta de supervisão e o baixo grau de instrução dos ACS; a pouca identificação com a personalidade ou o modo de ser do outro; a inexistência de responsabilidade coletiva e de sentimento de ser um coletivo organizado; as

segmentações na equipe devido às condições de trabalho, salários, competências e responsabilidades; a descontinuidade das ações específicas; a desarticulação de ações curativas, educativas e administrativas e o baixo grau de interação entre os trabalhadores (PEDROSA; TELES, 2001).

As divergências existentes entre os princípios preconizados pela ESF e as práticas profissionais representam também dificuldades para um trabalho em equipe de forma articulada e integrada. Na prática, os profissionais trabalham com divisão parcelar do trabalho, fragmentação de tarefas e atenção individual (SANTOS; CUTOLO, 2004). O predomínio de projetos individuais, tal como o pouco envolvimento dos profissionais com o trabalho, pode representar um mecanismo de defesa da equipe frente à ausência de clareza dos objetivos, das tarefas e das finalidades da estratégia (FORTUNA et al., 2005).

A interação na equipe de SF permite a troca de experiências, compartilha conhecimentos e proporciona um cuidado integral à família e às pessoas, conhecendo e atendendo suas necessidades (OLIVEIRA; SPIRI, 2005). No entanto, esta vem acontecendo de maneira técnica entre os trabalhadores, os quais se comunicam com a finalidade apenas de trocarem ou transmitirem informações e pouco exercem discussões críticas quanto aos problemas e necessidades da equipe e da comunidade. As reflexões conjuntas do trabalho da equipe são, muitas vezes, destinadas a soluções de problemas de ordem administrativa. Entre os fatores que podem restringir a articulação das ações e a interação entre os trabalhadores está o grande número de famílias cadastradas e de atividades a serem desenvolvidas por cada profissional, além, da pressão e da falta de supervisão por parte da coordenação municipal e da mudança dos integrantes da equipe. Quanto à prática comunicativa, a desigualdade nas oportunidades para opinar e falar, conciliada com

a tendência de alguns profissionais em manterem as relações assimétricas, constitui um obstáculo importante a ser observado. O planejamento e a avaliação das ações são também realizados individualmente pelos trabalhadores de nível universitário e as decisões são apenas apresentadas na reunião semanal da equipe, onde os trabalhadores de nível médio ou fundamental não se sentem à vontade para exporem suas opiniões. A avaliação não é rotineira e, quando é realizada, a enfermeira a faz de forma individual e utiliza principalmente dados quantitativos do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB – (SILVA; TRAD, 2005).

Conflitos estão presentes no trabalho da equipe, tais como, a diversidade de posturas e opiniões e o controle excessivo ou a acomodação de alguns trabalhadores frente a determinadas situações. No entanto, os conflitos também possibilitam o restabelecimento de interações na equipe (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Para Ribeiro, Pires e Blank (2004), o trabalho em equipe para ser integrado necessita de conexão dos diversos processos de trabalho, de interação entre os diversos profissionais envolvidos, de conhecimento e valorização do trabalho e dos saberes do outro na produção do cuidado, de autonomia técnica e de consensos entre os trabalhadores acerca dos objetivos propostos, dos resultados esperados e da maneira mais oportuna de alcançá-los.

Para Fortuna et al. (2005), equipe é uma estrutura em constante desestruturação e reestruturação. Não significa apenas um conjunto de profissionais trabalhando juntos em um mesmo estabelecimento de saúde. Entre outros fatores analisados, as relações de poder existentes na equipe são abordadas como criadoras de polarização entre as pessoas, ou seja, pessoas que podem mais e pessoas que podem menos, criando uma hierarquia nas relações. E essas relações

são reproduzidas na divisão técnica e social do trabalho quando as pessoas que "sabem mais" mandam mais e aquelas que "sabem menos" obedecem.

A literatura científica mostra que a inserção do ACS na equipe de SF e as relações estabelecidas entre os trabalhadores são questões complexas e requerem a continuidade de discussões por meio de mais estudos. Como visto na revisão bibliográfica, o trabalho do ACS na equipe de saúde não é harmonioso e isento de conflitos, mas ao contrário, vem enfrentando vários problemas e limitações.

Assim sendo, neste estudo nos voltamos a investigar como o ACS vêm se inserindo e sendo inserido na equipe de SF na perspectiva da articulação das ações e da interação entre os sujeitos.

1.3 Um olhar sobre o trabalho do agente comunitário de saúde na equipe de Saúde da Família: construindo os elementos teóricos

A partir do delineamento do objeto de pesquisa, consideramos necessário nos assentarmos em um suporte teórico baseado no processo de trabalho em equipe na saúde, contemplando os aspectos: processo de trabalho na saúde, divisão social e técnica do trabalho, autonomia profissional, interação e projeto assistencial em comum.

O processo de trabalho deve ser compreendido a partir de seus elementos constituintes; objeto, instrumentos (materiais e saberes) e atividades; de forma simultânea e articulada. Além da articulação entre os componentes do processo de trabalho, há de se considerar também que este não acontece isoladamente, mas está inserido em uma rede de vários outros processos de trabalho.

De forma mais abstrata, consideramos trabalho como um processo de transformação sobre o objeto, intermediado por instrumentos e que requer saberes e

uma dada força de trabalho. Esse processo de transformação acontece porque o homem possui necessidades que precisam ser satisfeitas. No entanto, as necessidades aqui referidas não pertencem à vontade plena do indivíduo e nem estão alheias às determinações da sociedade, mas ao contrário, são necessidades que precisam ser satisfeitas justamente porque são sociais, tornam-se finalidades e conduzem todo o processo de trabalho, movendo o sujeito à ação. O trabalho além de atender as necessidades sociais quando resulta em algo útil a outras pessoas, satisfaz também as necessidades individuais porque, ao efetuar um trabalho, o homem reproduz a si mesmo como um ser particular (PEDUZZI, 1998).

O processo de trabalho em saúde, por sua vez, além dos aspectos acima discutidos, possui também especificidades, tais como, a dimensão intelectual dos saberes, que permite a reflexão frente às ações; a autonomia dos agentes e as características dos objetos e instrumentos (PEDUZZI, 1998).

O objeto no processo de trabalho em saúde possui características inerentes ao homem necessitando, portanto, serem apreendidas em sua objetividade e subjetividade. A aplicação dos instrumentos no processo de trabalho em saúde, do mesmo modo possui características próprias, uma vez que acontece no encontro de duas pessoas, usuário e profissional, e é sempre permeada de relações interpessoais (PEDUZZI, 1998).

Neste processo, se faz presente a autonomia dos agentes envolvidos no trabalho. A **autonomia profissional** é relativa ao julgamento e à tomada de decisão do trabalhador acerca da intervenção técnica a ser realizada. Para isso, é necessária a avaliação por meio de seus conhecimentos técnico-científicos frente a uma dada situação ou demanda apresentada pelo usuário. Porém, a intervenção técnica, acontece sempre em um encontro intersubjetivo entre os sujeitos

trabalhador/usuário. Assim, nesse encontro, também é preciso conhecimento e habilidades para o manejo de tecnologias que dizem respeito às relações, ou seja, das tecnologias leves. A autonomia acontece de maneiras diferentes entre as diversas categorias profissionais, é resguardada por regulamentação formal e legal do exercício profissional e produzida também a partir da dimensão social dos profissionais na organização dos serviços e nos processos de trabalho. Portanto, a autonomia é mais inerente à possibilidade de tomada de decisão do que na própria execução da intervenção técnica e pode também ser uma ação complementar e interdependente de outros processos de trabalho, independente do grau de autonomia do profissional (PEDUZZI, 1998).

Para que trabalho em saúde seja eficaz e resolutivo é preciso sempre de certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações, sejam elas clínicas ou de saúde pública (CAMPOS, 2007).

Os diversos significados e sentidos atribuídos à saúde e a forma de "consumo" desta também caracterizam especificidades para o processo de trabalho em saúde, pois podem agregar subjetividades e estarem presentes no encontro entre usuário e profissional.

Para Mendes-Gonçalves (1992, p.51) o homem precisa ser apreendido em sua subjetividade, ou seja, nas relações mediadas por “desejos, afetos, paixões, repulsas, ódios, normatividade e trabalho, que cada homem estabelece com a totalidade em que vem a ser, e com suas partes, incluindo ele próprio, e que fazem dele um sujeito”.

Para Mishima et al. (2004) o

homem como ser social, que se conforma a medida que estabelece constantes relações com outros homens e seu meio, transformando-os e também a si mesmo. Com isso estamos querendo destacar que o homem (trabalhador e usuário, não importa a sua posição) para a saúde coletiva é o protagonista da

ação de saúde que vai ser produzida e, a medida que o faz vai dando forma às práticas de saúde que configuram modelos assistenciais (p. 24).

A saúde pode ser considerada como um bem não-material, ou seja, um bem simbólico, no qual estão embutidos “crenças, valores, cultura, representações, condições de vida, dos diferentes grupos e classes sociais, na sua dimensão histórica” (ALMEIDA et al., 2006, p. 5).

O consumo do “produto saúde” pelo usuário possui também características próprias, porque não é algo externo sendo ofertado no mercado e, sim, algo consumido no ato de sua produção. O trabalho em saúde é essencialmente um trabalho vivo em ato, acontecendo em um espaço das intercessões entre o profissional e o usuário. Merhy (2002) discutindo a questão do trabalho em saúde a partir das concepções de Mendes-Gonçalves (1992), define trabalho vivo em ato como aquele que está em processo, produzindo, que está em ação e em um certo “dando”. Ainda, que as intercessões não são simples somatórias, mas são produtos existentes na interação dos profissionais/produtores e dos usuários/consumidores em ato no momento da relação em processo, seja nos momentos individualizados ou nas ações coletivas de saúde. E, nessa relação, em especial, estarão presentes fatores um tanto quanto impregnados de subjetividade humana. Nos espaços intercessores, o consumo e a produção ocorrem de modo imediato e tanto usuário como profissional de saúde “são instituintes de necessidades e atuam como forças no espaço interseção produção/consumo, expondo distintamente suas intencionalidades, ‘desejos’, necessidades, processos de ‘capturas’ que estejam sofrendo, etc” (MERHY, 2002, p. 90). Aqui, necessidades não significam exclusivamente carência ou falta de algo. Há a dimensão da necessidade como expressão de um ser que em potência deseja ser, deseja positivamente existir, ser mundo e parte dele.

É no espaço intercessor, por exemplo, que o usuário pode buscar nos serviços de saúde a satisfação de uma necessidade de saúde e também de ser mais autônomo no seu modo de caminhar no mundo. Ao mesmo tempo, o profissional produtor das ações de saúde pode estar interessado em atender seu desejo de ganhar dinheiro (MERHY, 2002).

A **divisão técnica do trabalho** refere-se ao fracionamento de um mesmo processo de trabalho em vários outros processos de trabalho, ficando cada parcela do processo originário sob a responsabilidade de um outro trabalhador. A difusão do conhecimento entre todos os integrantes do processo é custoso, tornando-se a fragmentação da força de trabalho um meio de baratear o processo e aumentar a produtividade. Essa modalidade de trabalho fracionado não permite ao trabalhador produzir nenhum produto por completo, sendo seu trabalho apenas uma parte do produto final. Portanto, a especificidade da divisão técnica diz respeito à separação do trabalhador de seus instrumentos de trabalho e à separação do momento intelectual (de concepção) e do momento manual (de execução). Essa situação não significa somente a divisão técnica, mas representa também uma **divisão social do trabalho** e, ambas, reproduzem as diferentes inserções do sujeito na sociedade (PEDUZZI, 1998). Na equipe de SF essas divisões estão presentes e uma das diferenças evidenciadas entre os profissionais são os diversos graus de formação que foram apontados na revisão bibliográfica enquanto fatores que dificultam as relações entre os sujeitos da equipe.

A divisão do trabalho na saúde pode ser exemplificada com o profissional médico que, de trabalhador único na saúde passou a se constituir enquanto um trabalhador coletivo no início do século XX a partir da transformação do hospital como local de cura e instrumento de seu trabalho. Isso constituiu uma divisão

vertical e hierárquica do trabalho, na qual o médico tornou-se o centro das outras ações, uma vez que detém o conhecimento de determinar o diagnóstico e a terapêutica (ALMEIDA; FORTUNA; MISHIMA, 2004). A enfermagem em seus primórdios realizava um cuidado de cunho mais religioso e sem o objetivo de intervenções ao doente ou a doença, estando, assim, distante por um longo tempo da medicina. Com a transformação do hospital em um espaço terapêutico, a enfermagem, bem como as outras profissões passaram a funcionar como extensões do trabalho médico (ALMEIDA; ROCHA, 1986). Outro exemplo são as divisões horizontais do trabalho formadas quando especialidades médicas e profissionais complementares (odontólogos, psicólogos, entre outros) vão sendo envolvidos no trabalho em saúde (ALMEIDA; FORTUNA; MISHIMA, 2004).

A divisão do trabalho na saúde acontece de forma processual e histórica a depender da necessidade de cada processo de trabalho. Reflete, além do desenvolvimento técnico-científico, a dinâmica social das práticas de saúde. A subdivisão dos trabalhos em momentos mais manuais resguarda ao processo de trabalho originários os momentos mais intelectuais, os quais concedem mais poder e controle sobre os outros trabalhos. Porém, ambos os trabalhos possuem momentos manuais e intelectuais diferenciando-se em qualidade e quantidade, e preservam também certa autonomia profissional, sem necessariamente excluir as possibilidades de interação dos sujeitos e de interdependência e complementaridade das ações (PEDUZZI, 1998).

O trabalho de equipe em saúde

É uma interrelação de pessoas com seus conhecimentos, sentimentos, expectativas e fantasias em interjogo para satisfação de necessidades tanto dos usuários como dos trabalhadores (FORTUNA, 1999, p. 28).

Além disso, sabemos que trabalhar em equipe não significa, à primeira vista, realizar um trabalho harmonioso e sem conflitos. Assim também, no trabalho da equipe de SF devemos considerar que enquanto o modelo assistencial ainda estiver centrado na fragmentação dos indivíduos e do cuidado, será difícil atingir a complementaridade e a interdependência do trabalho dos profissionais na direção do trabalho em equipe.

Peduzzi (1998) faz distinção entre equipe agrupamento e equipe integração. Ambas possuem duas dimensões: a das ações e atividades e a dos agentes. Na equipe agrupamento, como explícito na própria denominação, existe apenas o agrupamento de ações e agentes. No entanto, na equipe integração, as ações são articuladas e os agentes estão em interação.

A articulação são momentos em que os agentes colocam em evidência as conexões existentes entre as ações e os variados saberes técnicos. A articulação requer que o agente tenha uma atitude consciente e ativa, evidenciando as conexões entre as intervenções técnicas dos vários profissionais e construindo conjuntamente o projeto de intervenção em comum a partir da negociação, do compartilhamento e da solidariedade (PEDUZZI, 1998).

A **interação** diz respeito a normas e valores presentes nos enunciados e afirmativas, sendo que é pela prática comunicativa que os agentes podem transformar as relações (PEDUZZI, 1998).

Habermas (1994a) distingue trabalho e interação. O trabalho é entendido em duas perspectivas: uma ação instrumental e uma escolha racional. A ação instrumental é orientada por *regras técnicas* que pressupõem prognoses de um determinado evento e fins estabelecidos. Já a escolha racional é direcionada por uma ação estratégica que valoriza mais as possíveis alternativas de comportamento

deduzidas com o auxílio de valores e máximas. Já a interação “depende das comunicações lingüísticas que se tornam familiares” (p. 31a), ou seja, é necessário que haja **comunicação**, compreensão mútua e entendimento entre os sujeitos para que a interação seja estabelecida. A linguagem entra na ação comunicativa a qual é entendida por Habermas (1994b) como “interação simbolicamente mediada” (p. 57b) e orientada por “*normas de vigência obrigatória* que definem as expectativas recíprocas de comportamento e que têm de ser entendidas e reconhecidas, pelo menos, por dois sujeitos agentes” (p. 57b).

No entanto, a equipe de saúde pode utilizar a linguagem não apenas como forma de comunicação, mas também como instrumento de poder, exclusão e distanciamento entre os vários profissionais, como por exemplo, nos momentos em que há a utilização de “códigos”, ou seja, uma “linguagem codificada” que dificulta a compreensão para os que não compartilham das mesmas competências técnicas (CRACO, 2006).

O **projeto assistencial em comum** é uma referência para a equipe de trabalho, um plano de ação frente a uma situação de trabalho em equipe. É construído a partir da interação entre os sujeitos de maneira que todos estejam de acordo o projeto estabelecido (PEDUZZI, 1998).

Campos (2007) refere-se à *obra* como o reconhecimento dos resultados do trabalho pelo trabalhador, usuário e sociedade. Desta forma, para que o resultado do trabalho seja reconhecido por todos é preciso que o projeto seja um trabalho conjunto e envolva os vários profissionais da equipe, porém sem descaracterizar as ações específicas de cada um.

Nesta discussão empreendida por Campos (2007), o autor utiliza os conceitos de Campo e de Núcleo de competência e de responsabilidade, sendo o

Núcleo “o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos de cada profissão ou especialidade” e o Campo, “saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades” (p. 248-249).

Neste estudo, lançaremos mão dos conceitos de núcleo e campo para nos referir às ações específicas e às ações em comum dos profissionais.

No caso da ESF seria garantir um cuidado integral ao usuário, à família e à comunidade. A construção da *obra* ou projeto assistencial em comum requer um trabalho em conjunto dos vários profissionais, porém sem descaracterizar a existência de ações técnicas específicas de cada um (ALMEIDA; FORTUNA; MISHIMA, 2004).

Sem a pretensão de ter esgotado a discussão sobre a temática, foram aqui discorridos aspectos importantes e essenciais sobre o trabalho em equipe na saúde que fundamentam o recorte do objeto a ser estudado e permitem a delimitação dos objetivos desta investigação.

2 OBJETIVOS

Geral:

1. Compreender as relações sociais estabelecidas entre o ACS e a equipe de SF a partir do processo de trabalho em equipe na saúde, destacando os aspectos da articulação das ações e da interação entre os trabalhadores.

Específicos:

1. Entender como os ACS interagem com os outros trabalhadores da equipe de SF e estes com os ACS;
2. Identificar como o trabalho dos ACS é articulado ao trabalho da equipe de SF.

3 METODOLOGIA

Metodologia é definida por Minayo (2004, p.22) como o “caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade”, instrumental que deve ser “claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática” (MINAYO, 2003, p. 16). Oliveira (2001, p. 17) se refere ao método como “estrada, via de acesso e, simultaneamente, rumo, discernimento de direção”.

Neste trabalho, o “caminho” foi escolhido a partir da perspectiva delineada pela pesquisadora e do próprio recorte do objeto a ser estudado, ou seja, as relações sociais estabelecidas entre o ACS e a equipe de SF no processo de trabalho em equipe, que requer uma abordagem de ordem qualitativa.

Há quem restrinja o significado de método a um conjunto de técnicas, porém deve ser ele entendido em um sentido mais amplo envolvendo além de técnicas, fundamentos e processos os quais sustentam a reflexão. Ainda assim, o método não se limita a uma compreensão puramente teórica, mas deve ser lapidada pelo pesquisador na medida em que este desenvolve sua investigação. O dinamismo da realidade, principalmente em Ciências Sociais, exige que o pesquisador incorpore fatos e situações não previstos anteriormente (OLIVEIRA, 2001).

Considerando as definições e os entendimentos acima explicitados, a metodologia do presente estudo é de ordem qualitativa e abrange sujeitos sociais imbuídos de subjetividades e inseridos no mundo em um dado momento histórico e político que compreende 20 anos de SUS e 15 anos de implantação da ESF no país.

A opção neste trabalho pela pesquisa qualitativa foi dada pela própria natureza do objeto que é social e, além disso, o estudo buscou analisar o campo do

trabalho em equipe na saúde, as relações e as interações como produtoras de um agir em saúde entre os trabalhadores, conforme fundamentado no suporte teórico.

3.1 A abordagem qualitativa da pesquisa

A pesquisa qualitativa

responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivações, 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, 2003, p. 21-22).

As questões sociais têm como características a provisoriedade, o dinamismo e a especificidade, pois o objeto das Ciências Sociais é histórico. Histórico porque

as sociedades humanas existem num determinado espaço cuja formação social e configuração são específicas. Vivem o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro, num embate constante entre o que está dado e o que está sendo construído (MINAYO, 2003, p. 13).

Neste estudo, pretendeu-se analisar as relações sociais estabelecidas entre o ACS e a equipe de SF no processo de trabalho em equipe, portanto, foi necessário se lançar a um mergulho aprofundado nesse “universo de motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes” dos trabalhadores de saúde, sujeitos da pesquisa. Para compreender o espaço dessas relações sociais foi preciso conhecer o caminho de constituição do objeto da pesquisa em um contexto mais geral da realidade brasileira, buscar aportes teóricos que direcionassem o olhar para uma análise crítica e científica desse objeto e, fundamentalmente, participar dos espaços onde os processos de trabalho dos sujeitos aconteciam em uma complexidade de

subjetivações que só pode ser percebida e desvelada na vivência da realidade e na convivência com as pessoas.

Outro aspecto das Ciências Sociais é que ela é intrínseca e extrinsecamente ideológica, veiculando interesses e visões de mundo historicamente construídas. O objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo porque a realidade social é dinâmica e rica em significados. O objeto possui consistência histórica, ou seja, o investigador e também as pessoas pesquisadas fazem parte do trabalho intelectual em desenvolvimento e, assim, influenciam-no (MINAYO, 2003).

Neste estudo, a participação dos sujeitos no desenvolvimento da pesquisa foi permeada por comprometimento e interesse das pessoas em realmente ajudarem e fazerem parte da construção de um conhecimento científico que se produzia a partir de perspectivas da pesquisadora e dos pesquisados. É claro que a disposição dos sujeitos em contribuir com a pesquisa aconteceu em um dinamismo que é próprio do objeto de estudo das Ciências Sociais, estando alguns trabalhadores mais disponíveis e outros menos, a depender do momento e das características pessoais de cada um. No entanto, todos os trabalhadores da unidade de saúde, cenário da investigação, envolveram-se na pesquisa dispostos a contribuir com o estudo, inserindo sempre que possível a pesquisadora em seus processos de trabalho e a informando dos acontecimentos quando esta não estava presente.

Desta forma, pode-se dizer que a relação entre os trabalhadores da unidade e a pesquisadora durante todo o período de coleta de dados aconteceu sempre em uma reciprocidade de respeito, atenção e comprometimento. A fase de entrada no cenário de investigação e aproximação aos sujeitos foi importante para que a relação entre a pesquisadora e trabalhadores de saúde se firmasse em

sólidas bases de confiança e compromisso que direcionaram todo o processo de coleta de dados.

A abordagem qualitativa tem a vantagem de ser não-estruturada, permitindo, no decorrer do trabalho de campo, a eliminação de questões não relevantes para o estudo, bem como a possibilidade de se dar ênfase aos aspectos que surgem empiricamente (MINAYO, 2003). As fases anteriores à entrada no cenário de investigação e à coleta de dados propriamente dita, ou seja, os estudos bibliográficos e teóricos do objeto de pesquisa permitiram um amadurecimento prévio da pesquisadora para que seu olhar e sua permanência no cenário fossem guiados pelo rigor científico exigido em uma pesquisa. Entendendo que o pesquisador não é um elemento neutro frente ao seu objeto, e que este influencia a pesquisa e é influenciado pela presença do pesquisador, as idas e vindas ao conteúdo teórico, enquanto a fase de coleta de dados acontecia, possibilitaram à pesquisadora reformular aspectos que não estavam condizentes com a proposta do estudo, eliminar questões menos relevantes e enfatizar aspectos inusitados que iam surgindo do empírico.

Para Minayo (2004):

A investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos. Seus instrumentos costumam ser facilmente corrigidos e readaptados durante o processo de trabalho de campo, visando às finalidades da investigação. Mas, não se pode ir para a atividade de campo sem se prever as formas de realizá-lo. Improvisá-lo significaria correr o risco de romper os vínculos com o esforço teórico de fundamentação, necessário e presente em cada etapa do processo de conhecimento (p. 101).

Tomando este conjunto de questões acima discutidas, neste estudo se optou por uma abordagem qualitativa de pesquisa com utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada como técnicas de se captar o empírico.

3.2 A observação participante

A observação participante “se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos” (NETO, 2003, p. 59). Compartilhando dessa compreensão de observação participante, essa foi uma das técnicas de coleta de dados selecionada nesta pesquisa para possibilitar maior aproximação à realidade do trabalho do conjunto dos ACS e fornecer informações complementares às entrevistas semi-estruturadas. Assim, as observações foram realizadas anteriormente às entrevistas semi-estruturadas, fornecendo elementos mais significativos para serem discutidos nas entrevistas.

Com a finalidade de auxiliar a pesquisadora no momento das observações e qualificar os dados a serem coletados, foi elaborado um roteiro para observação participante junto aos ACS (APÊNDICE A), contendo dados para contextualização da observação e quatro principais aspectos a serem observados relativos aos sujeitos, ao desenvolvimento da ação, à complementaridade e interdependência das ações e à interação e comunicação entre os trabalhadores de saúde.

O período de realização das observações participantes foi de abril a junho de 2008, compreendendo três meses. Foram realizadas 23 observações participantes relativas à observação do trabalho da unidade de saúde, perfazendo um total de 103 horas. As observações foram identificadas por *números* em ordem crescente, correspondendo cada número a um dia de observação. A pesquisadora acompanhou, durante as jornadas diárias de trabalho, as atividades em que o ACS era o sujeito norteador da ação junto a qualquer trabalhador da unidade de saúde.

Os registros das observações participantes foram efetuados em um diário de campo pela pesquisadora. O diário de campo é um instrumento importante no qual são registrados dados considerados relevantes pelo pesquisador durante seu trabalho em campo. Nele são anotados questionamentos, informações, percepções, sentimentos e outras considerações que possam oferecer maiores detalhes e conteúdos para a posterior interpretação do objeto em estudo (NETO, 2003). O diário de campo foi utilizado não somente para o registro das observações participantes, mas correspondeu a um instrumento sempre presente durante o todo o trabalho no campo de investigação.

3.3 A entrevista semi-estruturada

A entrevista semi-estruturada é um tipo de entrevista flexível que permite ao entrevistado extrapolar aquilo que está sendo diretamente perguntado.

Para Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada possibilita que o informante contribua com a pesquisa conduzindo espontaneamente seus pensamentos e experiências sem desviar do foco principal. Para Neto (2003), é uma articulação entre entrevistas estruturadas e não-estruturadas, ou seja, com prévias perguntas formuladas e abordagem livre do informante sobre o tema proposto, respectivamente.

Segundo Minayo (2004), a entrevista permite ao pesquisador obter dados de duas naturezas: dados os quais o investigador poderia conseguir por meio de outras fontes como censos, registros civis, atestados de óbitos, estatísticas; e dados que dizem respeito diretamente ao entrevistado, envolvendo, portanto, as atitudes, os valores e as opiniões, sendo dados subjetivos.

O presente estudo buscou dados das duas naturezas nas entrevistas. Para melhor conhecer o cenário de investigação, foram buscadas nas entrevistas informações sobre a história e a configuração atual da unidade de saúde. Para também caracterizar, conhecer e compreender mais a fundo os sujeitos da pesquisa, foram realizadas questões sobre a vida pessoal e profissional dos trabalhadores de saúde. Iniciar a entrevista com as questões mais pessoais da vida dos trabalhadores, como por exemplo, contar sobre a família e o trabalho, deixava-os mais seguros e descontraídos para darem continuidade à entrevista. E, com as questões iluminadas pelo suporte teórico, foi possível captar dados relacionados diretamente aos sujeitos, envolvendo opiniões, valores, entendimentos, subjetividades e formas de pensar e agir do entrevistado em relação ao objeto de pesquisa.

A entrevista

não significa uma conversa despreocupada e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada (NETO, 2003, p. 57).

A entrevista enquanto técnica de pesquisa tem por finalidade a captura do real, evitando interferências que possam distorcer a realidade, tais como, as provenientes do próprio pesquisador, do roteiro e do entrevistado (HAGUETTE, 1999).

A entrevista semi-estruturada foi realizada individualmente com todos os membros de uma das equipes de SF, da unidade de saúde cenário da pesquisa, no período de julho a agosto de 2008. Foi realizado um total de 11 entrevistas junto aos trabalhadores de saúde desta equipe, sendo:

- quatro ACS;
- duas auxiliares de enfermagem;

- uma enfermeira;
- uma médica;
- uma auxiliar de consultório odontológico;
- um cirurgião-dentista e
- uma gerente.

A gerente foi incluída, pois era uma pessoa externa à equipe de SF selecionada e envolvida com o processo de trabalho da unidade. A média do tempo de duração das entrevistas foi de aproximadamente 1 hora e 12 minutos, sofrendo variações de 38 minutos à 1 hora e 58 minutos. As entrevistas foram identificadas por números e, os entrevistados, por *ACS* ou *trabalhador de saúde*, quando pertencentes a outra categoria profissional.

Entendendo a entrevista como um processo de interação, entre duas pessoas, entrevistado e entrevistador, e tendo este por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, um roteiro foi elaborado para orientar e qualificar as entrevistas semi-estruturadas. O roteiro da entrevista foi o instrumento pelo qual as informações foram obtidas nesse processo de interação, contendo questões norteadoras em consonância com o objeto a ser investigado.

O roteiro da entrevista semi-estruturada foi construído anterior ao período de coleta de dados, mas foi definitivamente elaborado somente após o término das observações participantes, as quais puderam apontar as questões mais pertinentes e relevantes ao estudo. O roteiro constituiu-se de três partes, a saber: caracterização da entrevista, caracterização do entrevistado e entrevista propriamente dita com oito questões norteadoras (APÊNDICE B). As questões abertas proporcionaram ao entrevistado oportunidade de falar espontaneamente e, ao mesmo tempo, direcionou

a entrevista para que os aspectos relativos às articulações e interações das ações e atividades dos ACS pudessem ser contemplados.

O registro das entrevistas pode dar-se de diversas maneiras, tais como, anotar o desenvolvimento da pesquisa, escrever só as idéias principais, reter tudo na memória ou realizar gravações. Apesar de exigirem esforços para as transcrições, as gravações fornecem um conteúdo mais detalhado e real da entrevista e permitem que as idéias sejam completadas ou reelaboradas pelo pesquisador. Os informantes podem ficar inibidos com a presença do gravador, mas logo se familiarizam e atuam com espontaneidade diante do aparelho (TRIVIÑOS, 1987).

Neste estudo, a escolha foi por realizar gravações das entrevistas semi-estruturadas, sendo elas posteriormente transcritas, estudadas e interpretadas. Para maior segurança e menor preocupação da pesquisadora em relação ao processo de gravação das entrevistas, sempre se utilizou um número de três gravadores. A presença dos gravadores foi sempre informada aos entrevistados, inclusive na própria apresentação inicial da pesquisa ao grupo de trabalhadores de saúde. Em nenhuma das entrevistas houve restrição em utilizá-los e possíveis inibições no começo foram desaparecendo no decorrer das entrevistas conforme os entrevistados iam se sentindo mais à vontade para falarem.

Além dos componentes acima explicitados: entrevistador, entrevistado e roteiro de entrevista – outro aspecto importante é a situação em que acontece a entrevista. Não desconsiderando a estreita relação que esses elementos mantêm entre si, alguns fatores limitantes passíveis de ocorrerem foram aqui discutidos com embasamento em Haguette (1999). Dentre as possíveis limitações que dizem respeito ao informante cabe salientar que as informações por ele fornecidas tanto

objetivas quanto subjetivas refletem o seu modo de ver a realidade e a forma como a transmite. As afirmações, em especial, as de caráter subjetivo

estão sempre imersas em reações que devem ser levadas em conta: o estado emocional do informante, suas opiniões, suas atitudes, seus valores que devem ser confrontadas ou complementadas com comportamentos passados e expressões não-verbais, igualmente (HAGUETTE, 1999, p. 88).

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas em horário de trabalho dos profissionais de saúde, após a autorização da gerência e da enfermeira responsável pela equipe, no espaço físico da própria unidade saúde ou em local por eles definido, sempre garantindo a privacidade e o sigilo das informações.

Para Minayo (2004), a fala, que é utilizada na entrevista como forma de coleta de informações, tem a possibilidade de ser

reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (p. 110).

Com relação à questão que diz respeito à interação pesquisador/pesquisado, Minayo (2004) salienta que entrevista não é meramente um processo de coleta de dados, mas constitui sempre numa situação de interação, sendo que as informações dadas pelos entrevistados podem ser influenciadas pela natureza dessa interação com o entrevistador. Essa mesma autora acrescenta que aspectos relacionados a essa interação são discutidos nas Ciências Sociais em dois níveis, revelando um caráter problemático da interação; sendo que um diz respeito às teorias que dão ênfase a situação de desigualdade em que se processa a entrevista e outro diz respeito às teorias que enfatizam a interação como algo intrinsecamente conflituoso do ponto de vista cultural. Essa desigualdade pode ser vista pelos seguintes fatos: quanto ao entrevistado, não é este que toma a iniciativa e os reais

objetivos da pesquisa geralmente são estranhos a ele; quanto ao pesquisador, é ele quem controla e orienta a entrevista e concede a palavra, mesmo quando tenta deixar o entrevistado mais à vontade. Outro aspecto relevante dessa situação de desigualdade diz respeito ao fato de que a situação da entrevista reflete a divisão social do trabalho da sociedade capitalista, na qual ao pesquisador, visto numa posição de poder e dominação, cabe aos questionamentos de si mesmo, dos outros e da sociedade, e aos pesquisados cabe a tarefa de produzir o material que será explorado. Tendo em vista alguns fatores limitantes da entrevista, torna-se necessário conhecê-los e aceitá-los, podendo, portanto, compreendê-los quando inevitáveis e prevení-los quando possível (HAGUETTE, 1999).

Nessa mesma direção, Minayo (2004) salienta que essa discrepância entre entrevistador e entrevistado deve ser reconhecida, compreendida e assumida de forma crítica durante a construção do saber, constituindo-se em um dado condicionante da pesquisa.

Neste estudo, a interação sujeitos da pesquisa e pesquisadora aconteceu de forma prazerosa, sem conflitos aparentes ou desigualdades significativas que comprometessem o desenvolvimento da pesquisa. No início, o receio de se aproximar daquilo que é novo e diferente, fez parte dos sentimentos tanto da pesquisadora quanto dos sujeitos da pesquisa. No entanto, a fase de aproximação do cenário de pesquisa possibilitou que a interação fosse sendo estabelecida sempre em uma relação de igualdade e respeito. Os fatores limitantes da entrevista, em especial, a própria condição diferenciada entre pesquisadora e pesquisados, foram sendo amenizados à medida que a pesquisadora ia percebendo as dificuldades e tentava evitá-las, não tomando uma postura controladora e nem

deixando a entrevista seguir um caminho meramente de uma conversa descontraída.

3.4 O campo de investigação

A idéia de campo no trabalho científico surge enquanto espaço de diversas realidades do cotidiano, no qual as pessoas ou grupos convivem numa dinâmica de interação social e onde a investigação conforme a temática do estudo acontecerá. É também um espaço de manifestações de intersubjetividades e interações entre o pesquisador e as pessoas, propiciando a criação de novos conhecimentos (NETO, 2003).

O campo de investigação escolhido para a realização do presente estudo foi o município de Ribeirão Preto, estado de São Paulo - Brasil. O cenário de investigação selecionado foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito de Saúde Oeste da Rede Básica de Saúde que contava com três equipes de SF.

A cidade de Ribeirão Preto está entre as maiores do Estado de São Paulo. Possui uma área de 642Km², está situada a 319 km da capital e possui como municípios limítrofes as seguintes cidades: ao norte, Jardinópolis; ao nordeste, Brodósqui; ao leste, Serrana; ao sul, Cravinhos e Luís Antônio; ao sudeste, Araraquara, Dumont, Pradópolis e Rincão e ao oeste, Sertãozinho e Barrinha. A região de Ribeirão Preto é também uma das mais ricas do estado com uma estrutura econômica forte e diversificada, destacando-se, em primeiro lugar, o setor primário devido ao solo e ao clima favoráveis. Entre outras, as principais culturas são de cana-de-açúcar, laranja, soja, amendoim e fruticultura. Em relação à indústria, a agroindústria tem destaque em decorrência ao bom desempenho do setor primário.

As usinas são umas das principais atividades econômicas da região, sendo esta a maior produtora mundial de açúcar e álcool. Além dessas atividades, a região constitui-se também em um grande pólo de atividades comerciais e de prestação de serviços (RIBEIRÃO PRETO, 2007a).

Segundo dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Seade -, em 2007, Ribeirão Preto possuía uma população de 557.156 habitantes. Em 2006, a taxa de mortalidade infantil foi de 10,18 por mil nascidos vivos (SEADE, 2007). Em 2004, o coeficiente de mortalidade materna foi de 12,78 por 100 mil nascidos vivos. As taxas de mortalidade infantil e materna refletem a cobertura e qualidade de ações de saúde específicas, tais como, imunização, incentivo ao aleitamento materno, cuidados prestados às mulheres no período de gravidez, parto e puerpério, entre outras; e revelam também as condições sociais e de saúde da população. Porém, é preciso atentar para o fato de que nem sempre as baixas taxas significam melhorias nas condições de vida das pessoas (RIBEIRÃO PRETO, 2007a).

Ribeirão Preto possui uma rede de saúde considerada como uma das mais importantes e desenvolvidas do país. A rede básica de saúde está organizada em cinco regiões denominadas Distritos de Saúde (norte, sul, leste, oeste e central), cada qual com uma Unidade Básica e Distrital de Saúde - UBDS¹. Além das cinco UBDS, existem 28 UBS e 13 Unidades de Saúde da Família. Ainda, o município conta com 24 equipes de ACS que se distribuem em 20 das UBS e 21 equipes de SF se distribuem nas USF (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

¹ As Unidades Básicas e Distritais de Saúde – UBDS – são unidades de saúde que são referência para uma população delimitada para as especialidades básicas (clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia), e ao mesmo tempo, são referência para uma região distrital para especialidades médicas, urgências, emergências e ações de vigilância epidemiológica.

A rede básica de saúde conta ainda com um Ambulatório Regional de Especialidades (NGA – 59), um Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas (PAM II), dois Centros de Referência de Moléstias Infecto-contagiosas, um Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente (NADEF), um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Droga (CAPS-ad) e três Ambulatórios de Saúde Mental. Além da rede básica de saúde, existem os setores ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico e terapêutico (RIBEIRÃO PRETO, 2007a).

Pode-se perceber que a cidade de Ribeirão Preto é economicamente desenvolvida e sua Rede de Saúde possui uma extensa estrutura física e organizacional de cuidados prestados às pessoas. Essas características fazem da cidade referência regional seja na área econômica, seja na área da saúde. No entanto, Ribeirão Preto possui baixa cobertura populacional da ESF (11,74%) e de ACS (34,62%) (DAB, 2009) e, apesar dos esforços empreendidos como, por exemplo, a adesão do município ao - Programa de Expansão da Saúde da Família do Ministério da Saúde - PROESF, enfrenta ainda dificuldades para organizar seus serviços de saúde para um cuidado mais equânime e integral de seus cidadãos de acordo com as premissas colocadas para o desenvolvimento da SF.

3.4.1 Definição do cenário de investigação

O cenário de investigação escolhido para esta pesquisa foi uma UBS do Distrito Oeste de Saúde. O Distrito Oeste foi definido por ser a região de saúde de atuação da USP.

O Distrito Oeste, em 2008, contava com 18 unidades de saúde, sendo:

- Uma UBDS;
- Oito UBS e
- Nove USF.

Seis equipes de ACS e 13 equipes de SF distribuíam-se nas UBS e USF, sendo: quatro USF funcionando exclusivamente como ESF; uma UBS conservando o modelo tradicional de UBS e as outras unidades foram tendo conformações específicas por razões técnicas, administrativas ou políticas; tais como, modelos mistos de UBS com equipe de ACS e equipe de SF (PEREIRA, 2008).

Os critérios para inclusão da unidade de saúde como cenário de investigação foram:

- Ser uma UBS: a preferência por uma UBS com equipes de SF justifica-se pelo fato de ampliar os cenários de pesquisas científicas além das USF, em especial, quatro delas, as quais funcionam exclusivamente como ESF e onde a presença da USP é mais constante com atividades acadêmicas voltadas ao ensino e pesquisa com maior frequência;
- Ter equipe de SF e equipe de SB: a presença de equipe de SF é exigida pelo próprio objeto de pesquisa que são as relações sociais entre os ACS e outros trabalhadores de saúde na equipe de SF. A presença de equipe de SB justifica-se por incluírem profissionais de outras áreas além daquelas especificadas para a equipe mínima de SF, possibilitando que relações sociais sejam também estabelecidas com estes trabalhadores;
- Ser uma unidade de saúde desconhecida pela pesquisadora: o desconhecimento do cenário de pesquisa proporciona uma inserção mais neutra da pesquisadora sem conceitos pré-concebidos, amenizando, assim, os vieses, uma vez que o objeto de pesquisa compreende o campo das relações e das interações.

Portanto, a unidade escolhida para cenário de investigação dessa pesquisa foi uma UBS com três equipes de SF e duas equipes de SB.

3.4.2 A entrada no cenário de investigação

A entrada no cenário de investigação é outra etapa de relevância e de extrema seriedade para o estudo, uma vez que as relações entre sujeitos pesquisador/pesquisados sociais envolvem relações humanas. São importantes e necessários a apresentação da proposta de estudo para os sujeitos da pesquisa, o esclarecimento sobre a pesquisa a ser efetuada e a devida compreensão pelos pesquisados dos fatores ligados à participação deles na pesquisa (NETO, 2003).

Inicialmente é interessante uma aproximação gradual sem distanciamento dos objetivos preestabelecidos e considerando antes de tudo, o respeito pelas pessoas e suas manifestações. A obtenção de informações deve ser conquistada por meio do diálogo e não da obrigatoriedade (NETO, 2003).

A aproximação ao cenário de investigação foi feita inicialmente pela pesquisadora junto à gerente da unidade de saúde para esclarecer os aspectos pertinentes à pesquisa; após a autorização da Secretaria Municipal da Saúde. Posteriormente, data e horário para apresentação da pesquisa aos trabalhadores foram marcados com a enfermeira da equipe de saúde selecionada para o estudo. O encontro com toda a equipe foi realizado junto com a pesquisadora e com a orientadora do estudo para apresentação da pesquisa e esclarecimentos das características pertinentes ao trabalho e ao processo de coleta de dados.

Os trabalhadores de saúde aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). Após todos os

esclarecimentos e consentimentos dos trabalhadores de saúde em participarem da pesquisa, ocorreu a aproximação ao cenário de investigação que aconteceu no mês de março de 2008, constituindo-se em um período de inserção da pesquisadora no cenário de pesquisa, participando dos processos de trabalho com a finalidade de conhecer a unidade e seus trabalhadores.

Datas, horários, duração e locais para as observações participantes e para as entrevistas semi-estruturadas foram estabelecidos pela pesquisadora juntamente com os sujeitos da pesquisa para que pudessem organizar o tempo e as atividades de trabalho e de pesquisa, demonstrando, assim, respeito para com os outros compromissos dos sujeitos.

O período de coleta de dados ocorreu entre os meses de março e agosto de 2008, sendo as observações participantes realizadas de abril a junho e as entrevistas semi-estruturadas, de julho a agosto, como já apontado anteriormente.

Além dos aspectos levantados, não se deve esquecer de que a realidade dinâmica e singular do campo de coleta das informações requer certa pincelada de criatividade e de personalidade por parte do pesquisador para que o processo de trabalho em pesquisa seja firmado sob o compromisso dos sujeitos envolvidos na investigação (NETO, 2003).

No início, as relações interpessoais eram permeadas por receios, certos medos ou desconfiança frente ao que ainda era diferente e desconhecido, tanto por parte das pessoas quanto da pesquisadora. Entretanto, esse processo de aproximação possibilitou a construção de laços de confiança, respeito, compromisso e afeto, que são inevitáveis quando as boas interações vão se firmando ao longo do tempo na convivência com as pessoas, trabalhadores e usuários. Isso facilitou o

desenvolvimento de toda a fase da coleta de dados e permitiu compreender que a pesquisa científica faz sentido somente quando os esforços estão direcionados para as reais necessidades das pessoas. Necessidades que partem de sujeitos que desejam ser e existir no mundo.

3.4.3 Configuração atual da unidade de saúde

Em termos de estrutura física, na época da coleta de dados desta pesquisa, a unidade de saúde possuía:

- Uma recepção;
- Três consultórios de enfermagem e salas de pré e pós-consulta, simultaneamente;
- Quatro consultórios médicos;
- Um consultório de ginecologia e obstetrícia;
- Um consultório odontológico;
- Uma sala de vacina com funcionamento das 7 às 16 horas;
- Uma sala de reuniões;
- Uma farmácia;
- Uma sala de medicação com três leitos para observação;
- Uma sala das agentes comunitárias de saúde;
- Uma sala da gerência;
- Uma sala para aerossol;
- Uma sala de curativos assépticos;
- Uma sala de curativos sépticos;
- Uma sala de expurgo;

- Uma sala de esterilização;
- Um almoxarifado;
- Uma lavanderia;
- Uma cozinha;
- Dois banheiros para usuários, sendo um feminino e um masculino;
- Dois banheiros para funcionários, sendo um feminino e um masculino.

Em relação aos trabalhadores, o quadro total era de 41 profissionais e para melhor caracterizá-los, utilizou-se um questionário estruturado contendo 17 questões fechadas e um campo livre para observações, outras informações ou comentários.

Os trabalhadores foram distribuídos numericamente no quadro abaixo de acordo com a função exercida na unidade de saúde.

Quadro 2 – Distribuição dos trabalhadores da unidade de saúde investigada de acordo com a categoria profissional, Ribeirão Preto, 2008.

Trabalhadores da unidade de saúde	n
Agentes administrativos	3
Agentes comunitárias de saúde	12
Atendentes de consultório odontológico	2
Auxiliares de enfermagem	9
Auxiliares de farmácia	1
Auxiliares de serviços	3
Cirurgiões-dentista	2
Enfermeiros	3
Farmacêuticos	1
Gerente	1
Médicos	5
Total*	41*

*O total não corresponde à soma exata dos trabalhadores, pois o cargo de gerente é exercido por uma enfermeira.

Além desses trabalhadores, a unidade de saúde contava com a presença de dois aprendizes² e quatro agentes de segurança. Vale ressaltar, ainda, a presença de três estagiárias do 4º ano e 20 alunos do 2º ano do curso de enfermagem da EERP/USP em estágios curriculares.

Dentre os 41 trabalhadores, 37 responderam ao questionário de caracterização, ou seja, 90%. Havia na unidade de saúde três equipes de SF, sendo o território de cada equipe constituída por cinco microáreas.

Nós também redividimos as microáreas de uma forma que cada uma delas ficou com cinco agentes de saúde, ainda que o [nome da unidade saúde] que está com uma deficiência por conta de demissão que teve (*entrevista 11, trabalhador de saúde*).

O quadro abaixo distribui os trabalhadores de acordo com sua função na unidade de saúde e a equipe de SF à qual pertencem.

Quadro 3 – Distribuição dos trabalhadores de acordo com a função exercida e a equipe de Saúde da Família a que pertencem, Ribeirão Preto, 2008.

Pertencem à equipe de SF					
Função exercida na unidade de saúde	I	II	III	Nenhuma	Total
Agentes administrativos	--	--	--	3	3
Agentes comunitárias de saúde	3	4	5	--	12
Atendentes de consultório odontológico	1	1	--	--	2
Auxiliares de enfermagem	2	2	2	3	9
Auxiliares de farmácia	--	--	--	1	1
Auxiliares de serviços	--	--	--	3	3
Cirurgiões-dentista	1	1	--	--	2
Enfermeiros	1	1	1	--	3
Farmacêuticos	--	--	--	1	1
Médicos	1	1	1	2	5
Total	9	10	9	13	41

²Adolescentes que participam de um programa de apoio social existente no município e que desenvolvem atividades remuneradas nos serviços públicos municipais.

É possível observar o menor número de ACS na equipe de SF I, justificada pelo processo de formação da quarta equipe de SF, pelas demissões ocorridas e pela dificuldade de contratação de mais ACS. Além disso, é importante a observação de que, no período de coleta de dados, uma ACS da equipe de SF II estava trabalhando junto com a equipe de SF III. Portanto, cada equipe possuía cinco microáreas, mas a distribuição das ACS não era uniforme, ou seja, a equipe de SF estava com 3 ACS, a equipe de SF II estava com 4 ACS e a equipe de SF III estava com 5 ACS. No caso das microáreas descobertas por ACS, outras ACS dão apoio às pessoas e famílias com mais demandas ao serviço de saúde.

Então, nós estamos nessa, faltando esses quatro agentes, quatro, né, quatro agentes estão faltando repor, mas porque foi autorizado, mas não tem como contratar. [...]. E no momento, nós estamos com essa dificuldade de contratar, porque tem que ter essa criação de cargo, né? Tem uma lei federal, né? Que a contratação do agente tem que ser pelo municipal e para isso ele tem que ser é... tem que criar o cargo, abrir concurso público.... que está aí parado, né? O pessoal está tentando ver como pode criar o cargo, mas me parece que o cargo ainda não foi é... criado, né? Pela Câmara... agora é época de eleição e tudo mais, né? [...] Então, ela [a quarta equipe de SF] estaria vindo e os agentes é... só repor. Talvez, ampliaria um. Porque com 15, atualmente eu tenho 12, então, com 15, daria para eu cobrir 100%. Se eu pudesse ampliar, ter a ampliação de um, ficariam 16 agentes. E aí, cada microárea com quatro. [...] Quando a Secretaria, quando a gente tem lista de espera, eles vão chamando, mas no meu caso, a lista de espera do segundo concurso também já acabou. Então, não tem mesmo como contratar. Tem que fazer um novo concurso (*entrevista 11, trabalhador de saúde*).

A distribuição diferenciada de ACS por equipe de SF também aconteceu a partir das próprias características das áreas de abrangências.

Uma das [áreas]... que é da [nome do trabalhador de saúde], ela cresceu muito, né? Então, na época que a gente mudou para cá, que a gente veio, né? Na verdade, eram espaços vagos. Tinha assim, os lotes, mas não eram construídos. Hoje, já está todo construído, sabe? Então tem agente de saúde que está com um número muito grande de famílias. Então, a idéia é aumentar é... redividir as microáreas, criar mais microáreas, né? [...] Então, ficaria aqui, olha... apesar da área de espaço físico do [nome da unidade de saúde] ser pequeno, tem uma densidade populacional muito grande e muito carente. Aqui, então, seriam cinco microáreas. Aqui é a área da equipe três e aqui, por enquanto é da [nome do trabalhador de saúde], né? Que são famílias, melhores estruturadas. Aqui tem um condomínio... a maior parte dos pacientes tem

convênio. Então, não tem tantas, assim, demandas, às vezes você vai lá todo mundo trabalha o dia todo, você nem encontra morador. Agora a proposta é de redividir a área toda. Cada uma ficar com um número de quatro, né? Então, redividir (risos). E... estar redividindo a área toda. Isso para uma proposta para 2009, né? (*entrevista 11, trabalhador de saúde*).

Para 2009, estava prevista a formação de uma quarta equipe de SF com nova redivisão das áreas para que cada equipe ficasse com quatro microáreas e um número menor de famílias.

Então, nós estamos nessa, são três equipes agora, cinco microáreas para cada um e para o ano que vem a gente estaria é... tentando, vendo a possibilidade de ter uma quarta equipe. Aí, cada uma ficaria com quatro microáreas. [...]. Se você tiver um número de população menor para ser atendido, qualitativamente melhora, porque conhece mais essas famílias, consegue dar um cuidado melhor, né? (*entrevista 11, trabalhador de saúde*).

Além da configuração atual da unidade de saúde, a caracterização dos trabalhadores se faz igualmente importante, pois são estes sujeitos produtos e produtores da realidade e do contexto a ser estudado.

O Quadro 4, portanto, caracteriza numericamente os trabalhadores da unidade de saúde de acordo com as faixas etárias.

Quadro 4 – Distribuição dos trabalhadores da unidade de saúde investigada de acordo com a faixa etária, Ribeirão Preto, 2008.

Intervalo de idade (em anos)	Número de trabalhadores	%
De 21 a 30	8	22
De 31 a 40	9	23
De 41 a 50	15	41
De 51 a 60	4	11
De 61 a 70	1	3
Total	37	100

É possível perceber que 15 (41%) trabalhadores estavam na faixa etária de 41 a 50 anos; 9 (23%), na faixa etária de 31 a 40 anos; 8 (22%), na faixa etária de 21 a 30 anos; 4 (11%), na faixa etária de 51 a 60 anos e 1 (3%), na faixa etária

de 61 a 70 anos. Esta distribuição aponta certa “senhoridade” dos trabalhadores da unidade, ou seja, 55% dos trabalhadores apresentam mais de 41 anos, tendo certamente vivenciado outras experiências no trabalho em saúde.

Já em relação à distribuição numérica dos ACS segundo as faixas etárias, pode-se observar que 5 (42%) ACS estavam na faixa etária de 20 a 30 anos; 4 (33%), na faixa etária de 31 a 40 anos e 3 (25%) na faixa etária de 41 a 50 anos.

Quadro 5 – Distribuição dos agentes comunitários de saúde da unidade de saúde investigada de acordo com a faixa etária, Ribeirão Preto, 2008.

Intervalo de idade (em anos)	Número de ACS	%
De 21 a 30	5	42
De 31 a 40	4	33
De 41 a 50	3	25
De 51 a 60	--	--
De 61 a 70	--	--
Total	12	100

Verifica-se que o conjunto de ACS (12 ACS) que atuavam na unidade de saúde era mais jovem se comparado com os outros trabalhadores da unidade. Há, portanto, uma inversão quando comparadas as faixas etárias do quadro total de trabalhadores da unidade de saúde, no qual 41% (15 trabalhadores) estavam entre 41 e 50 anos de idade, com o quadro de ACS, no qual a maioria das ACS (75%) era mais jovem com idades entre 21 a 40 anos.

Em estudos anteriores realizados na cidade de Ribeirão Preto, também foi verificada maior concentração de ACS nas faixas mais jovens entre 30 a 49 anos de idade, demonstrando certa juventude entre os ACS (LUNARDELO, 2004; VILLA, 2004).

Os números também reafirmam dados do Ministério da Saúde na pesquisa sobre avaliação da implementação da SF realizada em dez grandes centros urbanos. Nessa pesquisa do Ministério da Saúde, observou-se que, especialmente, nos municípios de Aracaju e Palmas predomina a juventude entre os ACS, representada pelo percentual de 60% desses trabalhadores com até 30 anos de idade (BRASIL, 2005b).

A seguir, no Quadro 6 pode-se observar a distribuição numérica dos trabalhadores de acordo com o sexo.

Quadro 6 – Distribuição dos trabalhadores da unidade de saúde investigada de acordo com o sexo, Ribeirão Preto, 2008.

Sexo	Trabalhadores	%
Feminino	31	84
Masculino	6	16
Total	37	100

Nota-se que 31 (84%) trabalhadores eram do sexo feminino e 6 (16%) do sexo masculino, reafirmando a tendência presente no campo da saúde e da SF de absorver majoritariamente entre seus trabalhadores, mulheres (BRASIL, 2005b).

No Quadro 7 é possível verificar a predominância de mulheres também entre as ACS, representando 100% desta categoria profissional.

Nos estudos de Lunardelo (2004) e Villa (2004) as prevalências entre as ACS também foi de mulheres, sendo de 100% e 98,4%, respectivamente. Segundo Lunardelo (2004), não é possível desconsiderar que essas trabalhadoras, sendo mulheres, melhoraram as suas condições de vida e de suas famílias e que essa expectativa mantém-se forte, embora a participação de homens traga também outros encontros e olhares para o cuidado das pessoas e das famílias.

Esses dados também estão de acordo com a pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, na qual a maioria dos trabalhadores ACS são mulheres, representando 75,7% em Brasília e 99,5% em Camaragibe (BRASIL, 2005b).

Quadro 7 – Distribuição dos agentes comunitários de saúde da unidade de saúde investigada de acordo com o sexo, Ribeirão Preto, 2008.

Sexo	Número de ACS	%
Feminino	12	100
Masculino	--	--
Total	12	100

Neste momento, buscou-se fazer uma breve apresentação da configuração da unidade de saúde e da caracterização dos trabalhadores a fim de apresentar o cenário de investigação deste estudo.

3.4.4 A escolha da equipe de Saúde da Família

A escolha de uma única equipe de SF dentre as três existentes na unidade de saúde, deu-se pelo fato de ser uma pesquisa qualitativa a qual Gomes (2008) afirma que caminha na lógica da profundidade da análise dos dados e não na lógica de números para uma análise estatística. Depende, portanto, da competência teórica do pesquisador, da inserção na realidade e da qualidade do material escolhido (informação verbal)³. Pensando na representatividade qualitativa do material e no objeto de pesquisa que são as relações sociais estabelecidas entre os ACS e os outros trabalhadores de saúde, a seleção da equipe de SF estudada obedeceu aos seguintes critérios:

- Estar cadastrada junto ao Ministério da Saúde a mais de um ano;

³ Informação fornecida por Gomes em Assessoria para análise de dados – triangulação de dados na EERP/USP nos dias 11 e 12 de dezembro de 2008.

- Possuir todos os membros da equipe de SF e da equipe de SB;
- Ter todos os membros trabalhando a mais de um ano junto à equipe e
- Ter sido indicada pelo gerente da unidade de saúde.

De acordo com os critérios estabelecidos, a equipe escolhida para o estudo foi a equipe de SF II. No entanto, todos os outros trabalhadores da unidade de saúde estiveram envolvidos na pesquisa, uma vez que, a equipe de SF II estava diretamente inserida no processo de trabalho da unidade e se relacionava a todo instante com as outras equipes e com os outros trabalhadores.

A seguir será realizada uma breve caracterização da área da equipe de SF e dos sujeitos de pesquisa e, nos resultados e discussões, uma caracterização mais qualitativa desses sujeitos.

3.4.5 Caracterização da equipe de Saúde da Família selecionada

No momento da fase de coleta de dados, a equipe de SF II possuía 10 trabalhadores de saúde, sendo: quatro 4 ACS, uma atendente de consultório odontológico, duas auxiliares de enfermagem, um cirurgião-dentista, uma enfermeira e uma médica.

A área da equipe de SF II era caracterizada como uma região pobre, onde as pessoas adquiriram terrenos, construíram suas casas em mutirão e possuíam trabalhos mais braçais com salários mais baixos.

Tá. Olha, é uma região muito pobre, né? A região [nome do bairro] são moradores que construíram as casas em mutirão, né? Então, é... parece que eles adquiriram... como é que é? Os terrenos, né? E aí as casas, eles foram... já tinha até mais ou menos um planta definida, e eles foram construindo depois dessa forma. Então, são trabalhadores, são trabalhadores na sua grande maioria braçais, né? São pessoas que têm é... são assim, faxineiros, auxiliares de serviços, é... mecânico, carpinteiro,

pedreiro, pintor. Então assim, são pessoas ajudantes gerais, né? De modo mais amplo. Então, eles têm muitos, são trabalhadores, são moradores de... são pessoas que têm trabalhos mais pesados mesmos, né? É uma população que tem um nível salarial baixo, né? (*entrevista 6, trabalhador de saúde*).

Por outro lado, é também considerada uma região de características financeiras médias entre as três áreas, uma região mista. As pessoas possuem boa casa, carro e opções de trabalho; comem bem e podem pagar suas contas.

Porque o PSF I é uma área mais carente, é uma área mais pobre, o PSF II já é uma área média, que tem pobre, mas tem gente que você vai à casa que tem uma casa boa, que tem carro na garagem, que tem uma situação que trabalha, uma situação financeira razoável, né, e o PSF III que eu acho que é, que é o melhor em termos financeiros, né? (*entrevista 1, trabalhador de saúde*).

Já é um pouco melhor, tem gente que já tem lojinha em casa... tem gente que já costura, tem gente que já vende roupa... já vende outras coisa, sabe? O pessoal tem bastante opção, em trabalhar (*entrevista 5, ACS*).

Tem um pessoal ali naquelas casas pobres que vieram de lugar carente, né? Então, tem um pessoal assim que ainda é muito, muito pobre. Você vê que é bastante, bastante necessitado, né? Tem gente que tem família grande, né, numerosa [...]. Tem gente que assim, famílias que já são mais conscientizadas, têm seus trabalhos, pai e mãe às vezes trabalham, as crianças são mais assim. Então, tem todo tipo de educação, tem gente com famílias mais pobres, mais ou menos, então. Misto, né? Não é totalmente pobre. Mas a maioria pelo que eu vejo, dá para assim, ter uma vida meio que... comer bem, pagar suas contas direitinho. [...] Mas, no mais, aí na nossa área, mais gente mais necessitadas, poucas pessoas são muito pobres, né? A maioria tem um serviço bom, trabalham, tem suas casinhas bem feitinhas, então, não é muito assim (*entrevista 8, trabalhador de saúde*).

A área da equipe de SF II era constituída por cinco microáreas, sendo que uma estava sem ACS, porque, no período de coleta de dados, estava trabalhando junto à equipe de SF III. Portanto, duas outras ACS faziam cobertura dessa microárea.

Eu estou com mais de 250 famílias, porque eu estou cobrindo uma parte, tanto eu como a [nome da ACS], uma parte que tinha outra agente de saúde, por falta dela, essa área ficou um pouco para mim e um pouco para a [nome da ACS] (*entrevista 3, ACS*).

O total de famílias cadastradas na área de abrangência, em maio de 2008, pela equipe de SF II era de 923 famílias, representando um total de 3.725

peças. A distribuição do número de famílias cadastradas por microárea pode ser vista no quadro abaixo:

Quadro 8 – Distribuição das famílias cadastradas na equipe de Saúde da Família II de acordo com a micorárea, Ribeirão Preto, 2008.

Microárea	I	II	III	IV	V	Total
Quantidade						
Famílias	163	163	250	191	156	923
Pessoas	688	672	896	816	653	3.725

Pode-se perceber que três microáreas possuíam um número de pessoas sob a responsabilidade do ACS menor do que o número máximo de pessoas estipulado pelo Ministério da Saúde, ou seja, 750 pessoas (BRASIL, 2006b). Já as outras duas, estavam com um número mais elevado, entre 896 e 816 pessoas. Porém, como já discutido, o número de famílias e pessoas por ACS foi também definido por critérios qualitativos.

Então, eu tenho agente que teria mais famílias, tipo 160, mas que a gente sabe que tem uma condição de vida melhor. Então, as famílias são mais estruturadas, às vezes, a maior parte nem fica em casa durante o dia. E a gente tem áreas que são menos favorecidas socialmente. Então, esses, os agentes tinham, a gente tinha proposto que ficasse em 130 famílias, porque há uma demanda muito maior, né? Demanda de questões sociais, é, problemas de saúde... né? Então, assim, o agente tem que ir umas duas ou três vezes no mesmo mês (*entrevista 11, trabalhador de saúde*).

Há de se considerar também dois outros aspectos: as áreas e microáreas passaram por redivisão para a composição da quarta equipe de SF prevista para a

unidade de saúde e o número de famílias cadastradas nem sempre corresponde ao número real de famílias e pessoas as quais recorrem ao ACS, podendo a demanda ser maior se considerado o cotidiano de trabalho dos ACS e não apenas aspectos numéricos.

Neste item, a intenção foi de apresentar brevemente a equipe de SF e os sujeitos da pesquisa. Nos resultados e discussões, serão retomados alguns aspectos mais qualitativos acerca dos trabalhadores da equipe.

3.5 A análise de dados

A fase de análise compreendeu a interpretação dos dados à luz do suporte teórico, atentando para os aspectos convergentes, os divergentes e também os inusitados que surgiam do material empírico; pois é preciso um olhar crítico para que os dados sejam devidamente analisados em consonância com os objetivos do estudo e com os pressupostos da investigação.

Segundo Gomes (2003, p. 68), “a análise e a interpretação estão contidas no mesmo movimento: o de olhar atentamente para os dados da pesquisa”. Portanto, para “olharmos atentamente para os dados” obtidos na fase de coleta de dados foi utilizada neste trabalho a análise temática.

Para Minayo (2004):

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação cuja *presença* ou *freqüência* [grifos da autora] signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Ou seja, tradicionalmente, a análise temática se encaminha para a contagem de freqüência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. Ou, ao contrário, qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (p. 209).

Neste estudo, a escolha foi fazer a análise temática a partir da segunda perspectiva dada por Minayo (2004), ou seja, analisar os dados qualitativamente, buscando falas dos trabalhadores de saúde que tinham potencial para responderem às questões desta pesquisa na dimensão da articulação das ações dos ACS com as ações dos outros trabalhadores da equipe de SF e na dimensão da interação entre eles.

A análise temática parte de raízes positivistas da análise de conteúdo tradicional e por isso é bastante formal e mantém a crença na significação de regularidades. Entretanto, há variantes dessa abordagem que trabalham com os significados em vez de inferências estatísticas (MINAYO, 2008).

Assim, a escolha pela análise temática, neste estudo não priorizou operações estatísticas e índices quantitativos, mas, ao contrário, buscou construir uma análise em profundidade das falas dos trabalhadores de saúde nas entrevistas semi-estruturadas e dos comportamentos e atitudes nas observações participantes, a fim de identificar os significados, os valores, as opiniões, as crenças e as posturas dos sujeitos em relação ao objeto de pesquisa.

Para Minayo (2004) a análise temática compreende as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na etapa da pré-análise escolhe-se o material a ser analisado; retornam-se e reformulam-se, de acordo com o que foi coletado, os objetivos e as hipóteses iniciais da pesquisa; elaboram-se indicadores para orientar a interpretação final. Esta etapa pode ser decomposta em três fases: leitura flutuante, constituição do *corpus* e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos. A leitura flutuante consiste em um contato exaustivo com o material coletado, impregnando-se dele. Leituras progressivas

juntamente com as hipóteses iniciais e emergentes e teorias relacionadas ao tema farão com que se ultrapasse o caos inicial, tornando a leitura mais sugestiva.

Após a transcrição literal das 11 entrevistas semi-estruturadas, todo o material foi lido exaustivamente, inclusive os registros das 23 observações participantes, sempre reportando aos pressupostos, aos objetivos e ao suporte teórico da pesquisa. Essa fase possibilitou à pesquisadora uma contextualização geral do material, permitindo a organização das idéias mais importantes que nortearam as próximas etapas da análise.

A constituição do *corpus* é a etapa de organização do material, de tal forma que possa responder algumas normas de validade: exaustividade (que contempla todos os aspectos levantados no roteiro), representatividade (que contenha a representação do universo pretendido); homogeneidade (que obedeça a critérios precisos de escolha em termos de temas, técnicas e inter locutores); pertinência (os documentos analisados devem ser adequados ao objetivo do trabalho) (MINAYO, 2008).

O *corpus* da análise correspondeu a 11 entrevistas semi-estruturadas e 23 observações participantes. As normas de validade puderam ser contempladas na totalidade do material, sendo que as observações complementaram, reiteraram ou contradisseram os elementos identificados nas entrevistas.

A fase de formulação e reformulação de hipóteses e objetivos é feita a partir dos procedimentos exploratórios. É necessária a formulação de hipóteses iniciais, mas estas têm que ser flexíveis permitindo o surgimento de hipóteses emergentes. Nesta fase são determinados a unidade de registro, a unidade de contexto, os recortes, os conceitos teóricos mais gerais que orientaram a análise dentre outros (MINAYO, 2008).

Neste estudo, as entrevistas semi-estruturadas foram analisadas na íntegra, estabelecendo os recortes, as unidades de contextos e as unidades de registros/núcleos de sentido/idéias centrais. Os recortes foram constituídos pelos fragmentos de falas dos trabalhadores de saúde; as unidades de contextos, pela descrição dos recortes e contextualização dos núcleos de sentido e, este, por sua vez, por uma frase ou palavra que representasse a idéia mais geral do fragmento e tivesse o potencial de formar um tema. O quadro abaixo exemplifica o movimento realizado nessa fase.

Quadro 9 – Exemplo do quadro elaborado para a análise dos dados.

Núcleo de sentido	Unidade de contexto	Recortes
ACS facilita o acesso das pessoas aos serviços de saúde.	Diz que as pessoas, quando vão à unidade de saúde, procuram primeiro pelas ACS para que estas tentem resolver seus problemas. Acha isso bom, porque demonstra confiança das pessoas nas ACS.	As pessoas estão... vêm muito atrás da gente agora. Chega lá no posto... em vez deles irem procurar alguém, vêm procurar a gente para tentar resolver o problema para eles. [...] Eu acho bom. Elas confiam na gente (<i>entrevista 2, ACS</i>).

Terminada a etapa de pré-análise, parte-se para a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos que consistem em uma operação classificatória, visando alcançar os núcleos de compreensão do texto por meio de procedimentos de análises de *freqüência* ou *presença* de elementos significativos para o estudo com identificação de categorias (MINAYO, 2008).

Categorias são definidas por Minayo (2008) como

conceitos classificatórios. Constituem-se de termos carregados de significação, por meio dos quais a realidade é pensada de forma hierarquizada. Todo ser humano classifica a sociedade e os fenômenos que vivencia. O cientista o faz de maneira diferenciada: cria sistemas de categorias buscando encontrar unidade na diversidade e produzir explicações e generalizações (p. 178).

Neste trabalho, foram elaborados temas para a análise do material empírico e não se trabalhou com categorias.

Como discutido até o momento, as análises foram realizadas na perspectiva qualitativa da identificação da *presença* de elementos significativos, iluminada pelo referencial teórico da pesquisa. Portanto, as etapas de exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, apesar de obedecerem a certa contagem de frequência dos núcleos de sentido para elaboração dos temas; foram fundamentadas principalmente na busca por elementos suficientemente significativos que contemplassem os objetivos da pesquisa ou que fossem capazes de trazer à tona fatos inusitados surgidos do empírico.

Seguiu-se, então, para o agrupamento dos 22 núcleos de sentido para a formação dos temas. De acordo com Minayo (2004), tema sugere uma afirmação referente a determinado assunto, contém um conjunto de relações e pode ser graficamente representado por uma palavra, frase ou resumo.

Os núcleos de sentidos foram agrupados em quatro grandes temas: *a história da unidade de saúde e os trabalhadores da equipe de SF, o processo de trabalho da equipe de SF e os ACS na equipe de SF na perspectiva da articulação das ações e da interação dos sujeitos.*

3.6 As questões éticas da pesquisa

As questões éticas deste trabalho, feito em âmbito de saúde coletiva e envolvendo seres humanos, foram baseadas na Resolução número 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, em particular no inciso III, que dispõe dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, no inciso IV, sobre o consentimento livre e esclarecido e no inciso V sobre riscos e benefícios. Tal

resolução contempla os referenciais básicos da bioética que são: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça entre outros (BRASIL, 2006a).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da EERP/USP, sob o protocolo de número 0764/2007 (ANEXO B); autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (ANEXO A) e pelo gerente da unidade de saúde.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) foi elaborado pela pesquisadora e composto por justificativas, objetivos da pesquisa, procedimentos utilizados, responsáveis, meios para contato, liberdade do sujeito em recusar a participar sem danos ou prejuízos para o mesmo e garantia de sigilo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assegura a participação livre e voluntária dos sujeitos, mantendo o anonimato e o sigilo das informações obtidas.

Previamente, foram explicados e esclarecidos aos trabalhadores de saúde os aspectos pertinentes à pesquisa.

A questão ética é importante não só em termos de formalidades, mas principalmente por significar respeito e assegurar a autonomia dos pesquisados, os quais devem ser devidamente informados para que possam fazer as suas escolhas quanto à participação ou não na pesquisa, garantindo, assim, a democracia.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 A história da unidade de saúde e os trabalhadores da equipe de Saúde da Família

Compreendendo que a unidade de saúde e os seus trabalhadores se constituem em um processo sócio-histórico, consideramos necessário compreendê-los nessa dinamicidade para, então, empreendermos a análise considerando esse contexto onde se constroem as relações sociais que os trabalhadores estabelecem entre si e entre si e os usuários.

Para tanto, trataremos neste, item da história da unidade de saúde e dos trabalhadores da equipe de SF que compõem e constroem essa unidade de saúde.

4.1.1 História da unidade de saúde

De forma a buscar uma contextualização da unidade de saúde e de sua situação atual, resgatamos, a história da unidade de saúde a partir de informações e depoimentos dos sujeitos da pesquisa, atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde e documentos oficiais da Secretaria Municipal da Saúde. A idéia de trazer informações dos trabalhadores da unidade de saúde não foi para tomá-las como verdades, mas sim, para tentar compreender o contexto da unidade de saúde na perspectiva dos sujeitos inseridos nessa realidade. A maioria dos excertos é originária da fala de um dos sujeitos da pesquisa que acompanhou a estruturação da unidade desde o início. A opção por utilizar, neste item, falas de uma entrevista em especial, não se deu pelo fato das outras entrevistas não fornecerem elementos suficientes para isto, mas diferentemente, esta entrevista tomou uma direção mais

voltada para o histórico e para a condição atual da unidade de saúde em questão, sendo, portanto, aqui mais intensamente explorada.

A unidade de saúde selecionada para ser o cenário de investigação foi inaugurada em 20 de maio de 2000.

Essa unidade estava construída, ela já estava pronta, pintada e o mobiliário dela já estava sendo comprado, ia ser a tal da questão da eleição, no final de 2000, de 2001, né? Final de 2000. Ia ter a eleição e tinha uma pressão da população também de estar inaugurando (*entrevista 11, trabalhador de saúde*).

A inauguração dessa unidade de saúde marcou o início da implantação da SF e a mudança do modelo de saúde no município. A SF tinha sido estabelecida pela Secretaria Municipal da Saúde como prioridade para a atenção primária no ano de 2000 e organizou um cronograma para a transformação das UBS em USF. O período previsto no cronograma para o treinamento dos ACS e início do PACS e da ESF nas unidades de saúde foi de maio a dezembro de 2000. Porém, no final de 2000, por razões político-administrativas (mudança de gestão), o cronograma não havia sido contemplado, ficando as unidades de saúde em diferentes graus de evolução para a SF (RIBEIRÃO PRETO, 2000). Vale ressaltar que em ata do Conselho Municipal de Saúde do dia 17 de maio de 2001, em discussão sobre o PACS e a ESF, o município demonstrava ter o objetivo de implantá-los em 100% de seu território até o final do referido ano (RIBEIRÃO PRETO, 2001a).

Estamos em 2009, nove anos após o início da implantação da SF no município, e a porcentagem de cobertura, de acordo com dados do Ministério da Saúde, é de apenas 11,74% enquanto outras cidades brasileiras já apresentam cobertura de até 43,23% e 78,89%, Marília – SP e Florianópolis – SC, respectivamente. De fevereiro a abril de 2008, a cobertura de SF em Ribeirão Preto alcançou a porcentagem máxima de 14,79% desde sua implantação (DAB, 2009). Os dados revelam a grande dificuldade

de avanço (e o retrocesso) da SF em Ribeirão Preto por questões diversas, em especial político-administrativas.

Segundo informações da entrevista semi-estruturada, no início do funcionamento dessa unidade de saúde, a proposta foi de trabalhar dentro da lógica da ESF em um modelo similar, pois na época, havia uma situação em que os trabalhadores de saúde do município não podiam dobrar a carga horária.

Nesse período, tinha colocado de estar colocando aqui o trabalho na questão da Estratégia de Saúde da Família. Só que inicialmente, o que estava planejando era que a gente tivesse um modelo similar à Estratégia de Saúde da Família. Porque na época, eu me lembro que a gente era... não tinha... tinha uma proibição de dobrar [a carga horária] dos profissionais (risos), porque aqui, pela Saúde da Família teria que ter oito horas. E na época, estava proibido por contenção de despesa (*entrevista 11, trabalhador de saúde*).

Além disso, a própria ESF era uma novidade para os trabalhadores de saúde e para a Secretaria Municipal da Saúde. A proposta foi, então, a formação de uma equipe com um enfermeiro, um dentista, um clínico geral, um ginecologista e obstetra e um pediatra para trabalharem em uma jornada de quatro horas diárias, distribuídas no período matutino e vespertino para que a unidade ficasse coberta durante oito horas diárias. Os auxiliares de enfermagem teriam carga horária de oito horas. Treinamentos foram desenvolvidos pelo Pólo de Capacitação e Formação em Saúde da Família do Nordeste Paulista, com a participação da USP e da antiga Diretoria Regional de Saúde – DIR XVIII, atual Departamento Regional de Saúde – DRS XIII. Docentes vinculados a USP ministravam o curso introdutório da SF por meio de reuniões junto aos trabalhadores, abordando algumas temáticas, tais como: território, princípios e objetivos da estratégia de SF, relacionamentos, vínculo e SUS.

No início, a equipe de saúde fez também o exercício de discutir a ficha de cadastramento de famílias - Ficha A - do Ministério da Saúde, adaptando-a para a realidade do município. A idéia era também de que os ACS fossem completando os

dados das Fichas A conforme eles fossem realizando as VD. Isso, para direcionar o trabalho dos ACS e para que eles pudessem, assim, ir conhecendo melhor as famílias de suas microáreas.

Discutiu a ficha do Ministério, a ficha A, que era a ficha de cadastramento das famílias. A gente viu na época, que era uma ficha muito incompleta, porque tinha muito... tinha só dados básicos, que para a área nossa, aqui na realidade nossa não ia traduzir em muitas coisas, visto que as casas eram da Cohab, então todas tinham os mesmos números de cômodos, né? Então assim, é diferente talvez da realidade do Nordeste. Então, nós tentamos mudar coisas que a gente precisaria conhecer mais, o quê que o agente iria trabalhar mais. Então, nós colocamos os dados que contemplam a necessidade do Ministério da Saúde, né? Que a gente colocou até nessas fichas em negrito. E acrescentamos outras coisas que a gente precisava: era a questão da vacinação, condições com a consulta no dentista, a gente colocou já na ficha inicial até se tinha animal doméstico, tinha cão, se tinha gato, é... último óbito que teve, a gente completou com vários outros itens. A idéia era que o agente de saúde fosse completando essas fichas aos poucos, à medida que ele fosse fazendo as visitas, né? De uma forma que desse uma direcionada no trabalho deles e que ele aprendesse a conhecer bem assim as famílias, as famílias aqui da área dele (*entrevista 11, trabalhador de saúde*).

A unidade de saúde funcionou por cerca de um ano sem ser cadastrada junto ao Ministério da Saúde. Depois disso, a proposta efetivada pelo município de estruturação de equipes de SF dentro de um modelo similar (BRASIL, 1999) não foi aceita pelo Ministério da Saúde. A portaria nº 1.348/GM do Ministério da Saúde definia critérios para regulamentação do incentivo aos municípios que tivessem projetos similares ao PSF. Dentre estes critérios, obrigatoriamente o projeto deveria contar com a atuação de uma equipe com abordagem multiprofissional e inclusão de médico com função generalista (BRASIL, 1999). Além deste aspecto, apesar da unidade trabalhar na lógica da SF, não se atendia à obrigatoriedade dos profissionais cumprirem uma jornada de trabalho de oito horas diárias.

Para se adequarem a ESF, os trabalhadores tiveram que fazer a opção de trabalharem oito horas por dia e formarem uma equipe de SF ou de não permanecerem na unidade. Ainda assim, alguns especialistas foram mantidos, trabalhando quatro horas diárias e formando uma equipe de referência para as

equipes de SF no sentido de auxiliarem nos atendimentos dos médicos até que estes fossem treinados pela Secretaria Municipal da Saúde. As especialidades que permaneceram foram na área de pediatria e ginecologia. A carga horária das enfermeiras que passaram pela seleção da Divisão de Enfermagem da Secretaria Municipal da Saúde foi também dobrada, de 4 para 8 horas.

Depois, aí teve a inauguração da unidade e nós trabalhamos assim, a gente ficou um ano sem estar, é... sem ter... cadastrado pelo Ministério da Saúde, né? Foi, o documento voltou, aí ficamos aí, aguardando o parecer do Ministério. Por fim o Ministério não aceitou, porque ele colocou que para trabalhar dentro da Estratégia [de Saúde da Família], você teria obrigatoriamente que ter carga horária de oito horas (*entrevista 11, trabalhador de saúde*).

Pelo que se depreende das narrativas, verifica-se que a estruturação da unidade de saúde dentro da lógica da SF encontrou obstáculos para sua implantação junto ao Ministério da Saúde, decorrente da estruturação pelo município fora do estabelecido pela legislação presente na época (BRASIL, 1999).

Em 2001, foram habilitadas e qualificadas duas equipes de SF e cada uma poderia ter, de acordo com o Ministério da Saúde, um máximo de seis ACS.

Quando feita a contagem das famílias da área da unidade de saúde, verificou-se a necessidade de 16 ACS para uma cobertura total ideal do território. Com duas equipes foi possível vincular doze ACS e outros três se referenciavam à gerente, que era enfermeira, formando, então, um “mini PACS”. A área coberta pelo PACS era atendida pelos médicos que não estavam inseridos nas equipes de SF. Em 2007, foi formada a terceira equipe de SF, havendo a redivisão da área entre as três equipes e entre os 15 ACS.

É, quando a gente dividiu a área, pegamos o mapa e fomos contando as famílias, tudo, a gente viu, para cobrir com os agentes comunitários todas as áreas da unidade, a gente precisava ter 16 agentes comunitários de saúde. Aí, cada um ficaria em torno de 160 famílias. [...] Então, a proposta era essa. Então, como dentro, aí depois houve, né? O credenciamento dessas duas equipes de PSF pelo Ministério, lá em 2001. Então, no máximo que uma equipe poderia ficar eram seis agentes, né? O máximo eram seis

agentes. Então, seis e seis, doze, os outros três, né? Ficaram fora, entendeu? Ficou com três microáreas aí, que ficou com agente, mas ele não podia fazer parte da equipe. Então, aí, eu acabei ficando como sendo uma enfermeira de um mini PACS, né? Com três agentes de saúde, porque eles se reportavam a mim. E essa população dessas três microáreas ficavam com os médicos que não eram os médicos do PSF. [...] E em 2007, veio então, a proposta de colocar o terceiro médico para montar a terceira equipe, né? *(entrevista 11, trabalhador de saúde)*.

A divisão de famílias entre os ACS seguiu os critérios de quantidade e também de qualidade das condições de vida das pessoas e das famílias. ACS com número maior de famílias acompanhavam famílias melhor estruturadas no sentido de, muitas vezes, não estarem em casa durante o dia porque trabalhavam ou apresentavam melhores condições de vida. ACS com menor número de famílias tinham microáreas com famílias menos favorecidas socialmente, com mais problemas de saúde e sociais e que demandavam mais de uma VD por mês do ACS.

Em relação à contratação inicial dos ACS, esta aconteceu em maio de 2000, começando com treinamentos prévios do gerente e trabalhadores da unidade de saúde envolvida no processo de implantação da SF. O gerente e sua equipe iniciavam conversações junto aos representantes de bairro que podiam ser representantes de associação de moradores, diretores de escola ou creches, entre outros; para a divulgação do processo de inscrição, seleção e contratação dos ACS (RIBEIRÃO PRETO, 2000, 2001b).

Discussões foram feitas na Secretaria Municipal da Saúde e, posteriormente, reuniões, com o presidente da Associação de Moradores do Bairro.

Então, assim, eu vim em várias reuniões à noite aqui com o presidente da Associação. A gente colocou alguns critérios, né? Que a gente discutiu, isso lá na Secretaria, que seria a questão de ser maior de 18 anos, a pessoa ser uma pessoa idônea, ter bons hábitos, né? Bons hábitos, que a gente diz assim, não fumar... não beber, né? Que a gente explicou aqui para o pessoal da Associação é... e ter disponibilidade de oito horas durante o dia, né? É... então, essas pessoas foram indicadas... ah, e saber ler e escrever. Na época, a gente nem colocou primeiro grau, oitava série, nada. A gente colocou que precisaria saber ler e escrever, né? Que o treinamento seria dado em serviço. É... então, nós pedimos para os líderes da comunidade que dessem uma relação de pessoas interessadas no trabalho. Explicamos também, na época, o que seria o papel do agente, né? Seria um morador

que seria treinado pela Secretaria da Saúde, fazer visitas, né? Tratar de algumas coisas, orientar, né? Sobre as doenças e tal (*entrevista 11, trabalhador de saúde*).

A discussão que foi desencadeada junto a essa instância da comunidade parece que visava explicitar os critérios para a contratação dos ACS previstos pelo Ministério da Saúde, abrindo a possibilidade de um processo mais participativo. O presidente da Associação de Moradores do Bairro fez, então, uma lista com nomes de pessoas para indicação ao cargo. Não foi explicitado na entrevista quais os demais critérios utilizados para a confecção desta listagem.

A contratação foi realizada de modo terceirizado, ou seja, por meio de uma instituição filantrópica, com a qual o ACS manteria vínculo empregatício.

Esse tipo de contratação não seguiria os parâmetros de seleção ou concursos públicos, uma vez que um dos pré-requisitos era de que o ACS fosse um morador da área de abrangência para que tivesse vínculo com a comunidade, trabalhando para melhorá-la; sendo também moradores da área, seus familiares e amigos.

Também teve a contratação do agente, né? Os agentes de saúde também foram selecionados, né? [...] E conseguiu ser contratado através de um convênio com uma empresa... foi terceirizado, né? [...] Como é até hoje, contratados através de um convênio é... com a Santa Casa [...]. Aí, eles [líderes da comunidade] fizeram uma lista de... acho que era umas 20, uns 25 nomes lá [...]. Um dos pré-requisitos que é... no início, a gente pensou muito é que ele fosse morador da área de abrangência. Se você abre um concurso público, uma pessoa de outra cidade pode estar vindo, é, prestar o concurso. E o grande interesse é que o agente seja morador da área de abrangência da unidade de saúde e que ele tenha vínculo com essa comunidade e que o principal é que ele queira melhorar essa comunidade. Até porque ele mora aqui, porque a família dele está aqui, os amigos dele estão aqui (*entrevista 11, trabalhador de saúde*).

Os ACS foram contratados no município por meio de convênio/contrato com a instituição filantrópica Santa Casa de Misericórdia em regime de trabalho pela CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas) e recursos financeiros provenientes do município (RIBEIRÃO PRETO, 2000, 2001b).

Segundo o Ministério da Saúde, especificidades da atuação do ACS requerem formas de contratação que resguardem sua identidade e as formas de se relacionar com a comunidade (NEVES; ARAÚJO, 2000). No entanto, é preciso se pensar em vínculos trabalhistas que protejam os direitos dos trabalhadores ACS, como de qualquer outro profissional da equipe de SF, sem precarização dos vínculos empregatícios e das condições de trabalho.

Se a opção de contratação de trabalhadores da SF, em especial os ACS, por meio de convênios/contratos com instituições filantrópicas ou outros tipos de organizações pôde atender a administração financeira dos encargos com os trabalhadores, possibilitando contratação em regime celetista, protegendo o profissional e flexibilizando e agilizando a contratação e a substituição de trabalhadores, por um lado mais negativo, as regras ficaram diferenciadas para profissionais que trabalham em um mesmo espaço. São identificadas, por exemplo, diferenças nos salários, na carga horária, nos benefícios sociais e na estabilidade de emprego. Por isso, as várias modalidades de gerência dos recursos humanos da SF tornaram-se também um desafio para o SUS (BRASIL, 2005b).

O modo de contratação dos ACS por meio de uma instituição filantrópica era a situação vigente até o momento da coleta de dados desta pesquisa. Os ACS de Ribeirão Preto também estavam em processo de discussão sobre seu vínculo trabalhista junto à Prefeitura Municipal, reivindicando a criação do cargo de ACS. A discussão sobre a contratação e vinculação trabalhista dos ACS não será aqui aprofundada por não se constituir um objetivo deste estudo, porém, estamos cientes de que discussões nessa área precisam acontecer por meio de outras pesquisas científicas e de espaços de participação de trabalhadores de saúde e cidadãos, para contribuírem na elaboração das políticas públicas de saúde.

Em um estudo sobre a qualidade de vida dos ACS que atuam junto à equipe de SF, Montanari, Neves e Figueiredo (2008) identificaram que em relação à dimensão de oportunidade de crescimento e segurança no trabalho, a maior parte dos trabalhadores estava insatisfeita, sendo o menor índice de satisfação registrado entre todos os outros quesitos avaliados no estudo. Essa dimensão diz respeito aos aspectos de carreira, desenvolvimento pessoal, estabilidade no emprego e dificuldades enfrentadas, em especial quanto à educação formal, para o crescimento do trabalhador. Interpretam que essa insatisfação dos ACS está relacionada com a política de recursos humanos e o estilo de gestão. Sugerem elaboração de estratégias organizacionais que possam promover melhores condições de trabalho para os ACS.

Quanto ao treinamento/orientação dos ACS, o processo de introdução para o trabalho aconteceu por meio de um curso introdutório, cuja duração era de uma semana. Os assuntos tratados eram sobre SUS, trabalho em equipe, ética em saúde e trabalho dos ACS. Esse curso introdutório seguia a estrutura definida pelo Pólo de Capacitação para Recursos Humanos em Saúde da Família e era realizado preferencialmente no próprio bairro, com a participação de trabalhadores da unidade de saúde, coordenadores dos programas da Secretaria Municipal da Saúde e outros. As atividades do curso eram coordenadas e supervisionadas por trabalhadores do Programa de Educação Continuada – PEC - da Secretaria Municipal da Saúde que tinham sido capacitados pelo Pólo para serem multiplicadores. Algumas equipes de ACS também foram treinadas diretamente pelo Pólo de Capacitação (RIBEIRÃO PRETO, 2000, 2001b).

Aí, nós fizemos esse grupo de médicos, enfermeiros que vinham, e dentista, na época já tinha uma dentista. É... nós fizemos então, uma, assim, uma orientação, né? Para os agentes de saúde é... sobre o quê que era saúde, o quê que eles consideravam saúde, o quê que a gente considera, é

considerado como saúde, é... o quê que é o posto de saúde, qual o papel dos profissionais de saúde, o que seria que a gente estava esperando para eles, né? O quê que eles estariam fazendo, é... então, todos participaram desse treinamento de... foi uma semana de 40 horas. Então, depois nós fizemos uns testes, né? Para eles, para estar classificando. Então, nós fizemos vários trabalhos de grupo para trabalhar a questão do preconceito, para trabalhar a questão de... várias coisas, né? Alguns mitos que o pessoal tem... então, nós fizemos dentro desse treinamento essa discussão, relacionamento, questão da comunicação. Aí, depois, nós fizemos uma provinha para fazer uma classificação. E a proposta aqui foi de estar chamando os 16 agentes de saúde. Então, esses 16 seriam depois dado o treinamento durante ao longo do tempo que eles estivessem com a gente, né? *(entrevista 11, trabalhador de saúde)*.

De acordo com relatos dos sujeitos da pesquisa, no início os ACS faziam VD com os outros trabalhadores de saúde e orientavam sobre o funcionamento da unidade e o agendamento de consultas. Além disso, aprenderam a ver a carteira de vacinação, no sentido apenas de verificarem vacinas em atraso que tivessem as datas marcadas a lápis, orientando as pessoas a atualizarem suas vacinas procurando a unidade de saúde. Os ACS foram também orientados a levarem as dúvidas para os outros trabalhadores de saúde. Além dos ACS, os outros trabalhadores também foram adquirindo experiência ao longo do tempo e fazendo treinamentos oferecidos pela Secretaria Municipal da Saúde sobre vigilância sanitária, hipertensão, ginecologia etc.

A idéia neste subitem foi trazer sucintamente um pouco da história da unidade de saúde, caracterizando o cenário de investigação e contextualizando-o em um processo histórico e social de conformação da ESF em Ribeirão Preto - SP. Pensando nos sujeitos desta pesquisa como trabalhadores de saúde inseridos nesse processo e como pessoas que têm seus próprios modos de andar a vida, a seguir será feita uma breve caracterização qualitativa dos sujeitos.

4.1.2 Apresentando os sujeitos da pesquisa: os trabalhadores da equipe de Saúde da Família

Os sujeitos da pesquisa são, antes de tudo, trabalhadores de saúde e pessoas com projetos de felicidade que buscam em seu modo de andar a vida a satisfação de seus desejos de ser e existir no mundo.

Como já apontado, a unidade de saúde foi constituída em um contexto de mudanças no município, mas também, de mudanças nas diretrizes políticas nacionais, com a configuração da SF como uma estratégia de reestruturação da AB. Nessa conjuntura, os trabalhadores da unidade foram conformando *modos de estar e de ser sujeito* nos processos aí presentes. Assim, a intenção é a de apresentar estes sujeitos e contextualizá-los a partir de breves histórias de suas vidas e de seus motivos por trabalharem na SF.

Levando-se em consideração que a inserção dos trabalhadores de saúde no contexto de trabalho da equipe de SF em questão, faz parte de um processo histórico e social, primeiramente foram selecionadas algumas das histórias contadas pelos sujeitos da pesquisa para compreendermos um pouco das visões de mundo e da trajetória de vida desses trabalhadores que são, em sua maioria, mulheres.

A [nome da ACS] é uma mulher, assim, um pouco forte, mas ao mesmo tempo ela é um pouco carente. Ela foi uma menina que perdeu a mãe aos 28 dias e veio criada, depois de um ano perdeu o pai, fui criada por um irmão de 17 anos na época em que a minha mãe morreu, ele ficou com nove irmãos, onde eu vivi até os 14 anos perto dele, depois disso, aos 14 anos eu fui embora para São Paulo trabalhar de doméstica. Para ganhar mais. Fiquei durante 16 anos em São Paulo, voltei para Ribeirão Preto, já casada, onde meu casamento durou 20 anos, depois me separei, hoje eu estou com um novo namorado, tenho duas filhas. [...] Perdi três irmãos. [...] Eu além de trabalhar no posto, eu trabalho de diarista dia de sábado e vou à igreja, agora, recentemente, agora eu estou... Comecei um curso onde a gente vai aprender a orar para poder buscar mais ajuda, porque às vezes, nem sempre tem oração que você não dá conta. Então... essas são as minhas atividades. Costumo ir pelo menos uma vez por semana para a casa do meu namorado... uma vez por semana não, uma vez por mês, porque ele não mora aqui em Ribeirão Preto (*entrevista 3, ACS*).

Tenho dois filhos, um de 15 e um de 17. [...] São duas pessoas totalmente diferentes os dois, né? Um é agitado, o outro é calmo. Os dois são extremamente inteligentes, né? [...]. Eu basicamente vivo em função deles, né? Tenho minha mãe ainda, viva, tenho mais três irmãos, duas irmãs e um irmão. Sou a mais velha. Para eu chegar até aqui, foi um... difícil, eu perdi meu pai muito cedo, eu tinha 11 anos. Então, tive que sair trabalhar, 11

anos eu estava trabalhando, né? [...] Eu... eu estudava quando dava, porque era muito difícil você ter que trabalhar e ter que estudar à noite, nem sempre é fácil. Então, eu fui, terminei até a oitava série e isso assim, com... muita ajuda da própria escola, que muitas vezes a gente desanimava, a diretora ia lá... batia um papo com a gente "Não, volta... a gente...". Às vezes estava devendo horas assim, de montão, ela punha a gente para trabalhar na escola com os alunos menores de manhã para compensar hora... porque ela sabia assim que a gente tinha média, né? Média assim, nota sempre teve, mas estourava em falta pela própria condição, cansaço, tudo mais. E assim eu terminei (*entrevista 9, trabalhador de saúde*).

Como já destacado, há predominância de mulheres entre os trabalhadores da unidade de saúde e isso se repete para a composição da equipe de SF selecionada, correspondendo a um total de nove mulheres em uma equipe de dez membros, portanto, 90% dos trabalhadores são do sexo feminino. Por isso, a característica de serem mães, esposas e namoradas estava muito presente nas falas dessas trabalhadoras.

Elas são mulheres que convivem com as vantagens e também com as dificuldades de uma dupla ou até tripla jornada de trabalho entre o trabalho fora de casa e as atividades do lar, tais como, cuidar dos filhos, da casa e da família.

Tenho dois filhos, marido... tenho minha mãe e meu pai... que me ajudam muito, moro lá no [nome do bairro] e... (silêncio). [...] No momento ele [o marido] está sem trabalhar. [...] A gente vive bem simples mesmo, normal. [...] O [filho] pequeno fica na creche o dia inteiro e o mais velho fica com a minha mãe de manhã e à tarde vai à escola. [...] Eu deixo ele na creche, venho trabalhar, aí, na hora que eu saio, eu busco ele. [...] Aí, eu entro um pouquinho mais cedo para sair um pouquinho mais cedo para dar tempo de pegar ele. [...] Faço só o serviço de casa mesmo. Já é muito exercício (risos), nem tenho tempo também de fazer exercícios [físicos], de fazer, sair, fazer essas coisas por causa das crianças, né? Não tem com quem deixar as crianças (*entrevista 4, ACS*).

Tenho duas filhas: de 12 e de 16. [...] Então eu saio da unidade e continuo trabalhando... (risos). Continuo trabalhando, né, quando tem que levar no inglês, tem que buscar, tem que fazer isso, ir ao supermercado, então... minha vida é muito corrida [...]. Geralmente eu não... eu chego em casa e tem que fazer, sempre tem alguma coisa para fazer, né? É cansativo. É meio... só... e não tenho parente nenhum aqui. [...] Está só eu mesmo e as meninas, né? Então... às vezes, fica bem cansativo mesmo (*entrevista 1, trabalhador de saúde*).

Então, eu vejo muita dificuldade, como eu sinto falta do tempo, tempo e disposição para estar conversando com os filhos. Sentar, reunir, brincar. Eu tento na medida do possível. Que eu estou de folga, estou com eles, a gente sai, a gente conversa, distrai um pouco, né? [...] E tentar ser o mais presente possível, na medida em que a gente pode dar aquele amor, aquele carinho

para os filhos para eles entenderem que apesar da mãe não estar muito presente, a mãe se importa muito, né? *(entrevista 8, trabalhador de saúde)*.

Além do trabalho na unidade de saúde e das atividades do lar, essas trabalhadoras também parecem procurar participar de outras atividades que também lhes sejam prazerosas como, por exemplo, lazer, artesanatos e práticas religiosas.

Gosto de ir ao clube, final de semana; saio todo dia (risos) à noite, menos de segunda que meu namorado joga bola, mas nós saímos todo dia (risos) *(entrevista 2, ACS)*.

Porque você tem a correria do dia-a-dia, né? Aqui a gente trabalha, faço o trabalho é... oito horas que a gente faz como trabalho e fora a vida normal, né? De dona de casa, de sair, de fazer as compras, de estudar algumas coisas, fazer uns cursos é... ligados mais à área de artesanato, que eu gosto muito, que é bem diferente das coisas que eu (risos), que a gente vê aqui no dia-a-dia, eu gosto de me ocupar com coisas diferentes até do que a gente faz aqui no dia-a-dia para relaxar, fazer outras coisas, né? *(entrevista 11, trabalhador de saúde)*.

Vou à igreja, gosto de participar de tudo, bastante coisa assim, tudo que tem dentro da igreja eu participo, tanto na comunidade também... eu tento participar de tudo *(entrevista 5, ACS)*.

As opções de escolha para trabalharem na unidade de saúde e na SF partiram de diferentes expectativas, necessidades e visões de mundo dos trabalhadores de saúde. O trabalhar na SF representava uma possibilidade de ajuda, de emprego ou de estarem mais próximas de suas casas e de seus filhos.

Esses dados estão de acordo com os do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b) em que os motivos de escolha pelo trabalho na SF são apontados como sendo: estar empregado para os ACS e mercado de trabalho promissor para trabalhadores de nível universitário. Além disso, aparece também a possibilidade de trabalhar com comunidades pobres (caráter de ajuda) ou de compartilhar com a idéia da SF enquanto reorganizadora da atenção à saúde.

O aspecto do trabalho da SF como possibilidade de ajudar as pessoas pode ser visto na fala abaixo.

A minha decisão... foi assim, quando me chamaram para trabalhar, eu falei "Gente, o quê que eu vou fazer nesse serviço? Porque eu tenho poucos

estudos”, então eu falei “Eu não sei nada, eu não entendo nada sobre esse trabalho”, mas aceitei. No momento que eles passaram para nós como que funcionava o Programa de Saúde da Família, eu achei um projeto muito bonito, eu achei “Bom, minha oportunidade está aí! Eu posso ajudar muita gente para o que quiser”, então eu encarei, eu fui de cabeça, sabe? Eu entrei de corpo e alma, com garra, com vontade. E de lá para cá eu venho fazendo muitas coisas, sabe? Eu venho ajudando o máximo que eu posso, faço o que posso e o que não posso... é assim, eu faço com carinho, com amor, tenho muito amor pelas famílias da minha área, como das outras áreas também, acabo me apegando com todos (*entrevista 3, ACS*).

A possibilidade de associar o trabalho com o fato de estarem mais próximas de casa e de seus filhos é muito evidente nas narrativas das ACS e das outras trabalhadoras da equipe de saúde. Talvez isso aconteça, porque trabalham fora, mas ainda há fortemente arraigado na sociedade, o papel das mulheres de cuidarem da casa e dos filhos.

Mas aí assim, eu tinha um horário mais estabelecido, para os meninos [os filhos] era melhor para criar uma rotina para eles, para eles saberem quando a mãe estava em casa, quando eles podiam contar com a mãe, coisa que antes eles não podiam. Então, para eles foi muito bom. Então, a minha escolha foi mais em função dos meus filhos mesmo, o bem-estar deles. E foi bom. Mas eu também acabei me adaptando, gostando da prefeitura, Saúde Pública também tem muita coisa para oferecer, né? Basta a gente olhar de maneira certa, né? (*entrevista 9, trabalhador de saúde*).

Às vezes, eu trabalhava 12 horas, estava muito desgastante para mim, eu queria ficar mais ligth e um serviço assim que ficasse perto do meu filho, que nossa! Eu ficava muito longe dele, eu passava o dia inteirinho sem ver ele e às vezes, via à noite dormindo ainda. Nossa! Para mim isso era muito difícil. Aí, eu me inscrevi com essa intenção, entendeu, de ter ele mais perto (*entrevista 5, ACS*).

O trabalho na SF como possibilidade de emprego aparece mais entre as ACS, assim também como apresentado em uma pesquisa do Ministério da Saúde em que em Vitória, Aracajú, Manaus e Brasília, a maioria das ACS escolheu a SF para trabalhar por representar uma possibilidade de emprego. Vale ressaltar o fato de que na política social da década de 90, a formulação de programas, incluía também a potencialidade destes gerarem emprego e renda (BRASIL, 2005b). A SF, portanto, inserida nesse contexto, foi também influenciada por essa característica.

la abrir o posto de saúde e precisava de agente, né, aí o... presidente de bairro... ele que bateu, assim, nas casas... ele veio bater aqui na minha

porta, falando se eu queria fazer a prova para trabalhar lá, falei assim “Ah, eu vou”, aí eu passei. [...] Fazia só bico. Eu estava olhando... eu era babá na época, aqui na rua mesmo, aí eu saí de lá para entrar no posto (*entrevista 2, ACS*).

Oh, quando eu comecei eu estava sem serviço nenhum. Aí, de repente apareceu o presidente de bairro, né? Porque ele estava procurando pessoas para vim fazer o cursinho lá para poder trabalhar no posto que ia inaugurar. [...] Aí, eu peguei, como eu estava sem serviço, eu peguei e fui para trabalhar. Tinha uma criança pequenininha, né? Já me ajudou bastante (*entrevista 4, ACS*).

Entre os motivos de escolha de trabalhar na SF está também o fato dos trabalhadores compartilharem da idéia da SF enquanto reorganizadora da atenção à saúde.

Aí teve a proposta do PSF, né, na época não cogitaram nem assim, plantão... era PSF ou nada, bem assim, né, mas... aí... eu me entusiasmei, eu achei que ia ser bom para mim, que ia ser legal, né. Gosto do conceito mesmo do PSF (*entrevista 1, trabalhador de saúde*).

Então, o primeiro processo seletivo que teve para a Saúde da Família, eu prestei, porque em 2002, eu já tinha feito especialização na Saúde da Família e... eu pensei “É a forma que eu tenho agora de trabalhar numa coisa que... eu vou ver como é que vai ser, né? É uma coisa que eu gosto”. Eu... quando um dia, eu pensei em fazer Saúde Pública, quando eu ainda estava no cursinho, é... era alguma coisa parecida com o que eu faço hoje, né? Era um trabalho mais próximo da população mesmo, que um dia eu tinha idealizado. Então, eu prestei o processo pensando nisso, falei “De repente eu vou voltar para aquilo que um dia eu pensei em fazer”. E fui, prestei e passei em primeiro lugar naquele grupo, nesse processo seletivo (*entrevista 6, trabalhador de saúde*).

É interessante verificar que a SF enquanto estratégia para reorganizar o cuidado à saúde, mesmo frente às limitações para ser estratégia prioritária e fortalecida, faz-se presente além do teórico dado pelas políticas macroestruturais e está em um ideal de trabalho compartilhado por trabalhadores de saúde onde as práticas acontecem.

Essa breve apresentação dos sujeitos não teve a intenção de esgotar todos os elementos que co-existem e influenciam as relações sociais estabelecidas entre os trabalhadores no âmbito da equipe de SF. Todavia, fez-se importante para entendermos que os sujeitos da pesquisa são pessoas que falam a partir de um determinado lugar que ocupam no mundo e no trabalho. Assim, as visões de mundo,

os planos de vida e as necessidades e expectativas frente ao trabalho que realizam são diferentes. A tentativa de compreendê-los somente na perspectiva numérica seria um equívoco para este estudo.

É possível perceber que os trabalhadores dessa equipe de SF são, em especial, mulheres e estão sujeitas a todos os conflitos, sofrimentos e angústias das longas jornadas de trabalho pela diversidade das atividades profissionais e domésticas e das limitações enfrentadas pela condição feminina no mundo do trabalho e no mundo das relações sociais. Todavia, não se pode desconsiderar a presença de um trabalhador do sexo masculino na equipe, o qual também compartilha dos conflitos, sofrimentos e angústias desse espaço de trabalho. Por isso, entendemos que os sujeitos de nossa pesquisa são trabalhadores de saúde em geral, que desejam ser e existir no mundo cada qual em sua singularidade. São trabalhadores e pessoas que aspiram por bons resultados em seus projetos de felicidade. Felicidade que se deseja na vida. Felicidade que se deseja no trabalho.

4.2 O processo de trabalho da equipe de Saúde da Família

Para que nos encaminhássemos para a discussão sobre as relações sociais estabelecidas entre os ACS e os outros trabalhadores, julgamos também necessário conhecer melhor o modo de *pensar* e *fazer* as práticas de cuidado da equipe de SF. Isso na perspectiva de que o processo de trabalho se compõe pelo trabalho desenvolvido por cada um dos trabalhadores articulado ao conjunto da equipe de saúde. Portanto, a intenção não é de se chegar a um modo de pensar e fazer que seja único, mas sim, aproximar-nos da diversidade dos modos de se cuidar na equipe de SF, o que pode influenciar as relações sociais estabelecidas entre os trabalhadores.

Duas principais dimensões orientaram a análise do processo de trabalho da equipe de SF: *práticas que reiteram o modelo tradicional de saúde e práticas potenciais para mudanças nos modos de se cuidar*.

4.2.1 O processo de trabalho da equipe de Saúde da Família: práticas que reiteram o modelo tradicional de saúde

Na primeira dimensão do processo de trabalho da equipe de SF, ou seja, como práticas que reiteram o modelo tradicional, estas aparecem nas narrativas dos trabalhadores quando eles se referem ao trabalho em saúde centrado exclusivamente na figura do médico.

Ah, a unidade, é uma unidade muito boa. O pessoal médico muito bem, o pessoal atende, o pessoal... aqui o nível é muito bom, perto das unidades que eu trabalhei aqui é muito bom. [...] Tanto na forma de atendimento, os médicos são bons, os médicos é... pessoal que não liga se chegar pessoas, às vezes chega fora de hora, eles atendem. [...] Isso aí é muito importante, tira aquele medo que os gerentes têm de acontecer alguma coisa e o médico não querer atender, entendeu? Então, isso aí é... o nível médico é muito bom (*entrevista 10, trabalhador de saúde*).

Então eu procuro ajudar todo mundo. Igual essa situação da doutora estar de férias, não ter outro [médico] no lugar, esse negócio de triar a pessoa, ver, a gente fica sentido de não poder, poderia ter uma outra pessoa no lugar para atender para... (tosse) para estar ajudando, mas são situações que às vezes você não tem o que fazer, você fica de mãos atadas [...]. Eu só gostaria assim que tivesse médicos disponíveis, que quando as pessoas precisarem realmente, a gente poder falar "Não, o médico vai te atender" (*entrevista 8, trabalhador de saúde*).

Nessa dimensão, as práticas de cuidado se fazem centradas no modelo biomédico e, além da centralidade na figura do médico, há a valorização dos atendimentos dentro da unidade, da consulta especializada e dos procedimentos técnicos.

O objetivo eu acho que é esse, né? É melhorar o trabalho... [...] Na saúde em geral, né, porque realmente a gente, por mais que a gente esteja trabalhando ainda está precário ainda. Você vê? Você esperar uma vaga longe do jeito que está... está bom, mas está precária ainda... dá para melhorar (*entrevista 3, ACS*).

O dente quebra, fica fraco, a pessoa acaba tendo que extrair o dente. E eles não têm condições de pagar um canal. Eu acho que eles deveriam investir mais nessa parte (silêncio) (*entrevista 7, trabalhador de saúde*).

Bom, o meu trabalho aqui na unidade é atender, é atender, é... tenho uma agenda que eu tenho que cumprir, né? Onde eu atendo oito pacientes, cinco agendados e três eventuais, seriam pacientes que estão com dor, né? (*entrevista 10, trabalhador de saúde*).

Só que ele [o dentista] também não queria, tipo assim, fazer visita... nada. Ele queria, tipo assim, resolver o negócio dele lá no posto mesmo. [...] Ele fala que a pessoa que tem que ir lá no dentista, não ele nas casas dos outros (*entrevista 4, ACS*).

Considerando estritamente a dimensão biológica e o caráter curativo das práticas de cuidado, a saúde parece relacionada exclusivamente à presença ou à ausência de uma doença com manifestações clínicas bem delimitadas e isso pode levar também à fragmentação do cuidado.

De acordo com Capra (1993), a biologia e a medicina caminharam juntas no decorrer da história da ciência ocidental, sendo a medicina fortemente dominada pelo caráter mecanicista da vida estabelecido pela biologia. As atitudes e os pensamentos dos médicos, sob as influências do paradigma cartesiano, resultaram no modelo biomédico que é a base conceitual da moderna medicina científica e que domina, até hoje, as práticas de cuidado de muitos trabalhadores de saúde. Neste modelo, o corpo humano é considerado como uma máquina passível de ser analisada por meio de suas peças e, a doença, o mau funcionamento desse mecanismo biológico estudado somente a partir da biologia celular e molecular. Assim, o papel do médico seria a intervenção física ou química com a finalidade de “consertar” o defeito específico de uma parte da “máquina”.

Reduzir o corpo a partes cada vez menores e, a saúde, a um funcionamento mecânico, leva à desconsideração da pessoa em seus aspectos humanos da vida e à perda de ocupar-se com a cura; a qual não pode ser entendida em termos reducionistas, porque envolve toda a complexidade de uma interação

entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais. A postura de não se ocupar mais com a cura é vista pelo autor como “a mais séria deficiência da abordagem biomédica”. Reincorporar a noção de cura às práticas médicas requer que a medicina transcenda a concepção de saúde e doença e amplie sua base conceitual para torna-se mais coerente com as conquistas da ciência moderna (CAPRA, 1993, p. 116).

Nesse sentido, a finalidade do trabalho pode se voltar para o *cuidar da doença* ao invés do *cuidar da pessoa*, relacionando a atenção à saúde apenas aos aspectos físicos e biológicos, tais como, o alívio da dor.

Nos relatos, aparece o trabalho do médico e da enfermagem nos domicílios como sendo importantes, mas a presença da equipe de SB parece ser vista como desnecessária, não acrescentando outros benefícios à VD quando não há uma necessidade relacionada diretamente com questões odontológicas.

Agora, o médico da família eu vejo que tem diferença, que o médico de família, ele vai, tal, tal, não sei o que, atende lá os acamados, a enfermagem vai [...]. Geralmente, a pessoa está doente na casa, quando a pessoa vai lá visitar, como é que você fala de odontologia para a pessoa que já está doente? Ah! O cara está pensando em se curar da doença, não pensar em boca, doer dente, essas coisas. Então por isso eu acho que é ir e perder a viagem. Eu acho que é mais uma pessoa dentro da casa, dentro da casa lá, que não é urgente. Eu acho que é uma coisa que eu não... eu acho que não tem nada a ver, assim, eu acho que não vai trazer bem nenhum para a pessoa (*entrevista 10, trabalhador de saúde*).

A fala acima parece reafirmar a atenção à saúde de forma fragmentada e voltada para os aspectos exclusivamente da doença. No entanto, a própria crítica a essa prática aparece nas falas dos trabalhadores da equipe.

Eu acho assim. Eles [a equipe de SB] acabam ficando na unidade... com uma parte do corpo, sabe? Então, eles olham para a boca. O resto, eles não querem saber, né? Então infelizmente, eu acho que é isso que ainda existe, né? O dentista, ele não se envolve, né? Conosco, né? Na questão, por exemplo, do acolhimento. Então, os outros problemas clínicos não é problema dele. Ele tem que ver o dente cariado, acabou, acabou. Pronto. Né? Ele não quer, ele não se mistura. Então, eu sinto que isso é uma falha, eu não sei se na formação dele, né? Ou se... é uma falha na própria

organização do serviço. Então, eu não sei, eu sinto que é um pouco isso (*entrevista 6, trabalhador de saúde*).

Ele [o dentista] não gosta, ele falou que se for para dar... é... como que eu posso explicar... é... atendimento de saúde, ele não precisa sair para a rua, ele dá lá no consultório mesmo. Mas eu acho que não, ele tinha que sair para a rua [...]. Eu acho que ia incentivar mais as pessoas a escovarem os dentes, cuidado... dos dentistas olhando na boca, na casa. [...] Já foi assim. [...] A outra dentista ia fazer visita... via quantas escovas tinha para ver se uma pessoa não estava usando a mesma escova das outras, entendeu? Explicava tudo isso nas casas (*entrevista 2, ACS*).

Por parte do ACS parece haver certa expectativa de que os trabalhadores de saúde possam ir além de sua atividade restrita à unidade de saúde, ampliando as possibilidades de cuidado para o domicílio e acompanhando as pessoas e as famílias.

Takeda (2006) discutindo a organização de serviços de atenção primária, cita um estudo nacional realizado em um serviço de atenção primária em que se analisaram os atendimentos realizados por um período de 15 dias, sendo evidenciado que uma pequena porcentagem dos atendimentos realizados (9%) resulta em encaminhamentos para cuidados secundários e terciários e, 3% para outros setores que não a saúde. Portanto, cerca de 88% dos atendimentos podem ser solucionados na atenção primária com intervenções sobre pessoas, famílias e grupos sociais, utilizando elementos das mais diversas áreas do conhecimento, baixa densidade tecnológica e menores custos financeiros. Afirma também que essas proporções se repetem para outros estudos nacionais e internacionais.

Como visto, a grande porcentagem da demanda apresentada pelas pessoas pode ser atendida na atenção de cuidados primários. Isso não significa que a complexidade dessas necessidades seja menor do que daquelas que são encaminhadas para os outros níveis de atenção. Ao contrário, a complexidade pode ser ainda maior porque as queixas e os problemas das pessoas são apresentados, na atenção primária, de forma incerta e inespecífica, marcados pela imprevisibilidade

e por grande complexidade assistencial (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996). Assim, para que os cuidados possam ser integrais, várias habilidades e saberes são exigidos para a elaboração e execução dos planos assistenciais. Isso só é possível com um trabalho em equipe com ações articuladas e trabalhadores mantendo integração e interação e que sejam de diversas áreas do conhecimento, inclusive de um conhecimento que é prático e adquirido somente na convivência próxima com as pessoas, como no caso dos ACS.

Esses aspectos se constituem em desafios para a SF e para seus trabalhadores na medida em que precisam articular práticas de prevenção, promoção e cuidados para a manutenção e recuperação da saúde em uma realidade que a atenção primária ainda é pouco valorizada no país e, por vezes, vista com preconceitos por gestores, trabalhadores e usuários.

A fragmentação do cuidado, de acordo com as falas dos sujeitos, parece estar presente também na organização dos processos de trabalho, a qual pode valorizar mais intensamente as normas institucionais, atendendo as necessidades dos trabalhadores e do serviço de saúde, mas não as dos usuários. Abaixo, a fala do ACS chama atenção para esse fato.

Não, as pessoas não estão satisfeitas. [...] Antes abria às oito [a unidade de saúde]... e fechava às cinco e meia, aí, a [nome do trabalhador de saúde] fez um abaixo assinado lá, porque muita gente [trabalhadores de saúde] queria entrar sete horas, né? Aí, mudou, das sete horas às cinco horas, só que eu acho assim, até no dia da reunião, eu falei “Vai entrar sete horas, o médico entra sete horas? Então tem que começar a atender sete horas”, entendeu? E tem muitos lá que começam a atender oito e meia, oito horas, e a população fica lá esperando, fica nervosa. Se vai abrir sete horas, então, vai começar a atender sete horas, entendeu? Eu acho assim (entrevista 2, ACS).

Parece também que os trabalhadores conseguem se organizar, articulando algumas ações entre si, sem estarem muito presos a normas rígidas e inflexíveis. Por um lado, isso pode representar preocupação dos trabalhadores em

adequarem as ações de cuidado às competências e habilidades de cada um para proporcionarem um cuidado melhor às pessoas. No entanto, por outro lado, é preciso atentar para que a organização do trabalho da equipe não comprometa a construção de vínculos entre usuários e trabalhadores e nem a acessibilidade das pessoas à unidade de saúde.

A [nome do trabalhador de saúde] atende as crianças e ele [o dentista] atende os adultos. [...] Ela faz a clínica do bebê para ele, porque ele não leva muito jeito com criança, com neném. Não tem muita calma. E ela já brinca... [...]. E cirurgia ele é muito bom, então, passa as cirurgias dela tudo para ele. Um acordo entre os dois, né? [...] Então, eles trocaram lá, ela atende as crianças para ele e ele faz as cirurgias para ela (*entrevista 7, trabalhador de saúde*).

Para Fekete (1997, p.116), a “acessibilidade pode ser definida como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde”. A acessibilidade resulta de vários fatores relacionados a diversas dimensões, tais como, as de ordem geográfica, organizacional, sócio-cultural e econômica. Na dimensão da acessibilidade organizacional, os obstáculos para acessibilidade podem ser originários dos modos de organização do cuidado e dos recursos de atenção à saúde.

Críticas feitas pelos ACS, que são oriundos da comunidade, podem expressar tanto as necessidades das pessoas, quanto as próprias dificuldades que elas enfrentam para acessarem os recursos e os trabalhadores de saúde.

Com um enfoque nos aspectos biológicos da doença, as práticas de cuidado dos trabalhadores podem desconsiderar outros elementos também importantes na determinação do processo saúde-doença das pessoas. Elementos que se configuram como aspectos sociais e históricos de inserção das pessoas na sociedade.

No fragmento abaixo o trabalhador considera a saúde enquanto um elemento dissociado de outros setores. Os problemas de ordem social não devem se

misturar aos problemas de saúde e a área da saúde não deve se envolver em questões que dizem respeito ao Conselho Tutelar.

Antigamente era muito pobre, acho que melhorou muito, muito, 80%. Eram muito pobres as pessoas. E... agora, eu acho que eles dependem tudo do posto, eu acho que... não sei se está misturando as coisas, mas acho a gente tem que resolver problema ali, de... não só de saúde, é... eu não sei, né, sei lá, eu acho que a gente não pode envolver tanto assim... é... com o Conselho Tutelar... eu morro de medo disso. Tem que ajudar, acho que só a parte da saúde (silêncio), não tem que misturar as coisas, bom, na minha opinião, né, porque eu acho que a gente está misturando muita coisa, não só aqui, né, nos outros bairros também. [...] Então, tem que separar as coisas, saúde... é... chamar Conselho Tutelar, entendeu? Eu acho que a gente não deveria fazer parte disso, é perigoso (*entrevista 2, ACS*).

A visão que o ACS traz sobre o processo saúde-doença, desagregado e desarticulado de outras dimensões sociais, pode derivar dos referenciais que ele possui para formar esse conceito. Entre esses referenciais estão a própria equipe de saúde, o modelo biológico ainda predominante e, talvez, a educação/formação insuficiente e a falta de apoio da equipe que pode levar também a um sentimento de insegurança do ACS frente à diversidade de necessidades das pessoas. Isso pode ser verificado no “medo” relatado pelo ACS em se envolver com o Conselho Tutelar para ajudar a família no enfrentamento de um problema considerado por ele como não sendo uma necessidade de saúde.

Na dimensão de reiterar práticas do modelo tradicional de saúde, a SF não aparece como um trabalho com potencialidades para mudar esse modelo. Como pode ser visto na fala abaixo de um dos sujeitos, o trabalho na SF é identificado como semelhante ao de uma UBS, diferindo somente no fato de se ter divisão dos bairros em áreas, ou seja, uma diferença apenas organizacional e não de princípios. Na observação participante, o profissional também assemelha o trabalho da unidade ao de um pronto-atendimento.

Então... e se você for ver aqui, aqui é meio unidade Saúde da Família, meio unidade básica, né? Porque você atende como se fosse uma unidade básica. Você só... a única coisa que difere é que você... eles dividem os

bairros "Você vai atender isso, você vai atender aquilo", porque no resto é igual. Eu não vejo nada de diferente na Saúde da Família (*entrevista 10, trabalhador de saúde*).

Na recepção, uma auxiliar de enfermagem falava alto ao telefone, dizendo que gostaria de ser transferida para outra unidade, porque ela já estava com problemas de saúde, a mãe dela estava internada e que a unidade funcionava somente como um pronto atendimento "**Aqui é um verdadeiro PA**". Parecia estar nervosa e falava com a voz trêmula que estava insatisfeita em trabalhar na unidade, porque seu trabalho não era reconhecido pelas outras pessoas (*observação 2*).

A concepção de território como o espaço em que as pessoas constroem seus processos de vida e de saúde-doença, e que poderia determinar a busca de formas de intervenção mais adequadas e articuladas às necessidades específicas de cada território, não se faz presente na fala destes trabalhadores. Neste sentido, não há diferença na forma em como a atenção está sendo feita, há a utilização de uma terminologia que não se concretiza em uma ação diferenciada. A unidade de saúde fica também entendida como espaço essencialmente de doenças, onde as pessoas devem ir apenas quando estão adoecidas.

Eu acho que o posto de saúde, o pessoal não tem onde ir, vem no posto de saúde. A maioria que vem não tem doença. A maioria que vem podia ser tratada em casa, principalmente na parte de pediatria. [...] Aqui qualquer tosse vem... criança, já aparece criança, enche, cheio de criança. Quer dizer, aí um passa mais para o outro aqui dentro, entendeu? Agora na parte de... na parte de vacina, quer dizer, que fazem um trabalho muito importante, né? Essa parte médica, o pessoal que de fato está doente (*entrevista 10, trabalhador de saúde*).

Ter identificado nas falas dos sujeitos, práticas de cuidado que reafirmam o modelo biomédico de atenção com uma concepção restrita do processo saúde-doença, não significa, de forma alguma, estarmos culpando estes trabalhadores por esta situação. Ao contrário, estamos entendendo que essas práticas se conformam articuladas a um processo que é histórico, social e político e não pode ser tomada apenas como se dependesse de uma vontade própria e pessoal do trabalhador. Elas se fazem presentes tanto nos serviços de saúde e na formação dos profissionais, quanto na estruturação das políticas de saúde.

Isso pode ser visto, por exemplo, nos registros formais do Ministério da Saúde, tal como, o SIAB que parece reforçar a idéia de valorização dos fatores biológicos da doença; avaliando o trabalho dos profissionais muito mais pela produção quantitativa dos procedimentos técnicos do que pela capacidade de atenderem as necessidades das pessoas.

Porque no dia de fechar o SIAB, a gente não... tem que contar quantas visitas a gente fez, então, você só abre o caderno e conta "Tal dia, fiz tantas visitas", e marca lá no... na fichinha, na hora de fechar o SIAB, na ficha D. [...] É uma ficha que você tem que fazer todo final do mês, então, você tem que pôr todos os dados, é... vamos supor "Dia primeiro, fiz oito visitas; dia dois, fiz tantas visitas...", no final você soma todas as visitas, reunião também, os dias que teve reunião, pessoas que foram internadas, que morreram... tudo vai na ficha do SIAB, é uma ficha que você tem que preencher ela com todos os dados que você fez no mês inteiro. [...] Se não tivesse esses dados todos do SIAB, eles falam que a gente não, tipo assim, que a gente não trabalhou, não fez nada (*entrevista 4, ACS*).

SIAB fecha uma vez por mês (tosse). [...] A gente... anota, a gente faz a ficha SSA2 que é o que o agente fez o mês inteiro, que a gente tem que passar no SIAB quantos nenéns nasceram, quantos óbitos... hospitalização e quantas crianças tem... e a gente anota tudo no SIAB e... preenche uma ficha. E o PMA2 a gente passa no SIAB também que é o procedimento que a enfermeira e a doutora fazem, tem que passar tudo. [...] Para comprovar que a gente está trabalhando, né (silêncio) (*entrevista 2, ACS*).

De acordo com Fekete (1997), a estruturação das informações no setor da saúde no país é ainda bastante recente e incipiente. Alguns problemas são apontados para o desenvolvimento de um processo de avaliação confiável, entre os quais: carência de informações quantitativas e qualitativas, disparidades das informações disponíveis, inexistência ou fragilidade de objetivos e dificuldades conceituais e operacionais caracterizadas historicamente pela fragmentação e marginalização. As avaliações, quando realizadas, são predominantemente quantitativas e estão mais voltadas para o cumprimento de ações burocráticas do que servindo à retro-alimentação dos planejamentos.

Nessa primeira dimensão dos modos de pensar e fazer o trabalho na SF, podemos perceber que ainda há uma predominância do modelo biomédico de saúde, mas que pequenas brechas vão sendo abertas para potenciais mudanças

nas práticas de cuidado quando os trabalhadores são críticos e reflexivos frente ao trabalho que realizam. A predominância do modelo biomédico e a resistência a mudanças podem se constituírem por si mesmas em críticas das pessoas e dos trabalhadores em relação à atenção à saúde. Afinal, sabemos que ainda são fortemente presentes nos serviços de saúde as dificuldades enfrentadas pelas pessoas para acessarem e, pelos trabalhadores para disponibilizarem, os atendimentos de urgência e emergência, as consultas em especialidades, os procedimentos de intervenção técnica entre outros que também fazem parte de um cuidado integral à saúde.

Partiremos agora para a segunda dimensão do processo de trabalho da equipe de SF, construída a partir da interpretação das falas dos trabalhadores.

4.2.2 O processo de trabalho da equipe de Saúde da Família: práticas potenciais para mudanças nos modos de se cuidar

Nessa segunda dimensão, ou seja, o processo de trabalho da equipe de SF desencadeando práticas potenciais para mudanças nos modos de se cuidar, as ações de cuidado dos trabalhadores parecem estar orientadas para busca de respostas às necessidades das pessoas a partir de uma atenção diferenciada.

Cecílio (2006) discutindo a questão da integralidade da atenção retoma a taxonomia de necessidades de saúde trabalhada por Norma Matsumoto⁴ e aponta como necessidades de saúde: ter boas condições de vida, acesso às tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, construção de vínculos com a equipe e o sistema de saúde e grau crescente de autonomia de cada pessoa no modo conduzir a vida (CECÍLIO, 2006). Portanto, nos serviços de saúde se faz presente a constante

⁴ MATSUMOTO, Norma Fumie. **A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde**. 1999. 201 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

procura das pessoas por atendimentos que contemplem suas necessidades na perspectiva da indissociabilidade das práticas de promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde; da construção de vínculos; da possibilidade de acesso a todas as tecnologias que possam melhorar e prolongar a vida e da busca de maiores graus de autonomia.

Aqui no nosso postinho, a maioria que eu vejo, são muito atenciosos, às vezes está sentado, fala, "Ah! Você já foi atendido?", ou vê que está esperando, a gente tenta também solucionar, ajudar, não tem jeito de você resolver, você passa para outra pessoa, vê se pode, vê se pode ajudar. Então a gente vê assim o PSF é... tentar solucionar mesmo, o problema de família, que às vezes é possível, em vez de ficar empurrando para o outro "Ah! Vai para tal lugar, vai em tal lugar", a gente tenta mesmo solucionar os problemas das pessoas. Eu acho isso importante (*entrevista 8, trabalhador de saúde*).

Ai, olha, eu já entrei em muitas unidades, já fui até no Mato Grosso, para entrar em uma unidade para saber que jeito que era. Bom, no Mato Grosso, o que eu vi, não tem o equipamento que tem aqui. Assim, se o pessoal precisar ali de uma sutura, é uma coisa que tem que ir tudo para o hospital, nunca é posto que é feito esse procedimento, lá não é feito assim. Igual é feito aqui?! Ponto... tudo essas coisas aqui?! [...] Manda tudo para o hospital... completamente diferente (*entrevista 5, ACS*).

Na narrativa dos trabalhadores, parece haver reconhecimento e preocupação com o atendimento das necessidades das pessoas, mesmo que não nomeadas da forma como apontada por Cecílio (2006), no sentido de serem acolhidas e terem vínculo com um trabalhador ou equipe e acesso às tecnologias que melhorem e prolonguem suas vidas.

Nessa dimensão, um conceito mais ampliado do processo saúde-doença foi identificado. Isso significa considerar os aspectos técnicos e biológicos do processo saúde-doença e as tecnologias-duras e leve-duras do cuidado articulados a uma atenção mais integral à saúde das pessoas, na qual estejam também presentes as tecnologias leves.

Para entendermos a tipologia das tecnologias apontadas por Merhy et al. (2007), o termo tecnologia não deve ser compreendido na oposição do "simples" ao "complexo". Isso demonstraria apenas um entendimento parcial de seu significado.

Tecnologias não se referem somente aos instrumentos materiais do processo de trabalho, mas sim a um “conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social” (MENDES-GONÇALVES, 1994, p.32).

Para Mendes-Gonçalves (1994), a tecnologia envolve as relações

estabelecidas entre os homens e os objetos sobre os quais trabalham, relações cuja adequação não se estabelece por referência à capacidade produtiva ou à eficácia útil dos instrumentos, mas com respeito às relações sociais de produção, organizados conforme as quais os homens então modificam a natureza e a história (p.15-16).

Nessa mesma perspectiva, Merhy et al. (2007) definem as tecnologias em: duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras são representadas pelas máquinas e pelos equipamentos. As tecnologias leve-duras correspondem aos saberes estruturados. E as tecnologias leves são as tecnologias das relações, são as tecnologias que produzem as relações de interação nos espaços intercessores entre usuários e trabalhadores de saúde, como é o caso do acolhimento, do vínculo e da autonomia.

Para Franco e Merhy (2003), um novo modelo assistencial deve ter por diretrizes a utilização intensiva das tecnologias leves. O Acolhimento como oportunidade a todos os usuários para utilizarem a unidade de saúde e, por uma escuta qualificada, esta se responsabiliza para dar respostas positivas e encaminhamentos seguros às necessidades de saúde das pessoas. O Vínculo como referência dos usuários a uma equipe de saúde comprometida com a produção do cuidado. A Autonomização como resultado esperado da produção do cuidado, ou seja, a autonomia das pessoas no seu modo de caminhar a vida.

A partir das falas, os trabalhadores da equipe de SF parecem sensíveis ao fato de que as necessidades das pessoas exigem intervenções técnicas para

manutenção e recuperação da saúde e, ao mesmo tempo, de que muitos problemas trazidos pelas pessoas podem ser solucionados a partir do uso das tecnologias leves como no ato de ouvir e escutar as pessoas, estabelecendo vínculo em uma relação terapêutica de êxito técnico e sucesso prático (AYRES, 2008, informação verbal)⁵.

Eu procuro fazer o melhor... [...] Ai... tendo paciência... vixe, oh, eu acho que tudo é paciência... porque às vezes você chega em uma casa, às vezes a pessoa não está bem, você tem que ouvir, você tem que ser, né, ser solidário, você tem que ouvir, você tem que ver os problemas e tentar ajudar da melhor forma que você puder.... e é assim [...]. A doutora também, a doutora, nossa, tudo o que ela pode fazer, ela também faz, na medida do possível, né, ela faz... [...]. Fui ver a dona [nome da usuária], né. Dona [nome da usuária] tem mal de alzheimer, teve CA no intestino, passou para os outros órgãos e ela está na cama agora. A doutora [nome do trabalhador de saúde] já foi lá... já mediu a pressão dela... conversa com ela, porque o HC já deu alta, né? (*entrevista 5, ACS*).

Então, meu trabalho aqui, você já viu um pouco, né? A gente trabalha muito com gente, a gente na medida do possível tenta ajudar qualquer pessoa sem distinção, é... pessoa vem com problema, às vezes tem solução, às vezes vem só para conversar um pouco, você conversa, expõe alguma coisa, já sai bem, uma conversa, agradecendo (*entrevista 8, trabalhador de saúde*).

Portanto, o conhecimento e a capacidade técnica dos trabalhadores de saúde são identificados como importantes, mas para o trabalho na SF aparecem também outras habilidades, tais como, ter disponibilidade, saber olhar para a população, ouvir e escutar as tristezas e os problemas das pessoas e das famílias.

Saúde da Família requer um pouco mais. A gente tem que ter o olhar e o coração voltados para a população, para a comunidade. A gente não pode só pensar "Ah, é doença do estômago, trata com isso. É dor de cabeça, trata com aquilo" se a gente não olhar o que está acontecendo ao redor, se a gente não se colocar de ouvidos abertos para... para escutar a tristeza da família... o problema com menino... o problema com o marido... De repente, a gente começa ouvindo tudo isso e entendendo, porquê daquela doença, porquê daquela crise, porquê da depressão, porquê da hipertensão. Então assim, eu acho que Saúde da Família, você tem que ter essa disponibilidade. Se não tiver, se ficar achando que é só tratar o remédio, a doença com aquele remédio, ah... aí não vira, entendeu? A gente tem que ter aí um pouco de misto de assistente social... de psicóloga... de pessoa meio que amiga em alguns momentos... porque senão a gente não... a gente se frustra, né? E a população fica descontente com a gente, né? Não trata legal (*entrevista 6, trabalhador de saúde*).

⁵ Informação fornecida por Ayres em Oficina regional de educação permanente e humanização em saúde na EERP/USP no dia 23 de outubro de 2008.

Considerando que o objeto de atenção da Saúde Coletiva, podendo pensar aí as práticas articuladas na atenção primária, não se restringe somente ao corpo biológico, mas incorpora os “corpos sociais”, isto é, volta-se não mais para o indivíduo ou conjunto de indivíduos, mas sim para os sujeitos sociais ou grupos e classes sociais que vivem em condições determinadas; a base teórica e prática para entender esse objeto é a determinação social do processo saúde-doença (MISHIMA et al., 2004, p. 24).

No modelo proposto pela Comissão de Determinantes Sociais de Saúde da Organização Mundial da Saúde, outros fatores, além dos estritamente biológicos, influenciam no processo saúde-doença. Os determinantes sociais de saúde são considerados como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham e que afetam a sua saúde. O conceito de equidade é tomado como fundamento para se fazer a reflexão sobre a determinação social do processo saúde-doença. Não entraremos aqui em uma discussão aprofundada do conceito de equidade, mas de acordo com a Comissão de Determinantes Sociais de Saúde, a equidade na saúde pode ser entendida como “ausência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis na saúde de populações ou grupos definidos com critérios sociais, econômicos, demográficos ou geográficos” (OMS, 2005, p. 5).

Dois principais grupos de determinantes sociais de saúde podem ser identificados nesse modelo: os estruturais e os intermediários. Os determinantes sociais estruturais são aqueles que geram estratificação social, tais como, fatores ligados a renda, educação, gênero, etnicidade (racismo) e sexualidade. Os determinantes intermediários são aqueles que surgem a partir da configuração da estratificação social e determinam as diferenças na exposição e na vulnerabilidade a condições que comprometem a saúde, como por exemplo, condições de vida e de

trabalho, disponibilidade de alimento, comportamentos da população e barreiras para a adoção de um estilo de vida saudável (OMS, 2005). Esse modelo considera a saúde em uma amplitude de fatores, inclusive das desigualdades sociais, e precisa ser pensado e inserido nas discussões acadêmicas e no âmbito das unidades de saúde e da comunidade como reflexão de um pensar e fazer diferente das práticas de cuidado.

Nessa perspectiva, os processos de saúde-doença são ou deveriam ser considerados a partir de um contexto social no qual as pessoas estão inseridas. As feridas crônicas, por exemplo são alvo de preocupação dos trabalhadores de saúde no sentido de representarem uma doença física e, ao mesmo tempo, são compreendidas como um “meio de vida”, algo “lucrativo” para as pessoas, pois “mendigam” pelas ruas e “são vítimas de dó”.

Algumas pessoas que têm essas feridas crônicas, eu estava conversando agora mesmo com a [nome do trabalhador de saúde], ela até falou que a [nome da usuária] não apareceu, o [nome do usuário] não apareceu, da minha área. Eu falei... falei para ela "Infelizmente, as pessoas que não tem a mente aberta. Elas usam isso como um meio de vida. Para elas sararem poderia não ser muito lucrativo, porque essas pessoas às vezes mendigam pela rua, é... são vítimas de dó". Então, a pessoa fica com dó, ajuda, dá isso, dá aquilo outro. Então, para... principalmente o [nome do usuário], né? Que vive na casinha que nem o pai quer ele dentro de casa mais, que o pai é aposentado e ganha razoavelmente bem até, mas ficar sustentado marmanjo... não trabalha, não faz nada, não quer nem saber. Eu, do meu ponto de vista, eu não queria assim. Ele some do curativo, ele não veio sexta-feira, veio ontem, anteontem, na segunda não veio, veio ontem, não veio hoje. Quer dizer, tem que ter uma seqüência, né? Já foi encaminhado para o vascular, não foi, ele falta, então não tem jeito de pegar no colo e levar a pessoa. [...]. O [nome do usuário]? Você não conhece ele? Ele tem uns 40 anos mais ou menos, bebe. Quer dizer, pessoa que bebe é mais difícil da cicatrização. Essa [nome da usuária] bebe e fuma também, a gente fala, a gente supõem, mas eu estava falando com a menina. Então, dá a entender que essa pessoa não quer a cura, que para ela é um meio de vida ficar daquele jeito, então eu é... eu falei, ela falou "A gente fica triste", falei "Então, a gente faz o que a gente pode. Acho que não tem, infelizmente, não tem jeito de pôr dentro da cabeça da pessoa", a gente tenta, a gente conversa, a gente orienta, tenta abrir, mas a gente não consegue [...] Eu acho que tem algumas pessoas que não querem a cura, e é muito gratificante quando a gente sara, consegue fechar uma ferida. É muito bom, a gente fica muito feliz (*entrevista 8, trabalhador de saúde*).

Essa fala faz um contraponto em relação à culpabilização das pessoas pelos seus problemas de saúde como muitas vezes acontece por parte dos

trabalhadores. As pessoas não vivem ou estão em condições de precariedade somente porque querem ou porque não se esforçam, uma vez que os aspectos sociais e históricos também influenciam o modo de ser e estar das pessoas no mundo. A condição de uma doença física e biológica parece ser compreendida pelo trabalhador de saúde a partir da determinação social do processo saúde-doença, pensando também a saúde como um bem simbólico.

Na perspectiva dos determinantes sociais da saúde, a condição de renda, educação, gênero, entre outros, configuram uma estratificação social, da qual surgem outros determinantes referentes a condições de vida e comportamentos nocivos à saúde (OMS, 2005). No fragmento acima, apesar do trabalhador parecer sentir certa impotência em interferir na condição adotada pelas pessoas, mostra-se sensível ao fato de que outros fatores interferem nesse modo de ser dessas pessoas.

Merhy (2007) discute que o processo de trabalho em saúde possui especificidades muito próprias. A produção e o consumo no processo de trabalho em saúde acontecem simultaneamente, ou seja, o consumo se dá no ato da produção da ação de saúde. Esta, por sua vez, tem como valor de uso a produção de um bem que é a manutenção ou o restabelecimento da saúde para conservar a pessoa viva e com autonomia para exercer seu modo de caminhar na vida. Portanto, a saúde como bem simbólico guarda consigo valores, crenças, representações e outras condições que são intrínsecas ao objeto de trabalho em saúde, ou seja, o homem.

Muitas vezes, compreender o processo saúde-doença na perspectiva da determinação social e lidar com a saúde enquanto um bem simbólico se faz tarefa difícil para os trabalhadores de saúde, seja pela formação profissional que não contempla todos esses aspectos, seja pela valorização do modelo médico-

hegemônico ainda arraigada no pensamento e na prática da sociedade contemporânea.

A dificuldade de ouvir e escutar as necessidades e de *cuidar das pessoas*, sujeitos portadores de desejos, crenças, temores e certa autonomia no modo de viverem suas vidas; tem causado fracassos nas relações entre trabalhadores de saúde e usuários (MISHIMA et al., 2004). Isso pode significar também limitações da equipe de saúde em se trabalhar com projetos assistenciais em comum, elaborados em uma prática comunicativa, que estimulem e potencializem espaços intercessores passíveis do uso de tecnologias leves na produção do cuidado em saúde.

As práticas de saúde como potencialidade para mudanças do modelo de atenção parecem possibilitar um maior envolvimento no campo das relações com construção de vínculos entre usuários e trabalhadores de saúde. Estes passam a conhecer melhor as pessoas, as famílias e o contexto familiar onde a doença se manifesta. Sentem-se co-responsáveis no processo de cuidado, ajudando as pessoas a solucionarem seus problemas ou a conviverem com eles. Por esses motivos, o trabalho na SF também é tido como mais estressante quando comparado com o do pronto-atendimento.

Eu acho assim que... só que o estresse do dia-a-dia no PSF é muito maior do que do plantão eu acho. [...] Então, assim... eu acho que é muito mais desgastante, é muito mais estressante, porque também no período do plantão é... assim, né, você sabe que você vai fazer aquele horário, acabou aquele horário, você vai embora, né, corrido e acabou. Agora aqui, você tem que vir todos os dias, né, tem o horário da manhã, você fica o dia inteiro ali, mas eu acho que é um dos fatores, pode ser, mas eu acho muito mais estressante mesmo o dia-a-dia o... porque você se envolve muito mais, é completamente diferente, né, a enfermeira, o pessoal, vem “Ah, a fulana de tal já está aí, a paciente fulana de tal já está aí!”, você já sabe que, às vezes é um caso mais complicado, né, então você já se estressa... já pensa “Ai meu Deus, piorou, aí, aconteceu alguma coisa na família”. Já começa assim, né, já a pensar um monte de coisa. [...] É. Conheço o problema e conheço a pessoa, né, conheço a família... [...] Porque o plantonista é bom, porque já é totalmente ao contrário do Programa da Saúde da Família, né? Você não tem vínculo, você vai lá atende, é um resfriado, é uma pneumonia,

você trata e tchau, e se tiver retorno, retorna com o seu pediatra. Então, você não tem vínculo nenhum, você vai lá, atende e pronto e resolve o problema ou passa o problema para um outro dia, né (*entrevista 1, trabalhador de saúde*).

Eu não tinha visão do que... o que era uma... às vezes até mesmo as próprias patologias em si, o que elas poderiam causar... porque no berçário, eu via muita coisa, mas eu só via quando nascia e ia embora. Aqui eu vejo no dia-a-dia daquele problema que ele nasceu, eu vejo aquele dia-a-dia. Então, eu vejo de um modo diferente, né? Então, hoje eu quero saber mais sobre aquele problema para saber como eu posso ajudar ele hoje. Porque às vezes, pode ser que seja passageiro? Pode ser. Mas muitas vezes, a gente vê é... determinados problemas das pessoas que são de forma definitiva, né? Que ela vai, no máximo, melhorar e aprender a conviver com aquilo. Então, como é que eu vou poder contribuir para que ela conviva com aquilo, mas conviva de uma maneira boa. Porque muitas vezes uma deficiência não significa infelicidade. Deficiência, ela é só infelicidade quando você não sabe trabalhar com ela, você não sabe viver com ela. Porque você pode transformar uma deficiência em uma vida feliz sem problemas, sem angústias, sem nada (*entrevista 9, trabalhador de saúde*).

As consultas na SF são mais demoradas, pois se coloca presente a complexidade do cuidado e da leitura das necessidades de saúde, de forma que a pessoa seja cuidada em sua integralidade.

Geralmente é uma consulta mais demorada, porque, por exemplo, quando eu estou na ginecologia, eu já faço a parte de clínica e ginecologia junto... então, se precisar, se eu vejo que é um paciente que faz dois, três anos que não faz exame de clínica de rotina eu já peço... e já vejo a parte de GO, então, querendo ou não a gente vê o paciente como um todo mesmo, né, a gente não vê por pedaços, né, "Não. Estou atendendo GO, hoje é só GO, amanhã a senhora marca consulta para clínica", não é assim, então é mais demorado, né, e como o envolvimento também é maior, como tem muito caso psiquiátrico... casos que precisa mais é de conversar e você... isso demanda tempo também, né (*entrevista 1, trabalhador de saúde*).

Integralidade compreende possibilitar às pessoas todos os cuidados e serviços de saúde para que estas possam ser atendidas em suas necessidades de forma integral e satisfatória. As unidades de atenção primária devem estar organizadas para isso, oferecendo elas mesmas as possibilidades ou, quando necessário, encaminhando para a atenção secundária ou terciária. A equipe de saúde precisa reconhecer adequadamente os problemas e as necessidades das pessoas, sejam eles de origem funcional, orgânica ou social. Este último é particularmente importante, uma vez que todos os problemas de saúde acontecem

dentro de um ambiente social, o qual freqüentemente predispõe ou causa as enfermidades (STARFIELD, 2002)

Complementando esta discussão, Cecílio (2006) ao discutir o conceito de necessidades de saúde, afirma que este pode ser um elemento que possibilite a operacionalização da integralidade da atenção. Indica que a integralidade deve ser pensada e praticada em diferentes dimensões, apontando ao menos duas: a integralidade focalizada e a integralidade ampliada. A integralidade focalizada seria aquela “fruto do esforço e confluência de vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde”, ou seja, aconteceria no espaço bem delimitado (focalizado) de um serviço de saúde, com o “esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, as necessidades, sempre complexas mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual” (p. 115-116).

A integralidade ampliada seria o resultado da articulação de cada serviço com uma rede complexa composta por outros serviços e instituições, não necessariamente do setor saúde.

A (máxima) integralidade da atenção no espaço singular do serviço – integralidade focalizada – pensada como parte de uma integralidade mais ampliada que se realiza em uma rede de serviços de saúde ou não. A integralidade da atenção pensada em rede, como objeto de reflexão e de (novas) práticas da equipe de saúde e sua gerência, em particular a compreensão de que ela não se dá nunca, em um lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma ampla gama de serviço, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial (CECÍLIO, 2006, p. 116).

Parece presente nas falas dos sujeitos da pesquisa ainda muita dificuldade em vislumbrar e atuar para a construção da integralidade ampliada, embora, em muitos momentos se verifiquem brechas para que esta construção aconteça.

Normalmente recursos, tais como: VD, ações intersetoriais e organizações comunitárias; não são utilizados nos cuidados secundários, mas freqüentemente necessários como parte de um cuidado integral (TAKEDA, 2006). Nesta pesquisa, as VD foram identificadas como ações potenciais para que a equipe de SF possa proporcionar cuidados diferenciados e mais integrais.

O trabalho na SF é também visto como mais difícil e complexo porque é o primeiro contato das pessoas com os serviços de saúde, está voltado para atender as necessidades e não somente os problemas das pessoas. Cabe destacar que estes problemas, na grande parte das vezes, apresentam-se como mal definidos ou como um problema considerado quase-estruturado.

Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) afirmam que necessidades são os resultados das intervenções sobre os carecimentos das pessoas, o que torna as próprias intervenções também necessidades. Os carecimentos são reconhecidos como algo que a pessoa entende que deve ser corrigida em seu estado sócio-vital (alteração física e orgânica ou sofrimento ainda não identificado fisicamente) ou como uma falta (algo que carece, como por exemplo, uma informação).

Além da idéia de carecimentos, as necessidades estão também relacionadas com a “expressão de um ser que em potência ‘deseja’ ser, deseja positivamente existir, ser no mundo e parte dele, deseja como uma vontade de ‘potência de ser’”. Ainda, são nos espaços intercessores que os usuários buscam ser mais autônomos no seu modo de caminhar no mundo. Espaços intercessores são os momentos finais de produção/consumo de ações de saúde, sejam elas individuais ou coletivas. Nestes momentos, tanto usuários quanto trabalhadores em seus encontros, instituem necessidades e modos de agir. Há um encontro de necessidades e uma negociação (MERHY, 2007, p. 88).

Cabe à equipe o árduo desafio de aprender a ler as necessidades apresentadas pela população, que muitas vezes chegam travestidas ao serviço de saúde como a demanda de porta e decifradas como uma dor ou um sofrimento apresentado pelo usuário. A SF impõe a necessidade de construir projetos e instrumentos de trabalho para que a equipe possa fazer a leitura das necessidades individuais e coletivas e atuar no território sob sua responsabilidade. Construir alternativas para o trabalho na produção de cuidados.

Trabalhar com uma determinada população possibilita conhecer melhor as pessoas, suas famílias e necessidades e construir maior co-responsabilidade frente às condições de saúde e doença. O envolvimento parece ser maior e os trabalhadores até buscam alternativas, mesmo fora do horário de trabalho e da alçada dos procedimentos técnicos, para atenderem as necessidades apresentadas pelas pessoas.

Quando a gente não conhece Saúde Pública (silêncio)... a gente... a gente imagina que quem está lá não faz nada, na verdade. Muitas vezes a gente imagina "Aí, um empregão! Não faz nada". Mas quando a gente está aqui, do lado de cá, é diferente porque você vai trabalhar com Saúde Pública, você vai trabalhar... é o primeiro elo... entre a população e a saúde. O primeiro acesso dele é na Saúde Pública. Às vezes a questão da educação... sobre o que é hipertensão, o que é diabetes... as consequências que essas doenças podem trazer... né? Então, é muito difícil, quando a gente está do lado de cá, a gente vê com outro olho. Até a questão assim de... querer fazer mais pelas pessoas, porque como a gente trabalha em uma unidade, em uma determinada área, você passa a conhecer melhor as pessoas. Então, você automaticamente pensa mais nelas. Então, você... mesmo fora do seu trabalho, às vezes surge um assunto, você lembra "Olha, esse assunto aqui, mais ou menos é a casa daquele paciente, que a gente ouvia outro dia, semana passada, ontem. Ou aquele paciente que eu vou fazer visita segunda-feira, acho que vou poder usar isso lá. Talvez esse argumento, eu vou... eu posso conversar com ele sobre isso". Então, a gente vê de uma maneira diferente (silêncio) *(entrevista 9, trabalhador de saúde)*.

Sinceramente, eu achei que não seria tão bom assim, eu achei que tinha gente que estava de fora, achava que era uma coisa completamente diferente, eu me surpreendi. Para mim, eu acho muito interessante o trabalho de tudo mundo. A preocupação que um tem, que o outro tem, né? Levanta "Oh, vamos tentar". Já levantaram cesta básica e vem, outra ajuda, outro leva, é... roupa, essas coisas, todo mundo ajuda bastante as famílias que estão mais necessitadas *(entrevista 8, trabalhador de saúde)*.

As falas anteriores também remetem à questão do primeiro contato e da longitudinalidade na APS. Para Starfield (2002), o conceito de primeiro contato é inerente ao de acessibilidade e uso de um serviço que seja um ponto ou uma porta de entrada para o sistema de saúde. Esse serviço é buscado pelas pessoas a cada novo problema ou novo episódio de um problema. A acessibilidade é necessária para se ter a atenção ao primeiro contato e possibilita que as pessoas cheguem aos serviços de saúde. A acessibilidade pode estar relacionada aos aspectos estruturais do sistema ou da unidade de saúde, como localização da unidade, horários e dias de atendimento; ou com o quanto a população percebe esses aspectos convenientes para acessarem o serviço.

A acessibilidade não é própria da APS, pois todos os níveis de atenção devem estar acessíveis às pessoas. Entretanto, por ser a atenção primária o ponto de entrada no sistema de saúde, as pessoas apresentam necessidades, por vezes, incertas e queixas inespecíficas não relacionadas somente a sistemas orgânicos, mas influenciadas pelo contexto social. Já nas especialidades, as pessoas estão em estágios posteriores da doença com sinais e sintomas mais delimitados, específicos e longes do contexto social (STARFIELD, 2002).

Por meio da longitudinalidade os trabalhadores passam a conhecer melhor as pessoas e vice-e-versa. A longitudinalidade é uma relação pessoal de longa duração entre os trabalhadores de saúde e as pessoas. Está relacionada com a existência de um local, um trabalhador ou uma equipe de saúde que sirva como fonte de atenção orientada para a pessoa e não para a doença. Independente da presença ou ausência de problemas de saúde e, sejam eles quais forem, as pessoas podem identificar a existência de um contrato formal ou informal para ser a fonte de atenção. Quando uma equipe ou um local é a fonte da longitudinalidade, a

coordenação entre os trabalhadores e suas ações precisa ser maior. Quando um trabalhador em específico é a fonte de longitudinalidade, os desafios são maiores, pois é mais difícil para um trabalhador do que para uma equipe estar disponível e prestar uma variedade de serviços necessários para a atenção à pessoa (STARFIELD, 2002).

Na dimensão das práticas como potenciais para mudanças nos modos de se cuidar, as ações são diversificadas e incluem também a educação em saúde. Isso pode ser exemplificado na fala de um ACS quando se refere ao grupo de Planejamento Familiar. Este é um espaço onde a enfermeira explica sobre o planejamento e orienta o uso de vários métodos anticoncepcionais para as pessoas que querem fazer o método definitivo de cirurgia, laqueadura ou vasectomia. O ACS vê nessa atividade um potencial para se fazer educação em saúde, inclusive para as pessoas que não optaram por fazer cirurgia, mas que desconhecem outros métodos contraceptivos ou, até mesmo, não sabem usá-los corretamente.

Eu participei no dia da reunião, no dia do grupo, ela [a enfermeira] marca um dia com o grupo e explica tudo sobre o planejamento familiar. Fala da pílula, da camisinha, do anticoncepcional, da injeção... de tudo, orienta, mostra para a gente, fala que a gente, que é um planejamento, né, porque a maioria das pessoas também fica grávida, porque não planeja, né? E se for ver bem, não é só para quem vai operar, né, pessoas que eu acho, saindo da reunião têm uma boa... tipo assim, tem gente que não sabe tomar remédio... toma errado, tudo, mas ela fala tudo certinho (*entrevista 4, ACS*).

Os grupos são bastante apontados pelos trabalhadores de saúde como um espaço possível de se fazer um *cuidar de pessoas* de forma diferenciada.

E fazemos, nós estávamos fazendo, agora nós demos uma parada, nós vamos retomar, reunião de quarterão, porque a reunião de quarterão, ela é muito importante porque a pessoa se sente mais à vontade, do que a pessoa ir no posto de saúde. Então em reunião de quarterão, a gente acaba orientando muito mais a pessoa a cuidar da sua saúde, porque eles se sentem mais à vontade, eu não sei por que, mas quando se trata de reunião no posto ou em quarterão, a de quarterão rende mais porque eles escutam mais a gente. [...] Eu acho que é porque eles se sentem mais à vontade, é porque eles estão como se estivessem no ninho deles, quando ele vai para o posto, ele saiu de casa, saiu do ninho. Eu acho que é por causa disso. Eles se sentem mais à vontade (*entrevista 3, ACS*).

Então, a gente levanta lá [no grupo educativo] como é que é a vida de cada um, como é a alimentação, como é que cada um se cuida, o quê que eles têm noção do quê que é, entendeu? Cada um fala direitinho da vida deles, da comida, dos exercícios físicos, se faz, se não faz, orienta direitinho. Uns... é folhetos explicativos direitinho, é muito legal as explicações assim direito. Você vê que a pessoa fica satisfeita com que a gente faz, com o trabalho da gente. Então é um trabalho muito bom, eu acho esse trabalho do PSF muito prazeroso, como se diz, né? Quando a pessoa se mostra interessada, tudo, você pode ajudar e consegue ajudar essa pessoa e vê o resultado. [...] Então assim, você vê que você está conseguindo, você está, não está trabalhando em vão. Você tem resultado do seu trabalho. [...] É muito assim... como se fala? Gratificativo o grupo, porque as pessoas se empenham mesmo, elas levantam as situações, elas se expõem, elas realmente, as pessoas saem, assim, esclarecidas [...] Esse grupo é um espaço que eles têm de trocar idéias juntos, de ouvir juntos (*entrevista 8, trabalhador de saúde*).

Mesmo sendo os espaços coletivos de cuidado considerados como atividades boas e prazerosas tanto para as pessoas quanto para os trabalhadores de saúde, as atividades individuais e operacionais acabam sendo prioridades no trabalho da equipe devido à falta de tempo e à sobrecarga de atividades relatadas pelos trabalhadores como limitações para se fazer os cuidados coletivos nos grupos, VD, reuniões etc.

Neste item, foi possível depreender que no trabalho da equipe de SF, as práticas e os conceitos do processo saúde-doença-cuidado se contradizem, se misturam e se completam. Ora, estão voltados para uma perspectiva restrita, ora, para um *pensar e um fazer* mais amplos. É nessa dinamicidade de idéias e práticas de saúde que o ACS está inserido. Portanto, em seu trabalho, ele vive as contradições de dois modelos de saúde que co-existem em um mesmo espaço e que orientam as práticas e os conceitos de cuidado dos trabalhadores. Ou seja, ora trabalham em um modelo marcado por características biomédicas, ora, compartilham das complexidades de um modelo ampliado de saúde.

O ACS pode ser considerado o trabalhador-estratégico dentro da equipe de SF, colaborando para que a configuração das práticas da equipe sejam mais focadas em aspectos biológicos, procedimentos técnicos e cuidado da doença ou

para que elas sejam mais voltadas para as necessidades da população, a atenção integral e o cuidado da pessoa. Isso, porque a partir de sua origem e formação, o ACS é tido como pessoa da comunidade e trabalhador da equipe. Se suas ações compreendem uma dimensão mais política e comunitária, o processo de trabalho da equipe poderá ser atravessado, o tempo todo, por momentos de inflexões e ruídos que podem fazer com que os outros trabalhadores de saúde pensem sobre suas práticas. A presença do ACS na equipe de SF representa a presença da própria comunidade no serviço de saúde. Por outro lado, se o trabalho do ACS for capturado por uma dimensão mais técnica e assistencial do modelo médico-hegemônico, suas ações serão pouco potenciais para a mudança das práticas de cuidado e, na pior das hipóteses, apenas reforçarão o modelo biológico de saúde.

O movimento de identificar o *pensar* e o *fazer* dos trabalhadores da equipe de SF, além de compor o caminho a ser percorrido para contemplarmos os objetivos deste estudo, pretende também contribuir para discussões sobre a formação dos trabalhadores de saúde, a elaboração de políticas de acordo com os princípios do SUS, o trabalho em equipe na SF e a criação de ruídos para transformações concretas das práticas de saúde.

4.3 Os agentes comunitários de saúde na equipe de Saúde da Família: articulação das ações e interação dos sujeitos

Conhecer melhor os sujeitos da pesquisa, bem como, poder compreender o *pensar* e o *fazer* desses trabalhadores na equipe de SF, possibilitou que o conhecimento também fosse sendo construído no movimento de olhar para o concreto, partir para o campo das idéias e retornar para o que estava sendo construído. Partiremos, então, para a interpretação das relações sociais que vêm

sendo estabelecidas entre o ACS e os outros trabalhadores na equipe de SF, sem desconsiderar, é claro, as relações que são construídas também com os usuários.

Pela observação do trabalho na unidade de saúde e a narrativa dos ACS, verificou-se que as atividades que estes trabalhadores estão desenvolvendo são: VD, grupos educativos, orientações para as famílias, registros em prontuários, reuniões com a equipe, apoio em coleta de sangue e recepção etc.

Faço visita de manhã, e que tiver que fazer à tarde... anotar nos prontuários... [...]. Grupo coletivo... quando tem reunião de equipe, já participei de grupo de Planejamento [Familiar], já ajudei a fazer hiperdia, grupo de diabético, hipertensão e gestante. Já participei de tudo isso... grupo de adolescente (silêncio)... e também a gente faz o grupo coletivo quando a gente vai à escola, que a gente olha a cabeça das crianças... (silêncio). [...] Agora a gente está fazendo a pasta da família (silêncio) [...]. E Bolsa Família (risos). É, tem muita coisa (risos) (*entrevista 2, ACS*).

A gente faz a visita, né, nas casas... a gente trabalha, individual, né, no posto, ajuda na coleta quando precisa, ajuda na recepção quando precisa, onde que ela [a enfermeira] falar para eu ajudar, se puder eu vou. [...] Para quem precisar, para mim não tem essa... se eu, o que eu puder ajudar na hora, eu ajudo sim (*entrevista 5, ACS*).

Olhar para as atividades desenvolvidas pelo ACS possibilita uma aproximação à “essência” do trabalho deste agente, descrevendo as ações e atividades desses trabalhadores, sua finalidade e também buscando compreender sua inserção e o significado de seu trabalho no contexto da equipe de SF.

Esta “essência”, analisada neste estudo, se compõe de elementos diversos e, alguns deles, serão aqui discutidos: *o ACS como laço e elo de ligação; e aspectos da divisão social e técnica do trabalho, da autonomia e da cooperação no trabalho do ACS*.

4.3.1 Agente comunitário de saúde: laço de ligação X elo de ligação

Como metaforizado na revisão bibliográfica, podemos dizer que os ACS estão desempenhando atividades que podem caracterizá-los tanto como laço quanto como elo de ligação entre as pessoas da comunidade e os trabalhadores de saúde.

Laço une partes, é flexível e pode ser facilmente moldável. *Elo*, por sua vez, está associado aos aspectos de algo rígido, une partes, mas é sempre inflexível.

Como ***laço de ligação***, os ACS parecem desempenhar ações articuladas ao trabalho da equipe de saúde, interagindo com os outros trabalhadores a fim de que seja possibilitado um cuidado integral às pessoas e famílias da comunidade. Por outro lado, as características de ***elo*** dos ACS também são reforçadas quando estes desenvolvem atividades essencialmente operacionais com a finalidade apenas de agilizar o trabalho da equipe e o funcionamento da unidade de saúde.

Essa dimensão de laço de ligação entre as pessoas e os trabalhadores de saúde se dá pelo fato do ACS conhecer as pessoas, suas famílias, suas casas e buscar reconhecer suas necessidades. Ainda, porque vive e trabalha no contexto dessa comunidade. O ACS entra na casa das pessoas e tem a possibilidade de identificar necessidades que, a princípio, não seria possível de serem reconhecidas no contexto da unidade de saúde, como por exemplo, conflitos intra-familiares, violência, carência de alimento, abuso sexual, negligência infantil, maus tratos a idosos, entre outros. Situações complexas e que para sua explicitação, implica em um longo caminho até que o ACS tenha a possibilidade de identificá-las, construindo vínculo com a família, ou seja, construindo a longitudinalidade da atenção.

Os outros trabalhadores, de acordo com as falas abaixo, não têm ou têm conhecimento insuficiente acerca destas questões, porque ainda permanecem mais tempo dentro da unidade de saúde, restringindo as possibilidades de contato com os usuários em um ambiente mais favorável e menos institucionalizado, como o domicílio. Por outro lado, o trabalho do ACS é essencialmente realizado fora do âmbito estrito da unidade, adentrando a “intimidade” das casas dos usuários.

Ai, a gente está sendo um elo, né, entre a comunidade e os profissionais lá dentro, que antigamente eles não tinham, não sabiam como era a casa do

paciente, como que eles vivem. [...] Eu acho ótimo. [...] Porque os profissionais estão sabendo como os pacientes são, né... dentro de casa, com a família, com os filhos... pode estar ajudando em outros aspectos. [...] A gente melhorou bastante... problemas familiares... com criança na escola... que a gente já acompanhou... encaminhou para psicólogo... teve bastante melhora (silêncio) (*entrevista 2, ACS*).

Porque o agente comunitário é aquele... elemento, né, aquela pessoa que traz informações que a gente não consegue colher aqui dentro da unidade de saúde, né, acho que nem eu, nem a enfermeira, nem a auxiliar... às vezes, um ou outro a gente consegue captar alguma coisa, mas o agente vai dentro da casa do paciente, então, o agente vê se o problema ali é falta de comida... se o problema é falta de higiene... ele já vê um monte de coisas, né, que a gente aqui não tem como saber. Então, o agente comunitário é importantíssimo, né, muitas coisas a gente fica sabendo... é... através do agente comunitário, das informações dele, se não tivesse ele, a gente nunca ia imaginar (*entrevista 1, trabalhador de saúde*).

Estes aspectos permitem concluirmos que o ACS como laço de ligação, inserido no trabalho da equipe de SF, como um trabalhador que a partir de um *núcleo de competência e responsabilidade*, mesmo que ainda pouco definido, pode contribuir para uma atenção e um cuidado integral às necessidades das pessoas e das famílias.

Como discutido no referencial teórico, *núcleo de competência e de responsabilidade* é “o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos de cada profissão ou especialidade” e o *campo de competência e de responsabilidade* é constituído pelos “saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades” (CAMPOS, 2007, p. 248-249). Conviver, identificar e respeitar os vários núcleos de competência do conjunto dos trabalhadores e, ao mesmo tempo, construir a compreensão de que o objeto de trabalho na saúde é o homem enquanto sujeito social possibilita também a construção da interdisciplinaridade (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001).

Isoladamente, o núcleo de competência de cada profissional não é capaz de atender a complexidade das necessidades de saúde apresentadas pelas pessoas e famílias. Por isso, é necessário que haja flexibilidade para que se construa um campo de competências e responsabilidades para o trabalho na atenção básica e

mais especificamente na SF, de modo que as ações de saúde possam adquirir um caráter mais integral. É nessa relação de complementaridade, interdependência e autonomia relativa com um saber próprio, que também convivem os distintos trabalhos dos profissionais da SF. Portanto, trabalhar em equipe na perspectiva da equipe integração não é algo fácil, rápido e de responsabilidade de um único grupo profissional. Exige esforço contínuo, construindo a idéia e a prática da equipe integração nos vários espaços de trabalho, de formação e, especialmente, nos espaços de construção de cidadania (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Peduzzi (1998) complementa que no processo de divisão do trabalho em saúde, os vários trabalhos especializados são processos conexos e complementares que, quando conjugados, ampliam as possibilidades para reconhecer e atender as necessidades das pessoas. Na narrativa dos trabalhadores, este aspecto se faz presente.

Ai, eu acho que a gente articula muito, né, com a equipe inteira, se não tiver a equipe inteira, se não tiver o agente para ajudar, você entendeu? Porque cada um vê com um olho diferente, o nosso olho aqui, sabe, para fora da unidade, é... é real, entendeu? O que a gente passa para eles é real, e eles sabem disso, porque lá dentro eles não sabem o que se passa aqui fora (Silêncio) (*entrevista 5, ACS*).

É, todo o trabalho depende do outro, né? O médico depende da gente, o enfermeiro também, porque todo mundo tem suas atribuições, não dá tempo de fazer tudo, então, o trabalho depende do outro, né? É... uma coisa que funciona igual a uma engrenagem, né? Uma pecinha precisa da outra, a outra vai. Então assim, tem que ser um grupo mesmo, tem que saber interagir. Eles precisam da gente. [...] Então, eu acho que tudo tem um vínculo mesmo, é necessário, tem que ser realmente um grupo para gente ajudar, porque uma pessoa só, como diz o motorista, uma andorinha só não faz verão. Então, um profissional só não consegue fazer tudo, não consegue resolver tudo. Um depende do outro e isso é muito importante em um grupo de pessoas trabalhando para promover a saúde da população (*entrevista 8, trabalhador de saúde*).

O trabalho do ACS como laço ligação significa que ele também faz parte da construção do plano do cuidado elaborado pela equipe de saúde, sua atuação parece se dar na perspectiva da construção conjunta de um projeto assistencial em comum. Isso pode ser exemplificado no fragmento abaixo, na situação em que a pessoa

portadora de asma, é consultada pelo médico, faz sempre aerossol e o problema não é resolvido, porque o modo como a pessoa vive é desconhecido pela equipe.

Eu acho que hoje, no tempo de hoje, se for acabar o Programa de Saúde da Família, acho que nenhum vai conseguir ficar longe do outro [...]. Então, eu acredito que ajuda bastante, porque, nós, como nós temos o conhecimento de como vive a pessoa, a família na casa, nós temos noção de como eles vivem, então nós passamos para eles que ficam lá dentro do posto e nem sempre, eles sabem, geralmente, a situação da família. Então esse é um trabalho que vale a pena investir muito nele, porque quando a equipe está unida, tudo dá certo, tanto nós ajudamos eles como eles ajudam nós. Nós ajudamos eles de que forma? Levando os problemas para eles, levantando às vezes, tem uma pessoa que às vezes tem assim, uma asma muito grande, assim, passa no médico, vive fazendo aerossol e aquele problema não sara. Só que às vezes nem sempre eles sabem que na casa lá tem gato... tem um monte de tapete, tem cortina, tem cachorro. Então quando é assim, nós vamos passar, eles chegam e perguntam "Mas, fulano fez isso, fez agora há pouco tempo esse tratamento, está repetindo o tratamento novamente, o que está acontecendo?", aí, a gente geralmente fala "Não, mas lá, oh, é parede úmida, é isso que tem, é isso, é isso", aí, nós estamos ajudando eles. Aí de que forma eles vão ajudar nós? É ajudando nós a convencer a família a melhorar a situação da casa (*entrevista 3, ACS*).

O ACS, por sua vez, é o trabalhador que detém as informações mais fidedignas sobre a pessoa e o ambiente domiciliar que podem influenciar no processo saúde-doença-cuidado. Isso parece também proporcionar certa segurança e tranquilidade para os outros trabalhadores desempenharem suas atividades, uma vez que estes passam a conhecer melhor as pessoas e o território onde estão trabalhando.

Ah, eu vejo de fundamental importância [o trabalho do ACS]. Nossa! Eles são mesmo como muitas vezes as pessoas já chegaram a falar, né? Eles são os nossos braços e os nossos olhos, entendeu? Eles chegam lá na casa, eles são capazes de ver o que está acontecendo, de trazer para a gente essa informação, ou de levar alguma coisa quando a gente necessita de alguma coisa mais urgente, entendeu? De levar alguma atividade, alguma coisa para fazer. Então assim, eles... são imprescindíveis, né? Eu fico imaginando, eu já pensei nisso outras vezes, eu falei "Gente, como será trabalhar na unidade sem o agente comunitário de saúde?", eu já não consigo mais pensar, entendeu? Outro dia eu fiquei pensando, eu falei "Nossa! Mas deve ser muito complicado". Eu pareço que já vou desaprendendo a trabalhar, sem agente comunitário eu não vou saber mais a trabalhar (risos). É, já pensei nisso. Falei "Gente, vai ser muito complicado!", porque aqui é... pensando em uma coisa "Não, não...", na hora, "... não tem problema, vamos olhar a rua tal, que fulano vai". Pronto!. Eles já têm a pasta, já têm a ficha, já têm toda informação. Isso dá uma tranquilidade para a gente, porque a gente trabalha em um local onde a gente reconhece, sabe o que está acontecendo, entendeu? É em um chão reconhecido, né? Não é em um deserto, em um local que você não tem

noção do que tem. Então, nossa! Eu não consigo imaginar mais trabalhar sem eles. [...] E quando a gente chega [na VD], é assim, chegamos juntos, interados do assunto, sabendo o que a gente está falando, né? Ontem, eu fui numa visita que não era da minha área, era da área da [nome da outra enfermeira], mas ela está em férias. Então era... o pessoal do SAD [Serviço de Assistência Domiciliar], fez um contato conosco e... a respeito de uma paciente que estava fazendo é... solicitação, como que era a história? Ai gente... de fisioterapia. Isso. Aí, eu entrei em contato com a agente comunitária, a agente comunitária me informou tudo, ela falou assim "Essa paciente há tantos anos, já fez fisioterapia em tal local. Assim, assim, assim...", me contou tudo como é que fazia. Peguei a pasta, vi, vi as duas visitas últimas que a [nome da enfermeira da equipe] tinha feito, os registros tudinho. Então, a agente já sabia de tudo, sabe assim? Achei interessante. Ela sabia de tudo que estava acontecendo com aquela paciente. Aí, nós fomos lá na casa dela, fui vê-la, faz uso de oxigenoterapia contínuo, né? Continuamente, é... expliquei direitinho o quê que a gente, né? Por quê que nós estávamos lá. Então, assim, foi muito legal, porque a agente já se comprometeu em tomar determinadas atitudes, né? Quando nós voltamos, eu comentei com ela "Oh, vamos falar isso com o doutor que volta segunda-feira de férias", então, ela já vai registrando, sabe? Já vai anotando tudo. Quando nós chegamos, nós já passamos também o caso para a auxiliar da área. Então assim, a gente acaba informando todo mundo, né? (*entrevista 6, trabalhador de saúde*).

Parece que a interação do ACS com o outro trabalhador de saúde acontece em uma comunicação intrínseca ao trabalho em equipe que é revelada na elaboração de um objetivo comum (PEDUZZI, 2001). Nesse caso, o objetivo comum é o cuidado da pessoa que parece ser pensado conjuntamente entre outros trabalhadores de saúde e os ACS.

Cada trabalhador na SF tem seu núcleo específico de competência, sendo todos eles importantes para o processo de construção do cuidado integral. No caso do médico, pode ser a possibilidade de estabelecer o diagnóstico individual e instituir o tratamento adequado. Em relação ao enfermeiro, seu núcleo de competência está centrado no cuidado de enfermagem e no monitoramento das condições de saúde individual e coletiva (ALMEIDA; MISHIMA, 2001). Pensando no ACS, seu núcleo de competência e responsabilidade pode estar se conformando, em um processo histórico e social dessa profissão, em ações de construção de vínculos com a comunidade, e entre os outros trabalhadores, adequando a produção de cuidados em saúde às necessidades das pessoas do território de abrangência da unidade de saúde.

Os trabalhadores de saúde se comunicam com os ACS para obterem informações mais qualificadas sobre as pessoas, as famílias e a comunidade, na perspectiva de adequarem ou complementarem os cuidados, porque os ACS “fazem vínculo” e “conhecem as necessidades das pessoas”.

Eu tenho uma paciente, a menina dela, ela fala que a menina dela tem problema mental... tem algum problema, tudo. Aí, outro dia, a menina foi lá, brigou com ela, bateu na filha dela, sei lá, sabe? Tudo essas coisas. Mas aí, eu sei que essa família é complicada, porque o pai usa droga, a mãe usa droga, a menina vive nessa casa conturbada, desse jeito. Que jeito que ela queria que a criança fosse animada? Aí eu falei, a médica encaminhou para o psicólogo (silêncio). [...] Porque ela atendia essa menina e via que o comportamento dela era estranho e tudo, só que ela não sabia. Aí, um dia ela chegou para mim “[Nome da ACS], você visita tal família? Você sabe por quê que ela é assim?”, aí eu peguei e falei para ela, falei “Doutora, o pai abusa da mãe, a mãe usa droga, vive nessa bagunça. Como é que a criança vai se animar? Precisa de apoio, né, precisa de psicólogo, alguma coisa, né?” (*entrevista 5, ACS*).

É... o agente conhece muito o território, ele conhece as dificuldades é... sobre várias coisas, sobre vários aspectos, a escola... na questão do saneamento... nas dificuldades do pessoal se o esgoto está em céu aberto, se já foi acionado, se não foi, quando foi. Então, eles sabem da Associação [de Moradores do Bairro] como que... como é que a Associação, se ela é participante, se não é. Então, detalhadamente assim da comunidade, eles sabem muita coisa, né? Então, isso traz, facilita muito assim, você é... melhorar, adequar a assistência que você está pensando, que o pessoal está propondo para a comunidade. Facilita muito, né? [...] Olha, eu acho assim, eu não consigo mais pensar (risos) uma unidade de saúde sem ter os agentes, né? Eu acho realmente que ele que faz o vínculo, ele dá agilidade às questões da unidade de saúde. Antes você, assim, o paciente estava mal, tem paciente que não, você fala é... para o agente, ele sabe, né? É do endereço dele, porque se você pegar o endereço, né? Ele sabe exatamente que é a família, o cuidado daquela pessoa, porquê que é assim, porquê que a criança está assim, entendeu? Então, você complementa o seu atendimento dentro da unidade de uma forma, assim, muito rápida, né? (*entrevista 11, trabalhador de saúde*).

Assim, o ACS é o trabalhador na equipe que tem em seu cotidiano a atribuição de estar mais próximo às famílias. É ele que adentra o território da família e estabelece gradativamente o vínculo numa perspectiva da atenção longitudinal. Não se pode desconsiderar ainda que o ACS é alguém da comunidade que vive e convive, em grande parte das vezes, com os mesmos problemas das pessoas as quais acompanha.

Da mesma forma que os ACS são solicitados pela equipe para contribuírem para um plano de cuidado, eles também procuram pelos outros trabalhadores quando se deparam com necessidades da população que não conseguem solucionar sozinhos.

Os agentes identificam... às vezes, problemas que eles não conseguem resolver, né? [...] E o agente, vamos dizer, se ele fala assim "Vamos lá que você vai ter mais argumento para conversar com ele, porque eu já estou convidando, estou falando, mas não está adiantando". [...] Ele procura e fala de uma determinada pessoa que está com pressão alta, que ele já foi lá, já visitou e a pessoa não segue tratamento (*entrevista 9, trabalhador de saúde*).

A ACS foi à farmácia para falar com o farmacêutico e solicitou que ele olhasse no cadastro do computador o nome de uma usuária que não buscava os medicamentos e apenas pegava paracetamol e faltava às consultas. O farmacêutico mostrava-se disposto a ajudá-la e foi indo até o computador para fazer a busca. Ao encontrarem o nome da usuária, discutiram entre si que desde julho de 2007 ou 2006 a usuária não ia buscar os medicamentos e os motivos pelos quais a usuária estava faltosa nas consultas médicas (*observação 3*).

Na sala de pré e pós-consulta de enfermagem, a ACS entrou dizendo **"Ô [nome auxiliar de enfermagem], eu já não posso pegar a receita e levar esse remédio para a criança?"**. A auxiliar respondeu **"Veja com as enfermeiras aí..."**, e acrescentou olhando para a enfermeira **"Pode levar [nome da enfermeira]?"**, **"Que criança?"**, perguntou a enfermeira terminando de fazer uma anotação. A ACS respondeu rindo **"Não sei"**. A auxiliar levantou-se e foi pegar um prontuário que estava em cima da bancada da pia. Abriu-o, retirou uma receita médica e entregou-a para a enfermeira. A ACS observava em silêncio. A enfermeira olhou o que estava prescrito na receita e disse calmamente **"Pode, pode sim. É só orientar"**. Aproximaram-se uma das outras e as três liam juntas o sulfato ferroso prescrito. A enfermeira foi dizendo **"É sulfato ferroso. Iniciar com três gotas e ir aumentando três por dia, até chegar a nove"**, olhou para a ACS e continuou **"Fala para tomar com suco de laranja"**, **"Tá"**, respondeu a ACS, pegando a receita e saindo da sala (*observação 22*).

Apesar de haver momentos destinados à troca de informações entre os trabalhadores de saúde, tais como a reunião de equipe, a comunicação acontece também fora desses espaços mais formais a depender da tomada de decisão do trabalhador frente às situações com que se depara.

Que às vezes, certos casos não dão para esperar na reunião só, então, antes disso eu já vou, vejo um horário que ela [a enfermeira] está mais assim e ainda falo para ela, às vezes, ela está atendendo, eu falo para ela "Você, vê um horário que dá para você falar, né, comigo? Que eu estou com um problema que precisa resolver", aí ela vê, aí tem hora que ela me chama... aí quando está mais calmo, ela me chama (silêncio). [...] Por exemplo, desse caso da dona [nome da pessoa], eu tive que ir no mesmo

dia... por quê? Além, desses problemas tudo, ela não estava tomando o remédio, e a doutora [nome da médica] não quer fazer a receita do Clonazepam para ela. [...] Porque é muito tempo... ela abandonou o tratamento lá... e ela [a médica] é clínica, ela não é psiquiatra, né? Ela só estava renovando a receita, mas já deu o tempo já. [...] Quer dizer, ela [a usuária] está totalmente descontrolada, está sem remédio e tudo. Fala para ela, encaminha para a Saúde Mental, ela não quer ir, entendeu? Ai, eu falei para a [nome da enfermeira] e ela ia encaminhar novamente para a Saúde Mental, para ver, né, se eles dão a receita lá para ela continuar tomando o remédio (*entrevista 5, ACS*).

Na sala de enfermagem, a enfermeira conversava com a ACS a respeito de uma carta de convocação que elas enviariam para um usuário que estava com infecção urinária. As duas conversavam em pé, a enfermeira parecia apressada para fazer outra atividade e foi saindo da sala. A ACS a acompanhava pelo corredor quando outra ACS abordou a enfermeira para perguntar quem iria fazer o curativo de um usuário. A outra ACS se aproximou novamente e informou à enfermeira sobre a reunião de quarto que não tinha dado certo e foi cancelada (*observação 5*).

Nas falas e nas observações acima, parece que o ACS estabelece com os outros trabalhadores de saúde e, vice-versa, uma comunicação livre de coações, possibilitando, de certo modo, que os planos de ação sejam elaborados em conjunto, pois há uma procura mútua entre eles a fim de obterem informações ou solicitarem ajuda para o cuidado das pessoas e das famílias.

No entanto, o excesso de atividades e a falta de tempo disponível relatados pelos trabalhadores para compartilharem informações, parecem ser fatores que dificultam o estabelecimento de uma comunicação efetiva a fim de elaborarem, juntos, planos assistenciais em comum. Isso é observado tanto para os espaços informais, como por exemplo, nos corredores; quanto para os espaços formais, como na reunião de equipe.

No final da tarde, na sala de pré e pós consulta de enfermagem, a enfermeira pesava uma criança e conversava com a mãe. A ACS aguardava próxima à enfermeira, parecendo querer lhe falar algo. Por um instante, a enfermeira voltou-se para a ACS e esta começou a dizer sobre o caso de uma usuária que estava com infecção urinária e não queria tomar os medicamentos. A enfermeira foi saindo da sala com a mãe e a criança e, ao mesmo tempo, conversando com a ACS que a seguia falando sobre o caso. A enfermeira seguia a frente e de costas para a ACS. Esta ia acompanhando a enfermeira e falando pelo corredor. Ao final, a enfermeira apenas informou que já havia conversado com esta usuária. A ACS disse que então estava tudo bem e saiu para ir embora (*observação 5*).

Para ela [a médica] é mais... ela vem, às vezes ela vem no meio da reunião, às vezes ela vem no final. [...] Às vezes, elas [as auxiliares de enfermagem] estão fazendo alguma coisa, às vezes elas chegam no meio [...]. Eles [equipe de SB] estão fazendo algum procedimento, alguma coisa, não tem como... participar (*entrevista 5, ACS*).

Eu ultimamente, nem está dando para participar [da reunião de equipe], porque não está dando tempo. Porque se for à reunião, aí, tem as coisas para fazer. Você tem que esterilizar gaze, cortar papel, fazer um monte de coisa lá, auto-clave para limpar. Aí, a gente de vez em quando é faxina, não dá (*entrevista 7, trabalhador de saúde*).

Além do excesso de atividades e da falta de tempo, os relatos dos trabalhadores também indicam que a sobreposição (e até mesmo a valorização) de atividades individuais às atividades coletivas se constitui também em um dificultador para se construir espaços nos quais as práticas comunicativas podem se tornar mais potentes entre os trabalhadores.

O fato dos ACS poderem acessar os trabalhadores e estabelecerem comunicação em uma relação dialógica pode colaborar para que os ACS sejam facilitadores da acessibilidade das pessoas aos serviços de saúde, pois, se por um lado eles levam os trabalhadores às casas das pessoas, por outro, as pessoas, quando vão à unidade de saúde, também procuram primeiro pelos ACS, porque reconhecem que estes são capazes de atender suas necessidades ou organizarem a demanda para os outros trabalhadores de saúde, buscando ajuda ou informações com a enfermeira ou com o médico, por exemplo.

As pessoas vêm muito atrás da gente agora. Chega lá no posto... em vez deles irem procurar alguém, vêm procurar a gente para tentar resolver o problema para eles [...] Eu acho bom. Elas confiam na gente (*entrevista 2, ACS*).

Às vezes mesmo, qualquer coisinha, primeira coisa que eles [os usuários] procuram é o agente de saúde para ver o que pode ser feito. Então, eu acho um vínculo muito bom, porque a proposta é essa, não é para a pessoa ir logo direto no posto procurar, eles procuram o agente de saúde, passam para ver o que pode ser resolvido, então, eles sabem direitinho o rumo onde procurar. Porque eles sabem que se é preciso de eu ir com o enfermeiro, eu vou com o enfermeiro; se precisa de ir com o médico, eu me programo para ir com o médico (*entrevista 3, ACS*).

Um usuário com o uniforme de trabalho todo molhado pela chuva que caía naquele dia, foi entrando discretamente na sala onde estava a ACS e, quando a viu, disse sorrindo **"É com a [nome da ACS] mesmo que eu**

quero falar!". Ela levantou-se e foi conversar com ele. O usuário, todo preocupado, explicou que chegou atrasado para a coleta de sangue do exame de dengue [o horário da coleta de sangue é às terças-feiras e quartas-feiras, das 7:00 às 9:00], porque foi difícil de ser liberado do serviço. Disse também que seria necessário levar um atestado, não sendo a declaração suficiente para comprovar que esteve na unidade de saúde. Do contrário, perderia o turno de trabalho. Na unidade, a declaração pode ser fornecida pelas enfermeiras ou pelas auxiliares de enfermagem, porém o atestado pode ser feito apenas pelos médicos. A ACS pegou o pedido do exame, molhado por conta da chuva, e foi falar com a auxiliar de enfermagem que estava na sala de curativos assépticos, local onde é feita coleta de sangue. A auxiliar, parecendo atenciosa, olhou o pedido de exame com atenção e disse para que a ACS procurasse a outra auxiliar que era a responsável pela coleta. A ACS assim o fez, encontrando-a na cozinha tomando café, em pé, próxima à pia. Outras pessoas conversavam na cozinha. A ACS entrou e foi direto falar com a auxiliar que também pareceu atenciosa, olhando o pedido que a ACS lhe mostrava. A auxiliar disse, então, que verificaria se poderia colher o exame e armazená-lo na geladeira até o outro dia. A ACS completou dizendo do atestado que o usuário precisaria e depois retornou para dar uma resposta ao usuário. Explicou-lhe que tinha falado com a auxiliar, pediu para aguardar mais alguns instantes e disse que já havia falado sobre o atestado, mas que era para lembrar-se de pedir novamente quando fosse conversar com ela. O usuário agradeceu-lhe e sentou-se para esperar parecendo satisfeito com a ação da ACS (*observação 3*).

Uma das características importante no cuidado à saúde é a relação direta que se estabelece entre a equipe de saúde e a população. Essa relação precisa ser estabelecida de forma adequada, seja no primeiro contato ou nos contatos subseqüentes entre esses dois atores do processo (FEKETE, 1997).

Isso nos leva a refletir que dificuldades de interação entre trabalhadores de saúde e ACS podem representar dificuldades de comunicação com a própria comunidade, pois o ACS é o seu representante nos serviços de saúde.

A característica de laço de ligação do ACS parece presente no trabalho da equipe de saúde, no sentido dos trabalhadores estabelecerem comunicação com os ACS para complementarem suas ações de cuidado, bem como, a iniciativa dos próprios ACS de se comunicarem com os outros trabalhadores. Isso parece influenciar também a própria atitude das pessoas frente à unidade de saúde, apropriando o trabalhador ACS como interlocutor das relações entre equipe e usuários.

Já na outra dimensão, a de elo de ligação, as atividades desempenhadas pelos ACS dizem respeito muito aos aspectos técnicos e operacionais do trabalho,

como por exemplo, apenas entregar encaminhamentos e enviar recados do serviço de saúde para as pessoas sem articulação com ações mais integrais de cuidado.

Porque não tem telefone [...]. Muitas [cartas para avisar sobre encaminhamentos] vão pelo correio. Quando está em cima da hora, elas entregam para nós, para a gente entregar para o paciente. [...] Às vezes, consultas que vai ser remarcada, às vezes o doutor não vai atender naquele dia, remarca também, aí a gente entrega também (*entrevista 5, ACS*).

Tem um exame alterado, você pode na hora, você fala com ele [o ACS], o paciente está aqui à tarde (risos), daí duas horas. Então, tem uma agilidade muito grande, porque tem uma parte que não tem telefone... tem dificuldade nessa questão da comunicação, né? (*entrevista 11, trabalhador de saúde*).

Nessa dimensão, os ACS e os outros trabalhadores não estão interagindo entre si, pois a comunicação para se construir um projeto assistencial em comum não é exercida ou, quando exercida, ocorre apenas como meio de otimização da técnica. As ações desempenhadas pelos ACS ficam restritas à contribuição para agilizar o trabalho dos outros profissionais quando há ausência de instrumentos para o trabalho, como o correio ou o telefone.

Ah, eles [os outros trabalhadores de saúde] vêm bem, tipo assim, a gente se esforça bastante, né. Então, tudo o que eles pedem para a gente fazer, a gente está sempre fazendo... então, acho que não tem assim do que reclamar. [...] Ah, que nem para entregar um encaminhamento de urgência, levar uma cartinha, chamar a paciente lá para o médico atender agora, dar um recado... ir lá falar que... vamos supor, se fica alguém lá... no soro, pede para ir lá avisar a família que está lá sozinha que é para ir para buscar ou para ir ficar de companhia... às vezes, a mãe esqueceu alguma coisa não dá para ir... pede para a gente estar indo buscar... a gente sempre está fazendo... [...] (Silêncio). Bom, não é serviço da gente, mas a gente faz de boa vontade (*entrevista 4, ACS*).

Às vezes, a gente precisa do, como eu te falei dos exames alterados, alguma coisa, se você for mandar uma carta, que nem todo mundo tem telefone, se você for mandar uma carta pela Secretaria, demora muito tempo. Então, a gente usa as agentes "Oh, leva essa carta para fulano de tal, faz uma orientação e tal" e eles vêm. Então, a gente usa mesmo elas. Necessidades, agora chegou, foram reagendados os horários lá e como é mais rápido, tem que mandar pelas agentes. Então, elas contribuem muito como o serviço da gente. [...] [Na mudança] de dia, de data, de hora. Então, a gente usa delas também (*entrevista 8, trabalhador de saúde*).

Da mesma forma que as pessoas podem conceber os ACS como facilitadores do acesso ao serviço de saúde quando há comunicação intrínseca ao trabalho em equipe entre os ACS e os outros trabalhadores, podem também

concebê-los como meros marcadores de consultas ou entregadores de recados se as ações são articuladas apenas no âmbito da técnica e da operacionalização das atividades. Para Silva et al. (2004), a função dos ACS apenas como veiculadores de informações sem estabelecimentos de interação e diálogo entre os sujeitos caracteriza-os como um elo.

Oh, bom, no pedaço que eu trabalho, no começo não foi difícil não, para cadastrar, mas eu acho que a pessoa acomoda, sabe? Quer, como é um pouco longe, eles [os usuários] querem, tipo assim, que você faz para ele, eles não querem subir até a unidade para fazer. Então, às vezes fica meio difícil, porque se você faz uma vez eles querem que você faça sempre. [...] Eu falo assim, marcar consulta... é... ficar vendo as coisas para eles, depois dando recado, sabe? Quer que a gente fica assim direto. [...] A gente faz assim, vamos supor, você não pode ir, você trabalha o dia inteiro... tal, dependendo da pessoa você dá até uma ajuda, até vai lá marcar, depois traz de volta para ela. Porque se fizer para todo mundo, ninguém vai querer ir ao posto (risos). É difícil, porque você passa, você orienta, você avisa tudo. Mas não você pegar e fazer para eles, eles que têm que vim fazer, porque depois dá alguma coisa errada, aí, sobra para a gente (*entrevista 4, ACS*).

Apesar disso, essas atividades podem também demonstrar preocupação e cuidado com as singularidades de cada pessoa em situações específicas como revelado nas falas abaixo.

Oh, é assim, na minha área, eu pego, por exemplo, o cartão da pessoa, a pessoa que está doente, a pessoa que trabalha muito para fora, não tem como vim no posto, e às vezes marca consulta e no dia da consulta tem que pegar atestado, tudo, aí, eu marco. [...] Para clínica, eu vou lá no [nome do funcionário da recepção]. Aí, ele marca, eu pego o cartão e eu devolvo para a pessoa depois [...]. Para mim, as mulheres, às vezes pedem, GO, né, tudo, aí eu marco. Às vezes eu deixo na casa um bilhetezinho, ela já sabe, a gente já combina de deixar na caixinha do correio, deixar com a vizinha, é assim. [...] Pego o cartão, vejo a data DUM, da última, né, aí eu pego e dou lá para a [nome da auxiliar de enfermagem], ela vai no computador e vê as disponibilidades e depois ela me devolve o cartão para eu devolver para a pessoa, para o paciente (*entrevista 5, ACS*).

São áreas mesmo descobertas. Porque não são todas as áreas que têm agente comunitário. Acho que quase todas as equipes têm um trequinho descoberto que não tem o agente específico daquela área, então, às vezes, a gente pede ajuda para quem está disponível ou quem passa por ali. As meninas mesmo, às vezes, é... não é área dela, mas é a vizinha dela. Então, ela fala "Não [nome da auxiliar de enfermagem] deixa aqui, a hora que eu for para casa, eu bato lá na minha vizinha e entrego a cartinha. Eu converso com ela e explico que ela vai lá te procurar por isso ou por aquilo". Então, às vezes não é questão, fora do horário do serviço dela, ela passa lá e conversa com a pessoa que é um vizinho [...]. Quando a gente, por exemplo, precisa de uma convocação de urgência... que nem já aconteceu de... às vezes a máquina que faz hemograma quebra, aí, a gente é avisado

pelo laboratório que... aqueles pacientes terão que ser reconvocados. Se eu for fazer uma cartinha... botar no correio... e mandar, vai atrasar um mês pelo menos para o paciente vim e colher aquele exame. Então, às vezes, eu vejo da onde que é, eu já faço os pedidos, anoto os endereços certinho, aviso os agentes que vão ter que ser chamados, explico o que aconteceu, eles vão e entregam. Muitas vezes, tem áreas, por exemplo, que não têm agente comunitário. Às vezes pode ir um agente que pertence àquela equipe e às vezes vai aquele que está disponível, independente de ser da área dele ou não. Mesmo, que aquilo lá não é função dele, mas eles colaboram, porque aí não é indagação de ser função ou não, entra a questão da colaboração, né? Eles colaboram para que aquele trabalho seja agilizado. Questão de convocação de vacina mesmo, às vezes a gente manda cartinha, o paciente não vem, a gente avisa o agente. O agente vai lá, às vezes conversa com a família... ou às vezes o agente vai lá e fala... é... às vezes nem é área que é coberta, ele chega lá e fala assim para mim "[nome da auxiliar de enfermagem], olha, essa família não mora mais naquela residência", como não tem agente, eu não sei. E eu fico mandando cartinha, mandando cartinha e sem resposta. Às vezes contando com a boa vontade dele ir lá naquela casa que não é da área dele, ele vai lá, ele descobre mais informação para mim, facilitando para mim e questão também do próprio paciente, né? *(entrevista 9, trabalhador de saúde)*.

No entanto, entregar recados ou marcar consultas de forma mecanizada sem diálogo ou interação entre os sujeitos não deve constituir o foco das atividades dos ACS. A eles não deve ficar delegada a função meramente de entregar os recados, mas precisam estar envolvidos em uma atitude de co-responsabilidade para com as pessoas e com o processo de cuidado da equipe como reconhecido nas falas seguintes.

Um trabalho bom é você dedicar e fazer o melhor para resolver o problema da pessoa, porque não adianta você ir lá, levar informação, você só leva informação e sai de lá e pronto. Eu acho que tem que buscar solução também *(entrevista 3, ACS)*.

Então, os próprios agentes comunitários, às vezes, vêem a necessidade de... visitar tal família, porque aquela pessoa acamada não tem condição de vim, que às vezes a pessoa não... às vezes não é nem totalmente acamada, às vezes é muito idoso, a pessoa que cuida também é outro idoso, tem dificuldade para locomoção [...]. Ele que vai, quando entra a campanha, ele já notifica "Olha, começou a campanha da prevenção contra a gripe", aí, é... às vezes ele que traz o cartão de vacina para a gente olhar... para ver se aquele paciente vai fazer, se precisa ou não, né? E a gente marca o dia da campanha que vai ser o dia de ir na casa, é o agente que vai lá, deixa a família já avisada, esperando a gente *(entrevista 9, trabalhador de saúde)*.

No Planejamento Familiar às vezes acontece assim, porque as pacientes perguntam para o agente comunitário, a agente comunitária sabe quando é o dia da reunião, aí... sabe assim? Já avisa, ou às vezes, a paciente um dia perguntou para nós aqui, depois eu lembro e peço para a agente comunitária reforçar quando for na visita "Você reforça fulano de tal que dia tal tem reunião do Planejamento", né? *(entrevista 6, trabalhador de saúde)*.

É possível perceber que as ações e atividades que os ACS vêm desempenhando estão inseridas em um trabalho de equipe que ora assume a configuração de integração, ora, agrupamento. Isso nos leva a concluir que o modo como o ACS se insere e é inserido na equipe de SF é dinâmico, porque esta também vive em uma dinamicidade que é própria do trabalho em equipe, em relações de hierarquia e subordinação, trabalhos diferentes e desiguais, construção de projetos assistenciais em comum, trabalhos interdependentes e complementares.

O que é preciso refletir é se o ACS está inserido em uma equipe que tende ser mais integração com potencialidade de mudanças ou mais agrupamento com reprodução de práticas engessadas sem possibilidade de serem transformadoras do cuidado de pessoas.

Parece que a forma como os ACS inserem-se e são inseridos na equipe de SF influencia o modo como são vistos e apropriados pela comunidade. Por um lado, podem significar facilidade de acesso ao serviço de saúde quando estão integrados à equipe e, por outro, meros entregadores de recados e marcadores de consultas quando são apenas agentes agrupados a uma equipe de saúde. Se no primeiro caso reforçam a característica de laços de ligação, no segundo, são elos rígidos forçando uma relação, sem diálogo e sem a utilização mais intensiva de tecnologias leves, entre comunidade e trabalhadores.

Segundo Nunes et al. (2002), a posição híbrida e de mediação do ACS, torna seu trabalho muito mais difícil. Porém, isso não representa um problema, mas um potencial desse ator social na equipe de SF. Para que essas potencialidades possam se transformar em práticas, é preciso que os pontos de conflitos emergentes sejam prioridades de reflexão, permitindo que sejam abertas as fronteiras do que era restrito somente ao saber biomédico.

Para que os pontos de conflitos, insatisfações e dificuldades sejam publicizados e compartilhados pela equipe em uma perspectiva de buscar melhorias em conjunto para o trabalho, espaços de diálogo precisam ser criados, reforçados e valorizados no cotidiano de trabalho da equipe de SF. Esses espaços também precisam ser capazes de potencializar a voz e a expressão dos ACS na equipe, porque são eles a presença e a voz de uma população que ainda sofre repressão de seus direitos, inclusive de seu direito à saúde e à cidadania.

Entender o ACS como representante da comunidade na unidade de saúde significa considerar que os elementos presentes na relação entre eles e os trabalhadores de saúde, seja na articulação das ações ou na interação, podem indicar também elementos presentes nas relações entre os trabalhadores e os usuários nos espaços intercessores de cuidado.

Nas observações abaixo, esses elementos podem ser comparados na conversa de um trabalhador de saúde com os ACS e no espaço intercessor entre outro trabalhador de saúde e uma usuária.

Às 16:25, na sala das ACS, algumas ACS conversavam sobre uma reunião que aconteceria a alguns instantes a pedido de uma enfermeira. Estas pareciam aflitas e preocupadas, porque algumas ACS tinham saído e não estavam na unidade. Falavam baixo. Algumas entravam e saíam da sala parecendo inquietas. Diziam não saber exatamente qual seria o assunto abordado na reunião. Algumas ACS saíam para chamar as outras que estavam em outros locais da unidade. Aos poucos, todas foram chegando e se reunindo na sala, inclusive as ACS que não estavam na unidade, mas que já tinham retornado da rua. A enfermeira entrou na sala, sentou-se e disse que iriam falar sobre os novos casos de dengue na área de cobertura da unidade. Primeiramente, falou sobre um curso de aperfeiçoamento profissional que aconteceria nos bairros de abrangência da unidade. Falava em tom de voz moderado e olhava para todas as ACS. Disse sobre os objetivos do curso, as datas, as inscrições, a idade dos participantes e alguns outros detalhes. Dizia que o curso, dentre outros assuntos, abordaria temas sobre como fazer currículo. A enfermeira incentivava as ACS a participarem também, caso pudessem. As ACS faziam alguns breves questionamentos para confirmar as informações, como por exemplo, a data e os horários desse curso. A enfermeira começou, então, a falar sobre o benefício do Programa Bolsa Família quanto às dificuldades que as ACS vinham tendo para convocar as pessoas para irem à unidade pesar e medir. Sugeriu que elas colocassem uma observação ao escreverem as cartas de convocação, dizendo que se as pessoas não comparecessem poderiam

perder o benefício. Acrescentou ainda que elas não precisariam retornar várias vezes para convocar as pessoas e que estas fossem avisadas somente uma única vez por meio da carta. As ACS concordavam manifestando-se verbalmente e por meio de gestos. Pareciam demonstrar que acatariam a decisão da enfermeira e não fizeram nenhuma objeção. A enfermeira acrescentou que conforme elas fossem colhendo as medidas (peso e altura), poderiam ir enviando à unidade Distrital de Saúde para que os dados fossem sendo digitados. Disse que mesmo que as planilhas não tivessem sido preenchidas totalmente era possível recortá-las e enviar em partes. Explicou que era necessário fazer isso, porque havia poucas pessoas na Distrital para fazerem o serviço de digitação e que se as ACS deixassem para enviar todas as planilhas de uma só vez, sobrecarregaria estes funcionários. Conforme a sugestão de outro enfermeiro da unidade, falou também sobre a possibilidade de organizarem reuniões periódicas com as famílias que recebem o benefício do Bolsa Família para que fossem feitas atividades de educação em saúde. Acrescentou que por enquanto só estavam alimentando os dados e que seria pensada nesta possibilidade mais para frente. A enfermeira disse que era uma forma de utilizar o Bolsa Família como um recurso para obrigar as pessoas a participarem dessas reuniões de educação em saúde. As ACS não faziam ou faziam poucos questionamentos e ficavam a maior parte do tempo em silêncio, olhando fixamente para a enfermeira. Depois de ter passado as informações, a enfermeira foi se levantando e perguntou se as ACS tinham algo mais para dizerem **"O que mais, meninas?"**. As ACS fizeram silêncio. A enfermeira começou, então, a dizer sobre a vacina da Febre Amarela, eram algumas orientações que a Secretaria Municipal da Saúde havia enviado para as unidades para utilizarem a mesma agulha para aspiração e aplicação da vacina. Nesse instante, ela falou em baixo tom de voz e rapidamente, sem qualquer outra explicação, parecia ter feito isso a título de informação. Sentou-se novamente e uma ACS comentou que tinha visto na televisão que se a pessoa estivesse com Febre Amarela, não podia fazer a vacinação da gripe e questionou a enfermeira sobre esse assunto. Esta explicou rapidamente o motivo, sem se certificar se a ACS havia compreendido. A ACS não fez nenhuma outra pergunta e apenas balançou a cabeça positivamente. A enfermeira começou, então, a falar sobre os casos de dengue que vinham crescendo na área da unidade de saúde. Enquanto ela informava os novos casos positivos de dengue, as ACS somente iam dizendo se eram de suas áreas ou não. Ficavam assustadas quando novos casos iam sendo citados pela enfermeira, mas não diziam nada, ouvia-se apenas pequenos sussurros **"Nossa!"**, **"Ham!"**. A enfermeira terminou de falar, levantou-se e foi saindo da sala. Novamente, a ACS questionou sobre a imunidade aos tipos de vírus da dengue. A enfermeira virou para as ACS e explicou rapidamente sobre os quatro tipos de vírus da dengue e saiu em seguida. As ACS ficaram em silêncio. Alguns instantes depois, a enfermeira retornou à sala e, em pé na porta, reforçou a orientação sobre as cartas de convocação do Bolsa Família. Quando a enfermeira saiu, as ACS fizeram silêncio como se estivessem pensativas. Uma delas questionou a respeito das datas para as inscrições do curso. Disse que não tinha entendido. Outras explicaram. Comentaram também sobre as planilhas a serem enviadas para a Distrital que não seria bom dessa maneira, porque seria necessário enviar em partes, recortando a planilha. 16:45 (*observação 5*).

A ACS estava no consultório médico, aguardando a médica para saírem para VD. A ACS já estava com a maleta de materiais em mãos [curativos, tubos para coleta de sangue, espátulas etc. Essa maleta é levada para algumas VD com outros trabalhadores para, caso seja necessário, realizar algum procedimento]. A médica atendia uma usuária que foi confirmar o resultado do exame de dengue que tinha feito. A médica atendia muito rapidamente, parecia apressada. Por vezes, a usuária parecia querer fazer uma pergunta, mas quando ia falar, a médica a interrompia, lendo os

resultados do exame e dizendo que o hematócrito estava abaixando, significando que ela estava seguindo corretamente as recomendações de beber bastante água. A médica, apesar de simpática durante toda a consulta, ficou a maior parte do tempo falando e escrevendo no prontuário, pouco olhou para a usuária, não demonstrando intenção em ouvi-la. Depois de várias tentativas para falar e muita insistência, a usuária perguntou, no final da consulta, se o resultado tinha relação com uma alteração no exame de sangue que ela tinha feito há alguns meses. A explicação da médica pareceu superficial, dizendo somente **“Isso não tem nada a ver... o importante é você continuar seguindo as recomendações que eu te fiz”**. A usuária acatou a explicação e até demonstrou ficar satisfeita, sorrindo, porém, não foi estabelecida uma comunicação entre ela e o trabalhador de saúde. A ACS ficou o tempo todo em pé e em silêncio, olhava ora para a médica, ora para usuária. Também parecia apreensiva. Em nenhum momento a ACS participou da consulta e a médica também não explicou para a usuária a presença da ACS ali no consultório. Depois da consulta, a médica saiu apressada do consultório chamando a ACS para a VD (*observação 4*).

Nem os ACS na primeira observação, nem a usuária na segunda, conseguiram participar efetivamente da conversa, estabelecendo um diálogo com o trabalhador de saúde. Essas duas observações se assemelham na forma de como os ACS e os usuários estão tentando se colocar diante da equipe como sujeitos ativos e co-responsáveis dos planos de execução ou de elaboração do cuidado. Parece haver também certo receio em se questionar e se posicionar diante das situações e dos trabalhadores de nível universitário. Isso pode acontecer pela presença de relações de poder, hierarquia, desigualdades sociais etc. Ao mesmo tempo, revela a dificuldade dos trabalhadores na SF para lidarem com as novas formas de cuidado, com a presença desses novos trabalhadores que são os ACS e dos novos atores que são os usuários com desejo de serem mais ativos no seu processo de cuidado.

Na prática comunicativa com os outros trabalhadores, os ACS ao falarem de si também estão falando da comunidade. Essa foi outra forma de comunicação identificada nesta pesquisa, mas não explícita diretamente nas falas dos sujeitos. O ACS ao falar de suas próprias necessidades de saúde está dizendo das necessidades da população da qual ele cuida. O ACS é parte da comunidade que

acompanha, mora no território de abrangência e compartilha, muitas vezes, das mesmas necessidades das pessoas e dos mesmos problemas do bairro.

A fala de uma ACS que é mãe e foi atendida com descaso em um serviço de pronto-atendimento quando seu filho adoecido precisou de cuidados retrata cenas que são cotidianas nos serviços de saúde que compõem a rede do SUS.

Na sala de pré e pós consulta de enfermagem, uma ACS de outra equipe de SF conversava com a auxiliar de enfermagem e a enfermeira, ambas de uma mesma equipe. Era uma segunda-feira pós-feriado de aniversário da cidade na quinta-feira anterior. A porta da sala estava fechada. A ACS contava sobre a dificuldade que ela teve durante o feriado para conseguir um atendimento de urgência para seu filho que tem três anos de idade. A ACS havia me contado que, desde bebê, seu filho tem refluxo gástrico e faz tratamento no Hospital das Clínicas. A ACS movimentava-se o tempo todo na cadeira, olhava ora para a enfermeira, ora para a auxiliar e para mim. Parecia impaciente e indignada com o que acontecera com ela e com o seu filho, tinha a voz um pouco trêmula, mas falava em voz baixa e pausadamente. A ACS contava que durante o dia 18, quarta-feira, seu filho não tinha passado bem ao entardecer, apresentando vômitos. Durante a noite, os vômitos se intensificaram e ela o levou para uma unidade de pronto-atendimento, chegando já com sinais de desidratação. Dizia demonstrando indignação **"Ele não tinha nem forças para chorar mais, parecia que estava verde, a boca já estava assim, sem cor, esbranquiçada"**. Disse que o médico plantonista os atendera com descaso, mandando-os embora apenas com medicamento para dor. Ela questionou a necessidade de colocá-lo em soroterapia e o médico nervoso e falando alto respondeu **"Sabe quantos anos se estuda para ser médico?"**. A ACS comentou conosco **"Eu sou agente de saúde, eu sei que ele [o seu filho] não estava bem!"**. Essa ACS tem também formação em técnico de enfermagem e a enfermeira comentou que às vezes, realmente, se é necessário lançar mão dos conhecimentos e dizer alguns termos técnicos para que os médicos vejam que você sabe o que está acontecendo. A ACS com os olhos mareados, disse **"[Nome da enfermeira], meu filho estava assim, ô, desfaitecido nos meus braços. Eu saí dali chorando"**. A enfermeira balançando a cabeça para cima e para baixo disse **"Eu imagino"**. A ACS continuou contando que quando voltou para a casa, teve vontade de ir até ali na unidade de saúde, pedir para o guarda noturno abri-la, pegar materiais e instalar, ela mesma, uma soroterapia em seu filho. No entanto, ligou no celular da médica de uma das equipes porque sabia que ela fazia plantão em outra unidade de pronto-atendimento. A médica não estava em plantão naquela noite, mas orientou que a ACS levasse seu filho até a unidade de pronto-atendimento que ela entraria em contato com sua colega que estava de plantão. A ACS comentou, **"Cheguei lá e ele já foi atendido rapidinho. Tomou dois litros de soro! Onde já se viu uma criança de três anos tomar dois litros de soro?"** (observação 22).

A narrativa aponta aspectos ligados à acessibilidade, à produção de um cuidado que não atende às necessidades e problemas desta mãe, ACS que se coloca na situação de um usuário. Mais uma vez a comunicação se mostra vertical e

autoritária na relação trabalhador de saúde e usuário. Aspectos presentes vividos pelo ACS, mas cotidianamente experimentado pelos usuários que os ACS acompanham em suas ações na unidade de SF.

Problemas nessa relação representam um obstáculo para a acessibilidade. Um exemplo disso pode ser identificado quando o médico adota atitudes, vocabulários e valores baseados em sua formação específica que dificultam a comunicação com os distintos grupos da população. Além disso, há de se considerar que os trabalhadores de saúde, em especial os de nível universitário, pertencem a um grupo socialmente diferente dos usuários. Obstáculos que compõem a acessibilidade na dimensão sócio-cultural podem estar relacionados com a formação de profissionais desvinculada da realidade, falta de preparo das equipes de saúde e instituições frente às distintas características sócio-culturais e incipiência dos processos de participação dos usuários na organização dos serviços de saúde. Assim, mudanças no aparelho formador são imprescindíveis, de forma que este assegure formação de profissionais de saúde coerente com as situações de vida e saúde da população

É preciso atentar para que a linguagem na equipe não seja utilizada como forma de poder e exclusão entre os trabalhadores como, por exemplo, quando há uso de “códigos” ou termos técnicos para aqueles que não compartilham das mesmas competências técnicas, dificultando a compreensão mútua (CRACO, 2006).

Isso nos leva a refletir que dificuldades de interação entre trabalhadores de saúde e ACS podem representar também dificuldades de comunicação com a própria comunidade, pois o ACS é o seu representante nos serviços de saúde. Portanto, podemos dizer que as relações sociais que são estabelecidas entre os ACS e os outros trabalhadores da equipe, podem ser as relações que a equipe está

estabelecendo também com a comunidade. Se os termos técnicos não são compreendidos pelos ACS ou se suas dúvidas não estão sendo devidamente esclarecidas, assim também pode ser para a comunidade.

Outra ACS conta sobre sua frustração diante de um mau atendimento recebido em um serviço de atenção terciária depois de aguardar aproximadamente um ano convivendo com uma dor crônica.

Então, para mim, foi até frustrante o dia que eu saí da consulta do HC [Hospital das Clínicas], que eu saí de lá assim, nervosa... triste por eu ser agente de saúde, por eu estar orientando as famílias a cuidarem da saúde enquanto têm saúde e quando chega a nível de um hospital que é preciso, eles não têm o mínimo de interesse. Então, eu saí de lá arrasada, saí de lá tão triste, tão triste de lá que eu esqueci até de pedir o papel de declaração. Então, eu saí de lá “P da vida”, falei “Puxa vida, a gente que é agente de saúde, a gente sabe que a nossa proposta é estar orientando a família a cuidar da saúde enquanto tem”, era o que eu estava fazendo comigo própria, né? Eu estava indo buscar saúde, enquanto eu tenho saúde, quando chegou no nível deles, eles não deram a mínima. [...] Eu me senti muito magoada e muito triste. Senti muito! Eu saí de lá assim, até chorando, na verdade, eu saí de lá até chorando, porque para você estar na área da saúde, trabalhando, lutando para buscar saúde, para a pessoa buscar a saúde enquanto tem e quando chega no nível deles, eles não dão a mínima [...] Aí, o que acontece? Como muitos a gente mesmo que sabe disso, a gente está achando que o próximo, ele não foi buscar ajuda, ele não foi na consulta, não é aquilo que eles falam para nós, porque fica como se a pessoa muito mente para nós “A pessoa foi? Foi nada, imagina! Quando já se viu o médico falar isso para ela? Ela não foi à consulta”. Então, eu senti isso na pele, quer dizer que nem tudo a gente pode acreditar que... só no que os médicos falam, porque tem vezes que a população está falando a verdade. Tanto que nem no posto de saúde, eles não acreditaram que eles tinham me dado alta, porque eles deram alta para mim. Aí, na hora em que a [nome da auxiliar de enfermagem] ligou lá, falou “Não [nome da ACS], você foi dado alta”, falei “Mas eu estou falando que eu tive alta, eles não marcaram nem o retorno!”. Eles não acreditaram que eu tinha recebido alta do hospital já na primeira consulta. Aí eles viram, aí sim, que eles foram ver que o que eu estava falando era verdade. Aí, elas ligaram lá, conversaram com uma moça lá, pegou minha pasta, conversou com a moça e ela falou “Não. Deram alta para ela, não marcaram mais nada, já deram alta”, quer dizer que na primeira consulta, uma coisa que ele não avaliou nada, eles não avaliaram nem o que estava escrito no laudo, ele simplesmente olhou a chapa. E nem olhou para o meu rosto, foi onde eu reclamei “E a dor que eu sinto? Eu vou continuar com essa dor? Eu sei que eu tenho dor direto”, ele falou “Não, mas isso não é nada não, eu vou te passar um remédio, você compra ele e toma”, que foi o Celebra, que na realidade, na farmácia é muito caro, eu não pude comprar, onde eu consegui uma amostra grátis lá no HC mesmo na quinta-feira passada [...]. Só que lutando, passando pela força da boa vontade de um funcionário que trabalha no posto, eles entraram em contato com o HC e marcaram nova consulta para essa quinta-feira agora, para o dia 10 agora, para rever de novo como que vai ficar. Mas agora é esperar. [...] Para fazer uma nova consulta para ver qual que é a conclusão deles, né? [...] Só espero que resolva, né? Ou que tenha solução ou não, eles dão uma resposta, fala “Oh, não tem o que fazer, por causa

disso, por causa daquilo”, porque a gente precisa saber o porquê que não tem, senão pode falar “Não tem nada” e pronto e acabou e a dor continuar e a gente não saber o porquê (*entrevista 3, ACS*).

As críticas feitas nas falas das ACS ao contarem suas histórias e expressarem suas necessidades de saúde podem refletir as necessidades da própria população, o sofrimento perante as situações freqüentes de descaso dos profissionais, a baixa resolutividade das ações de saúde, a dificuldade de acessarem os serviços e a falta de cuidados integrais a famílias e comunidade.

Os trabalhadores da equipe de saúde precisam atentar para as várias formas que o ACS está estabelecendo comunicação com a equipe na perspectiva da interação e trazendo as necessidades das pessoas. Afinal, ele também é membro da comunidade e a proximidade que tem com esta, torna-o um porta-voz na unidade de saúde.

4.3.2 Aspectos da divisão social e técnica do trabalho, da autonomia e da cooperação no trabalho do agente comunitário de saúde

O Ministério da Saúde aponta o trabalho em equipe como um dos pontos estratégico para o trabalho na SF, onde cada trabalhador a partir de seu núcleo de competência e responsabilidade poderia contribuir na articulação e integração de conhecimentos e práticas de forma a construir o campo de competência e responsabilidade na SF. De certa forma, fica implícita a concepção de que seria possível certa horizontalização nas relações de poder existentes no interior da equipe.

Como já discutido anteriormente, os diferentes trabalhos dos profissionais na SF, para que atendam as necessidades das pessoas de forma integral, requerem conviver em uma relação de complementaridade e interdependência entre os processos de trabalho com relativa autonomia dos saberes próprios dos núcleos de competência de cada profissional (ALMEIDA; MISHIMA, 2001). Esforços na direção

de se constituir uma “equipe integração” significam avanços e, ao mesmo tempo, lançam desafios para a equipe de SF, pois articular ações e integrar sujeitos não é tarefa fácil e envolve questões de poder, conflitos, prestígio social e interesses pessoais e políticos.

Críticas apontando as dificuldades em se estabelecer esta horizontalização têm sido formuladas. Merhy e Franco (2002) corroboram com os achados desta investigação, uma vez que parece haver certa separação dos momentos de concepção e de execução do trabalho da equipe, na qual o ACS fica com as atividades manuais (de execução) do trabalho, enquanto o momento intelectual está em outro profissional de saúde.

Eu considero assim que o agente é... [...] são a força de trabalho muitas vezes, as pernas e os braços que a gente não tem, né? Às vezes, você é... tem uma série de coisas para estar fazendo. E eles, assim, é uma força de trabalho, sabe? Potencializa mesmo (risos), falou "Olha, tem que fazer uma campanha", de repente a campanha pode estar no outro dia, todo mundo tendo conhecimento, né? Nós tivemos, por exemplo, uma suspeita de uma criança que foi atendida aqui outro dia e a suspeita era de ter ido a óbito por hantavirose. No outro dia, sabe? Foi possível fazer lá a visita, né? Eles estarem indo, tinham várias é... moradores assim muito preocupados, porque morreu e já tinha falado que era uma suspeita de hantavirose e estavam ligando tudo na Secretaria, ligando aqui. E no outro dia como... né? A gente pegou todos os agentes e fomos lá, foi feita a visita casa-a-casa, é... de todas as famílias daquela região, né? Coisa que... se eu... na... é só a gente, só os funcionários de saúde aqui é muito difícil, né? Como é que você vai tirar os auxiliares, o pessoal médico de um dia para o outro para ir fazer um trabalho desse, entendeu? Eu acho que é só mesmo com esse pessoal que você tem disponível e que tem interesse e que vai, entendeu? No dia-a-dia ali passar as orientações, né? Acho que é uma coisa assim que não tem como fazer de uma outra forma, assim, não é... se fosse sem os agentes seria muito mais complicado, né? Demandaria mais tempo... *(entrevista 11, trabalhador de saúde)*.

No final de uma reunião de equipe, uma das ACS comentou que a equipe poderia voltar a fazer as reuniões festivas que eram realizadas sempre no final de cada mês, já que a próxima quarta-feira seria a última do mês atual [as reuniões chamadas de festivas costumavam ser realizadas pela equipe como forma de compartilharem as dificuldades, anseios, angústias e expectativas relacionadas ao trabalho que a equipe estava desempenhando. No final, sempre faziam uma pequena confraternização com comidas e bebidas]. Todos concordam com a proposta da ACS. A enfermeira sugeriu que cada um levasse algo de comer ou beber e que as tarefas fossem divididas, inclusive a de preparar a reunião. A ACS logo comentou sorrindo "**A gente só sabe cozinhar!**" e ficaram, então, responsáveis por preparar os comes e bebes para a próxima reunião *(observação 21)*.

Eu é que faço a ata (risos)... as atas (risos) da reunião... dentro e fora do posto. [...] Quando chega minha vez, eu falo do meu caso, né, o caso que eu tenho que passar, depois eu escrevo... tudo o que elas falam eu escrevo na ata (silêncio). [...] Eu já estou acostumada, faz é... Só eu, oito anos isso (risos). Já acostumei (risos) (*entrevista 2, ACS*).

Realizar atividades manuais, até mesmo no sentido mais operacional, pode representar participação e entrosamento das ACS no funcionamento da unidade como um todo, além de certo grau de autonomia dessas trabalhadoras para resolverem alguns problemas.

Às vezes eu estou lá [na recepção], vou pegar alguma coisa, tem gente lá, né, que às vezes, eles [os funcionários da recepção] estão ocupados atendendo, eu acabo ajudando. [...] Tirar etiqueta, também tiro. [...] É. Às vezes as pessoas vão lá com o exame, “Ah, preciso tantas etiquetas”, eu vou lá e tiro e dá para a pessoa [...] Se eu estou lá, por exemplo, chega alguém para buscar encaminhamento, eu já pego o encaminhamento, eu já sei, eu já vou lá, porque tem, é separado por telefone, por carta, aí, você vai lá no envelope, sabe onde está o envelope, vai lá, pega, entrega para a pessoa, explica (fala com ênfase) onde que é, o que ela tem que fazer, o dia, o horário, tudo certinho (*entrevista 5, ACS*).

A ACS foi até à recepção, entrou, olhou o número do serviço de Saúde Mental em uma lista afixada no armário próximo ao telefone, sentou-se e ligou para saber o dia da consulta de uma usuária **“Da saúde mental? Eu queria uma informação. Eu queria saber quando [nome da usuária] tem retorno. Eu tenho o Higya dela. Eu sei que ela tinha em maio retorno... ela esquece...”**. A ACS, então, aguardou alguns instantes ao telefone. Enquanto isso, disse-me que toda vez a usuária pede para que ela avise o dia de suas consultas, pois ela sempre se esquece. Retorna ao telefone **“...15 do 5, 14 e 30, com o Dr. Flávio. Obrigada”** (*observação 11*).

Mas é preciso estar muito atento para que os ACS não fiquem desempenhando atividades de caráter meramente técnico e operacional e sem articulação com suas atribuições específicas determinadas pelo Ministério da Saúde ou com o trabalho da equipe em geral.

O caráter de desagregação de momentos de concepção e execução das ações no trabalho do ACS junto à equipe também pode ser evidenciado nas atividades realizadas na escola relacionadas a verificação de piolho nas crianças, situação vacinal ou condições de saúde bucal das crianças.

É. Porque criancinhas na creche têm muito piolho. A gente leva, para saber, a gente vê as cabecinhas de um por um nas salas de aulas, vê se tem ou se

não tem, faz a anotação, não fala, só faz a anotação e vê quem tem e quem não tem. Depois faz um balanço e vê quanto de shampoo precisa para lavar, né, para dar para a mãe lavar a cabecinha da criança (*entrevista 5, ACS*).

Geralmente, vão todos os agentes de saúde da equipe [falando das atividades na escola sobre piolho] e quando o enfermeiro pode ir, vai um enfermeiro e um auxiliar. [...] Vão para poder fazer o levantamento e ver de quantos remédios que vai precisar, quantos vidrinhos vai precisar de remédio. E a gente, enquanto a gente vai olhando, eles vão fazendo o cálculo de quantos que vai gastar (*entrevista 3, ACS*).

De vacina atrasada, tinha muita criança com vacina atrasada, então a gente pegava a lista de todas as crianças e olhava todas as vacinas delas [...]. As que estavam atrasadas, a gente fazia cartinha e dava para diretora pôr na bolsa da criança para levar para as mães... (Silêncio). [...] Para estar levando no posto para estar tomando a vacina que estava atrasada. [...] A gente ficava verificando isso, dava um tempo para tomar e depois ia lá e via se tomava ou não (*entrevista 4, ACS*).

E tem também algumas atividades que nós vamos começar agora, que é ir à creche, acho que tem uma creche aqui que faz parte da minha equipe, né? Então, a gente vai lá fazer... ensinar as crianças a escovarem dente, dar algumas palestras, bochecho, flúor... essas coisas. [...] Não sei se elas [as ACS] vão participar da atividade, mas, por exemplo, elas que vão lá, já agendaram essa visita para mim com a diretora. Mas se a gente precisar delas, eu levo elas comigo (*entrevista 10, trabalhador de saúde*).

Apesar das ACS estarem junto e participarem das atividades realizadas pelos outros trabalhadores no âmbito da escola ou da comunidade, suas ações parecem estar sempre restritas às atividades manuais e de controle, o qual pode ser evidenciado como positivo quando é marcado pela preocupação de construir a longitudinalidade do cuidado ou, pode adquirir um aspecto negativo se representar intromissão na vida das pessoas e ficar restrito somente às condições físicas e biológicas do processo saúde-doença, sem associação com ações educativas ou de empoderamento para que as pessoas possam se apropriar de outros conhecimentos e exercerem seu auto-cuidado e sua cidadania.

Apesar da individualização e fragmentação dos processos de trabalho é preciso se considerar que um espaço de julgamento e decisão é preservado para cada trabalho. Portanto, por mais manual que seja o trabalho, sempre está presente um momento reflexivo. Além disso, no trabalho em saúde, a autonomia técnica dos agentes é um atributo que se apresenta de várias maneiras dependendo da categoria

profissional e da singularidade de cada momento, pois se trata de intervenções técnicas permeadas por relações interpessoais entre usuários e trabalhadores. A autonomia técnica acontece por meio da qualificação intelectual dos trabalhadores e do próprio espaço decisório das ações de saúde, estando relacionada à complexidade do trabalho e a algum grau de incerteza (PEDUZZI, 1998).

Algumas ações educativas desempenhadas pelos ACS na unidade de saúde, na escola e na comunidade demonstram possibilidades para um trabalho de dimensão mais política e social, além de um trabalho que possa se constituir como mais prazeroso para esses trabalhadores. Um trabalho onde eles tenham autonomia para exercerem com criatividade um *cuidar de pessoas* diferenciado.

Tipo assim, negócio de piolho, aí às vezes, eles [a escola] querem que a gente vá lá... faça teatro, faça reunião, conversa com as mães sobre o piolho. [...] A gente já vez uma vez o trabalho ali na escola. A gente fez um teatro e entregamos, acho que remédio de piolho, não, minto, a gente fez um teatro lá e chamou toda a criançada lá para assistir ao teatro, era do piolho, falando do piolho, a gente no final orientou tudo para não deixar pegar piolho, lavar tudo. E foi muito legal esse teatro. As agentes que fizeram. [...] As agentes mesmo. Uma era o piolho, a outra se vestia de lândia, aí, tinha a mãe, tinha a menininha, o menininho... foi até engraçado (risos). [...] Oh, a gente fez umas duas vezes. [...] Faz um tempinho. [...] Uns três anos. [...] Depois a gente não fez mais, mas tem todas as roupas guardadas lá no almoxarifado, a roupa do piolho... da lândia... o texto quando a gente decorava... [...] Só as agentes participavam do teatro. [...] Ah, eu gostei foi muito bom. Todo mundo gostou, até a [nome da gerente] queria que fizesse, que a gente fizesse de novo nas escolas, porque foi muito legal (entrevista 4, ACS).

Nós já tivemos assim, sobre a orientação da dengue, né? [...] Já teve no posto... já teve teatro no posto... da orientação da dengue, já teve muita reunião e teve na escola também (silêncio). Teatro de (silêncio) amamentação, também nós já fizemos muito, teatro de piolho... [...]. Tudo ali no posto e na escola (silêncio) [...]. A [nome da ACS] que fazia a peça, que escreveu a peça e nós fizemos o treinamento... até sair tudo, mas foi muito legal (entrevista 3, ACS).

Dentre as atribuições específicas do ACS na SF, está o desenvolvimento de ações educativas, visando a promoção de saúde, prevenção de doenças e vigilância à saúde, de acordo com o planejamento da equipe e por meio de VD, ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade (BRASIL,

2006b). Apesar de forma tímida e com certo cunho ainda assistencialista, as ações educativas dos ACS podem estar se constituindo em um núcleo de competência desses trabalhadores. A formação adequada desses trabalhadores pode ser capaz de disparar ações educativas com grande potencial de organização social e caráter transformador das comunidades. Mesmo frente às limitações enfrentadas para realização de práticas educativas e coletivas na SF, o desafio de formar os ACS não no sentido estritamente técnico-científico ou profissional, mas no sentido de despertar lideranças para atuarem nas comunidades; está lançado.

Além do espaço escolar, os ACS parecem também atuar mais diretamente junto à comunidade, tomando iniciativas para organização de reuniões de bairro ou acionando serviços para solução de problemas que acometem o território sob sua responsabilidade, como por exemplo, os problemas com saneamento básico ou que exigem intervenção da assistência social.

Às vezes, o agente comunitário vem e traz para a gente. Então, a necessidade de cuidar de determinadas famílias ou se tem alguma coisa, até esgotos eles vêm, apesar de que isso, até eles fazem mesmo. Eles vão, já, né? Ou está precisando fazer uma reunião na região, como nós já tivemos aqui reunião de bairro. Foi um período bom também (*entrevista 6, trabalhador de saúde*).

Ao sair para VD com uma das ACS, esta notou na rua a presença de uma saída de esgoto sem a tampa de ferro. O buraco era no meio da rua e estava sinalizado com vários galhos de árvores dentro. A ACS comentou comigo que isso representava um perigo tanto para as várias crianças que ela sabia que brincavam naquela rua, como para os motociclistas que passavam por ali, podendo se machucar se não percebessem aquele buraco. A ACS, tão logo, anotou o nome da rua e o número da casa onde o buraco estava mais próximo e disse-me que ligaria para o Daerp [Departamento de Esgoto e Água de Ribeirão Preto]. Disse já ter feito isso outras vezes e que eles logo solucionavam o problema. Ligaria da unidade de saúde. Seguindo para as VD, a ACS me dizia que as tampas eram roubadas com frequência, pois eram de ferro, sendo vendidas para ferros-velhos pelas pessoas. Em uma rua próxima, encontramos com um caminhão do Daerp que fazia um serviço no esgoto. A ACS saiu correndo e avisou a um dos trabalhadores sobre o problema da outra rua. Ao voltar, comentou comigo **“Pronto! Mais um problema resolvido!”** (*observação 5*).

Quando é a família que precisa, da assistente social, aí, a gente vai na assistente social, passa o problema da família, vê o que pode ser feito, aí, nós pedimos ajuda para a assistente social, para estar indo fazer visita. Ou às vezes, a família que às vezes precisa fazer consulta em outro lugar e não está

tendo passe para ir, a gente pede para elas [as assistentes sociais], às vezes se elas podem arrumar. [...] Aí, eu vou direto e falo com ela, o que ela me orientar para eu devolver para a família, responder para a família, eu volto e respondo para a família “Não, é para você fazer isso, isso e isso”. Aí, oriento o que eles orientam para mim, eu volto e oriento a família (*entrevista 3, ACS*).

O fato do ACS ter iniciativas para atender os problemas do bairro e as necessidades das pessoas parece demonstrar autonomia profissional, que não deixa de ser interdependente. Na observação é possível notar que a ACS sabe até mesmo o motivo pelo qual a tampa do esgoto não estava ali, demonstrando que realmente conhece o bairro e a comunidade. O ACS também parece ter a possibilidade de participar do processo de tomada de decisão e buscar por soluções em outras instâncias que não a unidade de saúde e seus trabalhadores.

A tomada de decisão, ou seja, a autonomia técnica dos trabalhadores parece se caracterizar pela interdependência e complementaridade em relação ao julgamento e à tomada de decisão de outro trabalhador, buscando colaboração no exercício dessa autonomia. De acordo com Peduzzi (2001), a autonomia técnica de caráter interdependente é um elemento do trabalho em equipe integração.

No entanto, isso também nos leva a questionar como está sendo feita a formação e a educação permanente desses trabalhadores de saúde para que possam exercer com confiança e segurança sua autonomia profissional

Como discutido no estudo bibliográfico, os processos educativos, capacitações, treinamentos e educação permanente são ainda fatores limitantes do trabalho dos ACS e da equipe em geral, pois quando insuficientes e inadequados causam insegurança de atuação dos ACS comprometendo o exercício de sua autonomia profissional.

Para Silva e Dalmaso (2002b) vários aspectos do trabalho do ACS ainda não possuem um saber sistematizado e definido, o que pode levar o ACS a se dedicar mais às ações que têm uma rotina melhor estabelecida e enfraquecer

aquelas que não são tão claras e estruturadas em seu trabalho, como por exemplo, ações intersetoriais ou de agente organizador da comunidade.

Porém, muito que timidamente, ações mais efetivas de organização da comunidade para busca de melhorias em suas condições de saúde e de vida também são identificadas entre as atividades dos ACS e precisam ser fortalecidas. Na fala de um ACS se identifica esse tipo de ação quando se refere à importância das pessoas em participarem de espaços onde possam exercer o controle social e, quando ele mesmo é exemplo, participando da Comissão Local de Saúde e da Associação de Moradores de Bairro.

Agora, na Comissão Local de Saúde, eu faço parte porque é uma coisa que nós em grupo, a gente consegue ter força para buscar melhorias para a saúde, melhoria para o posto. Então, a gente sabe que a força da população é forte, né? Então, eu faço parte, porque eu estou sempre pedindo “Pessoal, oh, vocês reclamam muito da situação, vocês vivem reclamando, mas tem onde nós buscarmos ajuda, para a isso precisa estar gente fazendo parte da Comissão Local de Saúde”, que na realidade é muito difícil para nós, porque o pessoal quer muito mastigado, então para quem já faz parte, só vai aquele que gosta mesmo, então não se resolve por causa disso. Porque precisava mais de usuário estar participando e nem sempre eles participam. [...] Eu vou... eu estava como usuária até o ano passado, agora vai ter nova eleição, eu vou ficar como, fazendo parte do membro da Associação dos Moradores. [...] Porque tem que ter seis pessoas da Associação do Bairro e eu vou entrar como elas [...]. Eu sou fiscal na Associação do Bairro. Eu já participava e agora teve nova eleição e a gente continuou. [...] Essa atividade é uma atividade onde nós levantamos os problemas do bairro e tentamos buscar solução, porque o bairro não pode ficar só na mão de deputado, só na mão de prefeito, tem que ter alguém para poder estar buscando, porque eles não sabem o que a gente precisa no bairro. Então, a gente levanta os problemas e tenta resolver, nem sempre é resolvido, mas pelo menos a gente tenta (*entrevista 3, ACS*).

A área de uma das ACS fica longe da unidade de saúde e entre ela e a unidade de saúde há um grande terreno verde por onde passa um pequeno córrego. A ACS me disse que faz parte da Comissão de Bairro e que eles já têm um projeto para enviar para a prefeitura para fazer daquele local um parque, onde a população possa caminhar e as crianças possam brincar com segurança (*observação 5*).

Isso demonstra o potencial que os ACS possuem para exercerem ações mais concretas de transformações sociais. Por outro lado, são ações pouco realizadas e seu potencial ainda é subutilizado. Daí, a importância de investimentos

na formação adequada dos ACS para que possam se constituir em verdadeiros atores de transformação e serem ruídos para a politização da saúde.

Encaminhando para o último tópico a ser discutido: a cooperação, notamos que no trabalho do ACS, além de atividades que são desempenhadas fora da unidade de saúde; na comunidade, na escola, na creche, nas Associações, nas ruas e nos domicílios; estão também as atividades que eles realizam dentro da unidade. Nestas, está fortemente presente a característica da cooperação.

Cooperação é definida por Peduzzi (1998)

A realização conjunta de ações, a execução de trabalho em comum por mais de um agente, a ajuda ou auxílio mútuo entre os profissionais na execução de uma atividade, porque houve um chamado para tal, ou espontaneamente. Enfim, a cooperação é expressa pelo “fazer juntos” (p.151).

O “fazer juntos” no trabalho dos ACS é observado em situações que uns solicitam a ajuda dos outros para fazerem determinadas atividades como a do Bolsa Família, ou quando isso já está previamente estabelecido no cotidiano de trabalho, como por exemplo no fato das ACS se organizarem para fazerem, juntas, VD ou fechamento do SIAB.

Eu ando com a [nome da outra ACS], porque eu não gosto de andar sozinha (risos), daí, a gente vai na minha área e na área dela no mesmo dia e... aí, quando precisa, quando entra de férias assim, ela sabe os problemas da minha área para resolver, né (*entrevista 2, ACS*).

É dia de fechamento do SIAB. As ACS se reúnem na sala das ACS ou na sala de reuniões para organizarem as fichas e contarem as atividades e os procedimentos realizados pela equipe durante o mês. As ACS conversavam umas com as outras a fim de compartilharem informações, esclarecerem dúvidas ou preencherem os dados no computador. Ao irem finalizando a contagem de suas fichas, logo vão ajudando as outras que estão mais atarefadas. Uma das ACS ajuda a outra a preencher os cadastros de mães e bebês no computador. **“É só de mãe e bebê!”**, diz uma delas. **“Não! Senta aí que você precisa aprender”**, disse a outra. Assim, foram preenchendo juntas e esclareciam as dúvidas, dando exemplos claros do dia-a-dia. As ACS estavam sentadas próximas e olhavam uma para a outra, certificando-se de que havia um entendimento mútuo entre elas. As ACS pareciam todas tranquilas, realizavam suas atividades e cooperavam umas com as outras mesmo sem solicitarem ajuda. Não parecia haver qualquer tipo de relação de poder ou exclusão ao comunicarem-se umas com as outras (*observação 7*).

As ACS estavam na sala das ACS, quando chegaram algumas pessoas para serem pesadas e medidas para o Bolsa Família. A ACS responsável pela microárea levantou-se e disse caminhando em direção à sala de curativos "**Vamos!**", chamando a outra ACS. Esta muito disposta a acompanhar e ajudou na atividade. Enquanto uma pesava, a outra ia medindo e fazendo as anotações. Para as crianças, era necessário medir em outra sala onde havia uma régua infantil. As ACS eram da mesma equipe e pareciam realizar a atividade de forma a ajudar uma a outra em uma relação de horizontalidade. Apesar nem não haver nenhum acolhimento das pessoas naquele momento, porque as ACS faziam a atividade apressadas, atentando somente para os aspectos operacionais; elas se comunicavam verbalmente, sem demonstrarem receios, conflitos ou comportamentos de relação de poder entre elas (*observação 2*).

Nessas situações, a execução conjunta das ações parece acontecer mais facilmente, havendo interação entre as ACS que se comunicam sem receios ou aparentes relação de poder. Talvez isso aconteça porque compartilham de uma mesma posição na divisão social e técnica do trabalho.

Já entre os ACS e os outros trabalhadores de saúde a cooperação parece acontecer mais no âmbito operacional, no qual os ACS desempenham atividades de apoio ao trabalho dos outros profissionais quando são solicitados, espontaneamente ou ainda quando há uma relação de troca envolvida na ação.

É, a enfermeira pede, né? Se dá para a gente vim [na coleta de sangue], a gente, eu sempre venho ou, às vezes, ela nem fala, eu sei que precisa, eu venho, que eu sei, né, a gente sabe, né, a rotina do posto, então a gente sabe [...]. Eu gosto, porque assim, eu vejo assim que quando eu preciso... ela também entende o meu lado, né, então por que não ajudar? Ajudo também. [...] Que precisa, porque às vezes tem duas só [auxiliares de enfermagem] na coleta e se elas forem parar para pôr no livro, tudo, nossa! A fila ia estender mesmo, e se não, elas iam atender todo mundo para depois passar no livro? Nossa, ia ficar uma boa parte do tempo comprometido do tempo delas. Por isso que a gente ajuda. E eu gosto, né? (*entrevista 5, ACS*).

Na atividade de coleta de sangue, as ACS conferem e registram os pedidos de exames laboratoriais em um livro de controle, preparavam GTT (ou TTGO – teste de tolerância à glicose oral) e organizavam filas.

Eu fico anotando os pedidos no livro, todos os pedidos depois que colhem sangue, eu pego e anoto no livro o nome do médico, o bairro e os exames que pediu e também... de terça-feira vão as gestante que tomam GTT, eu que preparo, sete horas da manhã (silêncio)... [...] Porque não tem outra pessoa (risos). Não dá tempo. Porque tem que ter o horário certinho, não

pode passar das sete e quinze, se passar não dá mais, porque, aí o moço vem para pegar o sangue, aí não dá tempo (*entrevista 2, ACS*).

Então, a gente... ajuda a organizar lá [a coleta de sangue], tem a fila... pegar os pedidos de exames, escrever, tem umas pessoas que esquecem de assinar, de pôr data, pôr hora, pôr data, pôr, escrever no livro... [...] A gente passa o pedido para o livro. [...] Porque não tem ninguém para fazer. Tipo assim, eu acho que seria um dos auxiliares que teria que estar vindo mais cedo no dia de coleta para estar fazendo isso daí, porque normalmente, é um trabalho deles, né? Só que como tem pouco funcionário, pouca gente no posto, eles pedem ajuda para gente (*entrevista 4, ACS*).

Nos relatos acima é possível perceber que a cooperação dos ACS acontece mais pelo fato de não haver tempo hábil ou quadro suficiente de profissionais para desempenharem tais funções. Além disso, a dimensão comunicativa entre as ACS e os outros trabalhadores parece não estar presente nessas ações como acontece quando as ACS desempenham ações conjuntas entre elas. Portanto, nesse caso não há integração entre os sujeitos.

Em outros momentos, as atividades de apoio estão relacionadas com a organização e digitação de exames laboratoriais, elaboração de atas de reuniões, preparo de materiais para esterilização, preenchimento do cartão SUS etc.

Precisa de alguma coisa, está precisando enrolar gazes ou alguma coisa, se tiver apertado... que agora não, agora está mais tranqüilo, mas teve uma época que estava faltando muito funcionário, então, eles precisavam eu até ajudava também (*entrevista 3, ACS*).

Ah, o cartão SUS também já fiz muito, cartão SUS. [...] Aquele que tem o cadastro. Tem o cadastro... por exemplo, criança é só a certidão de nascimento, comprovante de residência, adulto já é RG, é isso que diferencia, tem vários campos lá que tem tudo que ser preenchido com letra de fôrma. [...] Tem alguém lá que precisa do cartão SUS, a gente sabe preencher, a gente faz. [...] Quem sabe preencher o cadastro, pega e faz. [...] Vê quem está desocupado, quem tiver na unidade e souber fazer, pode fazer, dos agentes (*entrevista 5, ACS*).

Para passar exames para o computador. Era para eu passar, como eu ajudo na coleta... porque vai ser tudo computadorizado, aí, puseram eu para fazer o curso lá na Secretaria de Saúde (silêncio)... [...]. Vamos supor... porque ninguém sabe lá, só eu e as auxiliares de enfermagem. E um dia que elas faltarem eu vou ter que fazer. [...] Acho isso bom (risos). [...] Tem também seis agentes que guardam os exames, uma colaboração, e... mais assim, não é todo dia não. Agora, foi estipulado toda sexta, no período da tarde, uma vez por semana para não acumular muito exame, porque estavam chegando, tinha muito exame para guardar e... a recepção não estava dando conta, aí, chegava o dia da consulta, o exame não estava guardado na pasta ainda, entendeu? Aí, a [nome do trabalhador de saúde] pediu para

a gente, se a gente podia ajudar, aí ela dá meio período por mês para a gente (*entrevista 2, ACS*).

Peduzzi (1998) discute que a cooperação entre os agentes do trabalho, por vezes, acontece apenas no plano das intervenções técnicas sem correspondência no plano da comunicação e, portanto, sem interação entre os trabalhadores. Além disso, no trabalho em equipe multiprofissional pode ocorrer de alguns agentes se constituírem em objetos da ação instrumental, perdendo a característica de sujeitos para ser somente um recurso do trabalho alheio. Nesse caso, a ação racional no sentido instrumental pode sobrepor-se à dimensão interativa dos sujeitos.

Nos excertos anteriores, as ACS parecem estar realizando atividades de caráter mais operacional e a comunicação entre elas e os outros trabalhadores, quando presente, é exercida apenas com a finalidade de instrumentalização da técnica. Isso pode reforçar a assimetria entre os diversos trabalhadores no sentido de diferenças técnicas e desigualdades sociais no trabalho.

Há maior integração na equipe quanto menor forem as desigualdades entre os diferentes trabalhos e sujeitos. As diferenças técnicas são referentes às especializações dos saberes e das intervenções. As desigualdades dizem respeito à existência de valores e normas sociais que hierarquizam as diferenças técnicas entre as profissões, assim também, como estas se transformam em desigualdades sociais. Portanto, entre os trabalhadores existem distintas autoridades técnicas e legitimidades sociais, ou seja, relações hierárquicas de subordinação que podem ser entendidas a partir da tendência dos sujeitos em reafirmarem as práticas sociais do seu tempo histórico e da alienação do agente em ser sujeito ativo diante das situações, tomando decisões e cientes das regras e dos valores que fundamentam os consensos (PEDUZZI, 2001).

A cooperação é importante para um trabalho em equipe bem sucedido desde que o “fazer juntos” possa também contemplar a dimensão comunicativa entre os trabalhadores, sendo eles sujeitos ativos, críticos e reflexivos frente às ações que desenvolvem. Não estamos considerando que o trabalho em equipe na saúde seja isento dos conflitos sociais e das diferenças entre as pessoas, mas as atitudes comunicativas na SF podem influenciar para uma inserção mais crítica, reflexiva e participativa dos ACS na equipe.

Os ACS parecem estar sobrecarregados de atividades, desenvolvendo funções junto à comunidade apenas sob a justificativa de “conhecerem melhor a população” ou porque “não tem ninguém para fazer”, como exemplificado na atividade do programa Bolsa Família.

Eu acho que isso não é nosso serviço também [falando da atividade do Bolsa Família], cada vez eles estão jogando mais serviços para a gente, entendeu? Porque antigamente era uma assistente social que fazia isso, ali na casinha da... onde entrega o leite, aí, ela foi lá e falou “Ai, como vocês conhecem a população melhor... vou passar para vocês”, então, quer dizer que está aumentando o nosso serviço, entendeu? E isso atrapalha, eu acho que a gente não devia de fazer isso, muita gente está indo lá porque a bolsa... cortou o Bolsa Família e eles pensam que é a gente que não pôs, entendeu? Sobra só para a gente (silêncio) (*entrevista 2, ACS*).

Oh, vem um relatório das pessoas que pegam o Bolsa Família para a gente chamar para pesar, medir e ver a vacina e preencher, pôr na ficha e mandar de volta. [...] Para a assistente social. Manda para a gente estar preenchendo e devolver para elas. [...] Pesa, mede e vê vacina também. [...] (Silêncio). Ah, eles pediram para a gente estar fazendo porque não tem ninguém para fazer (silêncio) (*entrevista 4, ACS*).

A crítica feita nas falas das ACS nos leva a pensar em como o fato dos ACS conhecerem melhor a comunidade e serem laço de ligação contribui para o trabalho da equipe. Essa singularidade do trabalho dos ACS precisa ser pensada enquanto potência para construção de vínculos entre as pessoas e os trabalhadores de saúde e não como justificativas para que os ACS realizem todas as atividades relacionadas à comunidade.

Além disso, as atividades que os ACS vêm desempenhando precisam fazer certo sentido para este trabalhador. Na atividade do programa Bolsa Família realizada pelas ACS, por exemplo, a intenção parece ser agilizar a produção por meio da fragmentação do processo de trabalho, deixando o trabalho das ACS alienado, no qual não é possível se ter a dimensão da totalidade do trabalho realizado ou de seu produto final. O trabalho pode se tornar mecanizado, sendo feito sem ser refletido criticamente e sem significado para o trabalhador.

Bolsa Família (risos), aí, é... de seis em seis meses vem umas pastas para a gente preencher com o nome das pessoas que pegam o Bolsa Família. [...] (Silêncio). Vem da Secretaria. E aí, lá tem o nome das pessoas... aí, você tem que chamar de seis em seis meses para pesar e medir e ver carteira de vacina para ver se está certo [...]. É a mãe... qualquer idade, até 17 anos, mas a mãe também, tem o nome da mãe que é a responsável, aí, a mãe e os filhos, aí, você tem pesar todo mundo. [...] É... quando não, aí, primeiro você olha na pasta da pessoa, se tiver peso e altura, aí, você não precisa nem chamar a pessoa, já põe direto lá, mas tem muitas pastas que eles [os outros trabalhadores] não estão pondo a altura e a gente tem que chamar então... para medir. [...] Se tiver menos de um ano e passou no médico, aí você pode pôr, senão você tem que chamar para pesar e medir (*entrevista 2, ACS*).

A escola que tem que ver [a frequência escolar]. [...] Para nós fica só a estatura, o peso e a vacina. Que é a parte de saúde, é nossa, é essa aí. [...] A gente tem relatórios de seis em seis meses, pesa as famílias, né. Que tem que ter estatura, peso e cartão de vacina em dia, principalmente, nas crianças e os adultos também. O que mais? Deixa eu ver... é de seis em seis meses que pesa o Bolsa Família, porque senão eles cortam... se não tiver esses, né, esses dados. Se a gente tem, se a criança vai sempre, né, a família vai sempre no posto tem no prontuário, mas quando não tem, tem que convocar. [...] Aí, a gente faz a cartinha e convoca também para ir lá pesar e medir certinho e trazer o cartão de vacina para a gente dar uma olhada para ver como que está. [...] A gente faz, a gente preenche o relatório, se é gestante ou não e o cartão de vacina. [...] Alimentar os dados, né, corretos do Bolsa Família. Porque se não tiver, por exemplo, a situação vacinal se não estiver em dia, já compromete já a família. Mesmo a frequência das crianças na escola também. Porque se não tiver a frequência certa eles cortam o Bolsa Família da família (*entrevista 5, ACS*).

Para Campos (2007), a organização parcelar do trabalho em saúde e a conseqüente fixação do trabalhador em determinada etapa do projeto terapêutico produz a alienação. E, se o trabalhador não se sente sujeito ativo no processo de construção ou execução do projeto assistencial em comum, ele perderá seu

potencial de criatividade e tenderá a não se responsabilizar pelo objetivo final de seu trabalho.

A Além dos ACS desempenharem atividades de apoio aos outros profissionais ou ao funcionamento da unidade de saúde em um movimento de cooperação, os excertos abaixo indicam certa característica de barganha, baseada na realização de atividades em troca de outros benefícios, tais como, para “pagarem horas” ou “saírem mais cedo”.

É, porque... estava precisando, tinha que ter alguém para anotar lá, né, e... acho que nenhum era disponibilizado para a... porque atrapalhava tirar sangue e depois ter que anotar tudo no livro. Aí, a [nome do trabalhador de saúde] um dia falou se uma de nós podia ajudar lá, como... eu preciso faltar assim, aí, a gente fez um acordo para eu trabalhar... na coleta, mas ela me explicou que não era o meu serviço, era só uma ajuda quando eu quisesse... trabalhar... faltar... eu podia pagar hora, aí, eu... concordei. Já faz oito anos. [...] Desde o começo. Oito anos já. [...] Elas [as outras ACS] quando precisam pagar hora, elas vão me ajudar (*entrevista 2, ACS*).

Levar cartinha... levar encaminhamento... fazendo essas coisa aí, às vezes eles pedem para, tipo estar ajudando, né? A gente sempre ajuda, às vezes em troca de outras coisas que é mais difícil. [...] Ah, por exemplo, a [nome do ACS] fica na coleta sete horas, em troca ela sai mais cedo, ela entra mais cedo e também sai mais cedo... Às vezes tipo assim, ela precisa de faltar, ela paga hora indo na coleta, e aí se alguém quiser também, tem que fazer isso daí, né? (*entrevista 4, ACS*).

[...] É. Porque, nossa, tudo o que a gente precisa ela também... nossa, ela ajuda muito. [...] Assim, por exemplo, se estou com algum problema, se eu preciso resolver, eu falo para ela, ela assim “Não, vai, depois você desconta na coleta, a gente desconta na coleta, você vem na coleta e pronto”. Ela entende bem (*entrevista 5, ACS*).

Agora a gente está fazendo o Bolsa Família, mas não era a gente que fazia não, era a auxiliar que fazia. Aí, essa auxiliar que fazia Bolsa Família, foi embora, pediu transferência e foi para outro posto. Aí, a [nome do trabalhador de saúde] pediu para a gente estar fazendo o Bolsa Família. Aí, o ano passado, ela negociou com a gente, a gente faz o Bolsa Família e ela deu dois meio períodos para nós. Esse ano não deu nada (risos) (*entrevista 4, ACS*).

Essa pode ser uma atitude que demonstra estabelecimento de acordos conjuntos entre os trabalhadores para organizarem o trabalho da equipe. Mas é preciso atentar para não tomar os sujeitos como objetos em uma relação na qual não existam consensos e acordos livremente negociados para se estabelecer as normas e os valores decisivos, pois nas “inter-relações pessoais os sujeitos podem

encontrar-se apenas reiterando regras técnicas e valores subjacentes [...], podem encontrar-se em relações de submissão e subordinação, alienados da dimensão da interação” (PEDUZZI, 1998, p. 54).

A lógica de troca parece influenciar negativamente o modo de pensar e fazer o trabalho das ACS e da equipe quando, na fala abaixo, a ACS parece precisar ajudar os outros trabalhadores na expectativa de que estes contribuam no atendimento das necessidades das famílias.

Ajuda na coleta quando precisa, ajuda na recepção quando precisa, onde ela falar para eu ajudar, se puder eu vou. [...] A minha enfermeira, a minha chefe... quem precisar, para mim não tem essa... se eu, o que eu puder ajudar na hora, eu ajudo sim. Agora, reunião... agora assim na equipe, é, quando eu tenho algum problema, a enfermeira vai... a auxiliar vai fazer curativo, a enfermeira ajuda nos problemas né, e tudo mais (*entrevista 5, ACS*).

Isso pode comprometer todo o esforço de se trabalhar em equipe, uma vez que os trabalhos podem acontecer em uma lógica mercadológica, na qual as atividades de ajuda das ACS “compram” os serviços a serem prestados pelos outros trabalhadores de saúde. Isso pode gerar também sentimentos de impotência e insegurança nas ACS em relação ao apoio que a equipe de saúde proporciona ou não ao seu trabalho, em especial, frente a situações em que elas dependem de outro trabalhador para atenderem às necessidades da população e não podem contar com essa ajuda.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objeto da presente investigação, ou seja, as relações sociais estabelecidas entre os ACS e os outros trabalhadores na equipe de SF, suscitou desde o início, a complexidade dada no mundo do trabalho, em especial, do trabalho em equipe na saúde. Neste, as relações se fazem dinâmicas e estão em constante movimento de construção-desconstrução-reconstrução a depender das especificidades do objeto, dos instrumentos, da produção e do consumo no processo de trabalho em saúde, além do contexto social e histórico no qual seus trabalhadores estão inseridos.

Compreender as relações estabelecidas entre os trabalhadores exigiu, no mínimo, conhecermos melhor nossos sujeitos de pesquisa que eram (e são) trabalhadores de saúde e pessoas dotadas de projetos de felicidade, pessoas que buscam também no trabalho um modo mais autônomo de estar no mundo e de andar a vida.

Ao chegarmos neste último capítulo, compreendemos que mais do que um meio de produção de bens materiais ou simbólicos, o trabalho é também um espaço de produção da vida. É um espaço onde as relações sociais se reproduzem como parte do processo de viver. Nele, os trabalhadores projetam expectativas, trabalham juntos, vivem juntos, sofrem juntos.

Por isso, nessa reta final (e, ao mesmo tempo, inicial) ao falarmos do trabalho, ousaremos também a falar da vida...

As concepções acerca do trabalho em equipe na saúde foram os “óculos que usamos” para nos determos sobre nosso objeto de pesquisa. Ainda, outros

elementos conceituais foram estabelecidos no suporte teórico, tais como: processo de trabalho na saúde, divisão social e técnica do trabalho, autonomia profissional, interação e projeto assistencial em comum. Ao partirmos para o cenário de investigação e mergulhando no mundo do trabalho da equipe de SF, outros elementos foram surgindo dos dados empíricos. Assim, entre idas e vindas ao material empírico e teórico, tentamos neste estudo, contribuir para que mudanças possam se concretizar nos modos de *se cuidar das pessoas*.

Entre os sujeitos da pesquisa houve predominância de mulheres. Mulheres que também convivem com as vantagens e as dificuldades de duplas ou triplas jornadas de trabalho e que ainda enfrentam as limitações da condição feminina impostas pela sociedade no mundo do trabalho e das relações sociais. Não desconsiderando a presença de um trabalhador do sexo masculino na equipe, entendemos que os sujeitos de nossa pesquisa precisariam ser compreendidos em suas singularidades, pois o estar no trabalho significa também ser e existir no mundo a partir de determinados desejos, projetos de vida e de trabalho, visões de mundo, anseios, angústias e sofrimentos.

O modo de *pensar e produzir* o cuidado da equipe de SF compreendeu a perspectiva das práticas *que reiteram o modelo tradicional de saúde* e das práticas que apresentam *potenciais para mudanças nos modos de se cuidar*.

Na primeira, o processo saúde-doença-cuidado era considerado a partir do modelo biomédico, ou seja, centrado exclusivamente na figura do médico e nos aspectos biológicos da doença, com valorização de atendimentos dentro da unidade, fragmentação do cuidado, consultas especializadas e procedimentos técnicos. Isso leva a pequena consideração da pessoa em seus aspectos subjetivos e em seu

modo de compreender a vida. Há a perda da dimensão de um cuidado integral que envolve toda a complexidade da interação entre os fatores físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Nesse sentido, a finalidade do trabalho pode voltar-se para o *cuidar da doença* ao invés do *cuidar da pessoa*.

Na segunda perspectiva, o processo saúde-doença-cuidado era considerado em uma visão mais ampliada que engloba aspectos dos determinantes sociais da saúde e é usuário-centrado. As ações de *cuidar das pessoas* parecem direcionadas para a busca de respostas às necessidades (e não somente aos problemas), proporcionando uma atenção diferenciada, longitudinal e integral fundamentada pela indissociabilidade das práticas de promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde. Para isso, é necessário garantir o acesso às tecnologias duras e leve-duras que melhorem e prolonguem a vida, bem como, lançar mão das tecnologias leves, das relações; que possibilitem maior grau de autonomia das pessoas em seus modos de caminhar na vida.

No trabalho da equipe de SF, as práticas e os conceitos do processo saúde-doença-cuidado ora, se apresentaram mais restritos, ora, mais amplos. E é nessa dinamicidade de idéias e práticas que o ACS está inserido, vivendo também as contradições de dois modelos de saúde que co-existem no mesmo espaço.

O ACS pode ser considerado um trabalhador-estratégico dentro da equipe, porque é uma pessoa da comunidade e, ao mesmo tempo, um trabalhador da equipe. Se suas ações compreendem uma dimensão mais política e comunitária, o trabalho da equipe pode ser atravessado por ruídos que possibilitem aos trabalhadores pensarem criticamente o agir na saúde. No entanto, se o trabalho do ACS for capturado somente pela dimensão técnica e assistencial do modelo

biomédico, suas ações serão pouco potenciais para as almejadas mudanças nas práticas de cuidado.

A presença e a voz do ACS na equipe de SF representam a presença e a voz da própria comunidade no serviço de saúde. Assim, outra forma de comunicação foi identificada nesta pesquisa. Na prática comunicativa com os outros trabalhadores, os ACS ao falarem de si também estão falando da comunidade. O ACS ao falar de suas próprias necessidades de saúde está dizendo das necessidades das pessoas das quais ele cuida, pois ele é parte dessa comunidade, mora no território de abrangência e compartilha das mesmas necessidades das pessoas e dos mesmos problemas do bairro. Da mesma maneira, as dificuldades de interação entre trabalhadores de saúde e ACS podem também representar dificuldades de comunicação com a própria comunidade. Os trabalhadores precisam atentar para as várias formas com as quais os ACS estão tentando estabelecer comunicação com a equipe.

Na característica de *laços de ligação*, os ACS parecem desempenhar ações articuladas com o trabalho da equipe de saúde ao interagirem com os outros trabalhadores. Possibilitam, assim, a construção conjunta de planos assistenciais em comum que proporcionem cuidados mais integrais às pessoas e famílias da comunidade. Em uma relação dialógica, os trabalhadores de saúde buscam informações com os ACS para adequarem os planos de cuidado às reais necessidades das pessoas. Da mesma forma, o acesso dos ACS aos trabalhadores pode colaborar para que os ACS sejam facilitadores da acessibilidade das pessoas à unidade e à equipe de saúde.

O núcleo de competência e responsabilidade do ACS, ainda não definido, mas talvez em um processo histórico e social de construção, pode ser essa característica de laço de ligação, aproximando equipe e comunidade pela criação de vínculos e adequando os cuidados dos trabalhadores às reais necessidades das pessoas.

Na divisão social e técnica do trabalho em saúde, os processos, ao se recompoem em um trabalho em equipe com ações articuladas e interação dos sujeitos, ou seja, trabalho em equipe integração; aumentam as possibilidades de reconhecimento das necessidades e da produção de uma atenção integral às pessoas.

Por outro lado, enquanto *elos de ligação*, os ACS também estão desenvolvendo atividades que são essencialmente operacionais com a finalidade apenas de agilizar o trabalho da equipe e o funcionamento da unidade de saúde. Entregam encaminhamentos, levam e trazem recados e, no entanto, os sujeitos não interagem entre si, as ações não são articuladas e a comunicação para se construir um projeto assistencial em comum não é exercida ou, quando exercida, ocorre somente como meio de otimização da técnica. Se a equipe apropria o ACS como elo de ligação, da mesma forma as pessoas tendem a compreendê-los como meros entregadores de recados e marcadores de consultas.

Nas atividades que os ACS realizam dentro da unidade está presente a característica da cooperação. No entanto, o “fazer juntos” no trabalho dos ACS está muito atrelado às ações operacionais, auxiliando em atividades por falta de funcionários ou porque demandam muito tempo. É preciso se tomar o cuidado para

que o ACS não esteja sendo “objeto” das ações instrumentais, perdendo sua condição de trabalhador-sujeito e ficando alienado ao trabalho que realiza.

Uma das limitações identificadas para o trabalho em equipe integração foi a de se construir estratégias e espaços nos quais as ações comunicativas pudessem ser mais potentes e efetivas entre os trabalhadores. Os motivos dessa limitação foram relatados, pelos trabalhadores, como falta de tempo disponível e sobrecarga de atividades. Além disso, as ações individuais parecem mais valorizadas em relação às ações coletivas, dado o modelo biomédico ainda presente no trabalho em saúde.

Foi possível perceber que a inserção do ACS na equipe de SF se constitui em um processo que é dinâmico, pois a equipe vive em uma dinamicidade que é própria de seu trabalho, ora se configurando em equipe integração, ora, em equipe agrupamento.

Seja qual for a configuração tomada pela equipe, sempre estarão presentes as relações assimétricas de poder, hierarquia, subordinação, autonomia dos trabalhadores, diferenças técnicas e desigualdades entre os trabalhos especializados. O que se diferencia entre uma modalidade e outra são os graus como estes elementos se manifestam no trabalho coletivo da equipe.

Para que o trabalho na SF possa se constituir de forma mais prazerosa para os trabalhadores de saúde e mais acolhedora para as pessoas, os espaços “intercessores” entre os próprios trabalhadores de saúde também precisam ser criados e potencializados. Espaços onde o estar disponível para o saber e o não-saber do outro possa conformar novos jeitos de se produzir o cuidado e o trabalhador. Esses espaços precisam ser capazes de trazer com mais força a voz e

a expressão dos ACS na ação comunicativa com a equipe, pois são os ACS a voz e a expressão da comunidade.

REFERÊNCIAS*

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de Almeida; MISHIMA, Silvana Martins. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, p.150-153, ago. 2001.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de et al. O processo de trabalho da enfermagem nos serviços de atenção básica em saúde. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 5, 2006, Universidade Federal de Uberlândia. Conferência proferida no V fórum mineiro de enfermagem. Ribeirão Preto, 2006. 13 p. (mimeo).

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; FORTUNA, Cinira Magali; MISHIMA, Silvana Martins. **O SUS clama por trabalho interdisciplinar nas equipes de saúde**. Ribeirão Preto, 2004. 19 p. (mimeo).

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

ARAÚJO JÚNIOR, Francisco; GOMIDE, Márcia. O agente comunitário de saúde e sua incorporação ao programa saúde da família no Ceará: houve mudanças?. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 137-154, jul. 2004.

ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, mar.-abr. 2007.

AZAMBUJA, Eliana P. et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 71-79, jan.-mar. 2007.

BAGLINI, Virginia et al. Atividades de controle do dengue na visão de seus agentes e da população atendida, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1142-1152, jul.-ago. 2005.

BARCELLOS, Cristiane dos Santos Netto; PANDOLFI, Margareth; MIOTTO, Maria Helena Monteiro de Matos. Perfil do agente comunitário de saúde (ACS) de Vitória – ES. **UFES – Revista de Odontologia**, v. 8, n. 1, p. 21-28, jan.-abr. 2006.

* De acordo com:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NRB 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002. Apresentada em: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP**: documento eletrônico e impresso. São Paulo: SIBi-USP, 2004. 91 p.

BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; ESPIRITO SANTO, Antônio Carlos Gomes do; BATISTA FILHO, Malaquias. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 809-815, out. 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Homologada a Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: 14 set. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Consolidado histórico de cobertura da saúde da família. Apresenta tabela de agentes comunitários de saúde, equipes de Saúde da Família e equipes de Saúde Bucal em atuação - competência janeiro 2007. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>>. Acesso em: 23 fev. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe da Atenção Básica - Saúde Bucal: a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica**. Brasília, março 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=235057>> Acesso em: 02 fev. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Políticas de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para educação permanente em saúde. Disponível em: <https://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_formacao_desenv.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2007c.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria n 1348/GM. Define critérios para a regulamentação do incentivo a municípios que tenham projetos similares ao Programa de Saúde da Família. Brasília. Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1996, 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de educação permanente em saúde. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/materiais/xml/do/secao1/2840866.xml>>. Acesso em: 29 ago. 2007d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o programa saúde da família (PSF) e o programa agentes comunitários de saúde (PACS). Disponível em:

<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 09 set. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família Ministério da Saúde. Brasília, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-saúde**: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. Agir em saúde: **um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 229-266.

CAPRA, Fritjof. O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1982. 448 p.

CARLISLE, Caroline; COOPER, Helen; WATKINS, Caroline. "Do none of you talk to each other?": the challenges facing the implementation of interprofessional education. **Medical Teacher**, v. 26, n. 6, p. 545-552, 2004.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2006. p. 113-126.

CESAR, Juraci A. et al. Mudanças e indicadores de saúde infantil em um município com agentes comunitários: o caso de Itapirapuã Paulista, Vale do Ribeira, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1647-1654, nov.-dez. 2002.

CHIARAVALLLOTI NETO, Francisco et al. O programa de controle do dengue em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil: dificuldades para a atuação dos agentes e adesão da população. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1656-1664, jul. 2007.

CRACO, Priscila Frederico. **Ação comunicativa no cuidado à saúde da família: encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários.** 2006. 308 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

DAB. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Apresenta evolução do credenciamento e implantação da Estratégia de Saúde da Família. Disponível em: < http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza_cadastro.php>. Acesso em: 08 mar. 2009.

FEKETE, Maria Christina. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, José Paranaguá de (org.). **Desenvolvimento gerencial de unidade básicas do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997. p. 114-120.

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. Agente comunitário de saúde em Porto Alegre: um vendedor de saúde. **Saúde em Debate**, v. 28, n. 66, p. 68-74, jan.-mar. 2004

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 347-355, abr.-jun. 2005.

FONTOURA, Maria Delzuita et al. Dilemas bioéticos no cotidiano do trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, Distrito Federal, v. 15, n. 3/4, p. 67-77, jul.-dez. 2004.

FORTES, Paulo Antônio Carvalho; SPINETTI, Simone Ribeiro. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1328-1333, set.-out. 2004.

FORTUNA, Cinira Magali et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, mar.-abr. 2005.

FORTUNA, Cinira Magali. **O trabalho em equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades – em busca do desejo, do devir e de singularidades.** 1999. 236 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2003.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 67-80.

HABERMAS, Jürgen. Técnica e ciência como tecnologia. In: _____. **Técnica e ciência como ideologia**. Lisboa: Edições 70, 1994a. p. 45-92.

_____. Trabalho e interação. In: _____. **Técnica e ciência como ideologia**. Lisboa: Edições 70, 1994b. p. 11-43.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

HAHN, Giselda; KIRCHHOF, Ana Lúcia C. Prática assistencial-educativa de enfermagem com agente comunitário de saúde numa perspectiva transcultural. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 53-63, jan.-jun. 1999.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. **A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de saúde da família**. 2006. 296 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

HILLS, Marcia; MULLETT, Jennifer; CARROLL, Simon. Community-based participatory action research: transforming multidisciplinary practice in primary health care. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 21, n. 2-3, p. 125-135, feb.-mar. 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa mensal de empregos. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 jan. 2008.

JUCA, Maria Ester Weyner; QUEIROZ, Evana Maria E. de; LINS, José Maria Albuquerque. Caracterizando e analisando o fazer do agente de saúde. **RASPP – Revista da Associação de Saúde Pública de Piauí**, Piauí, v. 1, n. 2, 182-188, dez. 1998.

KLUTHCVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; TAKAYANAGUI, Ângela Maria Magosso. Community health agent: a literature review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 957-963, nov.-dez. 2006.

LEVY, Flávia Mauad; MATOS, Patrícia Elisabeth de Souza; TOMITA, Nilce Emy. Programa de agente comunitário de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, jan.-fev. 2004.

LUNARDELO, Simone Renata. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto – São Paulo**. 2004. 154 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MACCALLIN, Antoinette. Interdisciplinary practice – a matter of teamwork: an integrated literature review. **Journal of Clinical Nursing**, v. 10, n. 4, p. 419-428, jul. 2001.

MARTINS, Cleide Lavieri et al. Agentes comunitários nos serviços de saúde pública: elementos para uma discussão. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 51, p. 38-43, jun. 1996.

MATUMOTO, Silvia; MISHIMA, Silvana Martins; PINTO, Ione Carvalho. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 233-241, jan.-fev. 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES-GONÇALVES, R.B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. **Cadernos Cefor**. Série Textos nº 1. São Paulo: SMS-SP/Centro de Formação dos Trabalhadores de Saúde. 1992.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MERHY, Emerson Elias et al. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias et al. **Agir em saúde**: um desafio para o público. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112.

MERHY, Emerson Elias. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson Elias et al. **Agir em saúde**: um desafio para o público. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 113-151.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias et al. **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 71-112.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor?. **Saúde em debate**, v. 26, n. 60, p. 118-122, jan.-abr. 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 9-29.

MINAYO, Maria Cecília S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, Maria Cecília S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MISHIMA, Silvana Martins et al. O desafio de cuidar em saúde coletiva. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 4, 2004, Uberlândia. **Anais...** Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia, 2004. p. 22-34.

MONTANARI, Daiane; NEVES, Daniele Silva; FIGUEIREDO, Isadora Mishima. **Qualidade de vida no trabalho dos agentes comunitários que atuam em equipes de Saúde da Família**. 2008. 48 f. Monografia (Trabalho de conclusão de curso para graduação em enfermagem) – Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto, 2008.

NETO, Otávio Cruz. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 51-66.

NEVES, Maria Arindelita Arruda; ARAÚJO, Cinthia Locikis de. O terceiro setor e o caminho para contratação dos agentes comunitários da saúde? **Divulgação para Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 66-67, dez. 2000.

NUNES, Mônica de Oliveira et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1.639-1.646, nov.-dez. 2002.

OLIVEIRA, Elaine Machado de; SPIRI, Wilza Carla. Programa saúde da família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-733, ago. 2006.

OLIVEIRA, Paulo de Salles. **Metodologia das ciências humanas**. 2. ed. São Paulo: Unesp e Hucitec, 2001.

OLIVEIRA, Raquel Gusmão; NACHIF, Maria Cristina Abrão, MATHEUS, Marina Lopes Fontana. 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 DA SAÚDE. Comissão de determinantes sociais de saúde. Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes

sociais de saúde. In: Ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. 5 de maio de 2005. 36 p. (mimeo).

PEDROSA, José Ivo dos Santos; TELES, João Batista Mendes. Consensos e diferenças em equipes do programa saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, jun. 2001.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. 269 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEREIRA, Maria José Bistafa. **Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saúde do distrito oeste do município de Ribeirão Preto**. 2008. 237 f. Tese (Livre Docência pelo Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

RIBEIRÃO PRETO. Conselho Municipal de Saúde. Ata do dia 17 de maio de 2001, aprovada em reunião do dia 21 de junho de 2001, 2001a.

RIBEIRÃO PRETO. Guia de Rotinas e procedimentos de enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde do município de Ribeirão Preto. Apresenta os estabelecimentos de atenção básica do município. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/sssaude/i16principal.asp?pagina=/sssaude/rede/i16apresentacao.htm>>. Acesso em: 18 jan. 2009.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Gestão da Secretaria Municipal da Saúde quadriênio 1997-2000, 2000.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Plano municipal de saúde 2005-2008. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/Ssaude/I16Principal.asp?pagina=/sssaude/vigilância/planeja/i16indplano.htm>>. Acesso em: 02 mar. 2007a.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Projeto de implantação de programas de agentes comunitário de saúde e de Saúde da Família no município de Ribeirão Preto – SP, 2001b.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2 p. 438-446, mar.-abr. 2004.

ROSA, Anderson da Silva; CAVICCHIOLI, Maria Gabriela Secco; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. O significado que o agente comunitário de saúde atribui ao seu trabalho no processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 3, jul.-set. 2004.

SAKATA, Karen Namie et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 659-654, nov.-dez. 2007.

SANTOS, Marco Antônio Merechia; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 33, n. 3, p. 31-40, 2004.

SCHRAIBER, Lilia Blima; MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, Lilia Blima (org.); NEMES, Maria Inês Baptistella (org.); MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno (org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 29-47.

SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Apresenta perfil do município de Ribeirão Preto. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>>. Acesso em: 02 mar. 2007.

SILVA, César Cavalcanti da; SILVA, Ana Teresa M. C. da; LONSING, Agnes. A integração e a articulação entre as ações de saúde e de educação no Programa de Saúde da Família – PSF. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 70-74, 2006.

SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da; TRAD, Leny A. Bomfim. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, set. 2004-fev. 2005.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Silvia Whitaker. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. 20 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002a.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Silvia Whitaker. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-83, fev. 2002b.

SILVA, Rafael Vieira Braga et al. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni (org.); MATTOS, Ruben Araujo (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec-IMS-UERJ-Abrasco, 2004. p. 75-90.

SILVEIRA, Marília Rezende da; SENA, Roseni Rosângela de. Diversidade de práticas e saberes: o caso do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde

da Família de Nova Contagem/Minas Gerais. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 9, n. 1, p. 59-64, jan.-mar. 2005.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco e Ministério da Saúde, 2002.

TAKEDA, Silvia. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUNCA, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. **Medicina ambulatorial: Conduas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 76-87.

TRAPÉ, Carla Andréa; SOARES, Cássia Baldini. Educative practice of community health agents through the category of partices. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 142-149, jan.-fev. 2007.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VALENTIM, Igor Vinicius Lima; KRUEL, Alexandra Jochims. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do programa de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 777-788, mai.-jun. 2007.

VILLA, Marta Elizabeth Peña. **Perfil dos agentes comunitários de saúde do programa de saúde da família do município de Ribeirão Preto – SP**. 2004. 68 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

WITMER, Anne. et al. Community health workers: integral members of the health care work force. **American Journal of Public Health**, v. 85, n. 8, p. 1055-1058, aug.1995.

ZANCHETTA, Margareth S. et al. Educação, crescimento e fortalecimento profissional do agente comunitário de saúde – estudo etnográfico. **Online Brazilian Journal of Nursing (online)**, v. 4, n. 3, dez. 2005.

APÊNDICE A - Roteiro para observação participante junto aos agentes comunitários de saúde

Observação número:

Ação/atividade observada:

Data:

Local:

Horário de início:

Horário de término:

A PESQUISADORA DEVERÁ ACOMPANHAR AS AÇÕES/ATIVIDADES DE CADA UM DOS ACS, OBSERVANDO E DESCREVENDO NO DIÁRIO DE CAMPO:

- Sujeitos envolvidos na ação (profissionais e usuários);
- O desenvolvimento da ação individual ou coletiva do ACS (atenção individual ou coletiva ao usuário, reuniões em equipe, atividades de dimensão política e social, procedimentos e intervenções técnicas, decisões tomadas, tecnologias utilizadas, encaminhamentos);
- Complementaridade e interdependência das ações (apoios, construções conjuntas e solicitações de outros profissionais para esclarecimentos, ajudas, reflexões críticas e outras atividades);
- Interação e comunicação com os outros profissionais de saúde (conflitos; falas, tipos de linguagem, comunicação verbal, silêncio, questionamentos, comportamentos, expressões faciais, atitudes e posturas).

AO FINAL DE CADA ATIVIDADE, A PESQUISADORA DEVERÁ ACRESCENTAR EM SUAS OBSERVAÇÕES:

- ❖ Aspectos observados que merecem atenção;
- ❖ Sentimentos e/ou considerações pessoais da pesquisadora.

APÊNDICE B - Roteiro individual para entrevista semi-estruturada junto aos trabalhadores da equipe de Saúde da Família

1ª parte: Caracterização da entrevista

Entrevista número:

Data:

Local:

Horário de início:

Horário de término:

Tempo de duração da entrevista:

2ª parte: Caracterização do(a) entrevistado(a)

Categoria profissional: _____

Cargo exercido na unidade: _____

3ª parte: Entrevista semi-estruturada

A PESQUISADORA DEVERÁ ATENTAR PARA OS SEGUINTE ASPECTOS DURANTE A ENTREVISTA:

- ❖ As articulações das ações dos profissionais de saúde, em especial, as ações dos ACS com as ações individuais de cada profissional e com o trabalho da equipe em geral;
- ❖ A comunicação entre os próprios ACS e entre eles e os outros profissionais;
- ❖ As representações atribuídas ao trabalho do ACS por eles mesmos e pelos outros profissionais;
- ❖ As facilidades para o trabalho em equipe e seus motivos;
- ❖ As dificuldades para o trabalho em equipe (conflitos, insatisfações etc), seus motivos e sugestões para superá-las.

QUESTÕES NORTEADORAS

Gostaria que enquanto a gente fosse conversando, você fosse me dando exemplos, quando possível, de situações concretas e de preferência que você já tenha vivenciado no seu trabalho:

1. Primeiro eu gostaria que você me falasse um pouco sobre você, sobre o(a) *nome do entrevistado*:

- sua família, seus amigos;
- sua vida fora da unidade de saúde (hábitos de vida, alimentação, lazer, tarefas diárias, compromissos, exercícios físicos, outras atividades, etc);
- sua saúde;
- suas expectativas para o futuro.

2. Gostaria, agora, que você me falasse um pouco sobre o seu trabalho. Pode começar me contando desde quando começou a trabalhar na unidade e experiências anteriores também:

- seus motivos ou sua decisão por trabalhar na área da saúde;
- seus motivos ou sua decisão por trabalhar na unidade de saúde e em outros locais, se for o caso;
- carga horária semanal e seu período de trabalho (dias da semana e horários);
- características dos bairros de abrangências e das pessoas atendidas por esta unidade;
- as ações ou atividades que você realiza (individuais e coletivas);
- participação em algum tipo de capacitação ou treinamento relacionados com o seu trabalho aqui na unidade (quais; quando; como);
- como você avalia o seu trabalho (é bom ou ruim e por que; está satisfeito ou insatisfeito com o trabalho realizado e com salário que recebe e por que; mudaria alguma coisa ou não, como e por que);

- como você avalia o trabalho da unidade como um todo (é bom ou ruim e por que, as pessoas estão satisfeitas ou insatisfeitas e por que, o trabalho da unidade contribui ou não para o cuidado da saúde das pessoas e para o sistema de saúde).

3. Agora, gostaria que você me descrevesse um pouco mais sobre suas atividades individuais.

- quais são;
- onde são realizadas;
- como acontecem, como você as realiza;
- materiais/instrumentos utilizados;
- são registradas ou não (como e por que);
- de quais gosta ou de quais não gosta e por que;
- as facilidades e dificuldades para realizar essas atividades;
- como você avalia essas atividades individuais (contribuem ou não para o seu trabalho e o trabalho dos outros profissionais, para o cuidado da saúde das pessoas e para o sistema de saúde).

4. E sobre as suas atividades coletivas. (Obs: Se não participa, por que não participa?).

- quais são;
- onde acontecem (no domicílio, na unidade de saúde, na escola etc);
- materiais/instrumentos utilizados;
- são registradas ou não (como; por que e por quem);
- quem participa ou não participa e por que;
- como acontecem;
- como você se sente nessas atividades coletivas (gosta ou não gosta de participar, se sente bem ou mal; valorizado/desvalorizado, motivado/desmotivado, participativo/não participativo e por que);
- suas facilidades e dificuldades para realizar essas atividades.
- como você avalia essas atividades coletivas (contribuem ou não para o seu trabalho e o trabalho dos outros profissionais, para o cuidado da saúde das pessoas e para o sistema de saúde).

5. Como você vê o trabalho:

- da enfermeira;
- das auxiliares e técnicas de enfermagem;
- das agentes comunitárias de saúde;
- do dentista;
- da auxiliar de consultório odontológico;
- da médica;
- outros que queira falar.

6. E como você acha que esses profissionais também vêem o seu trabalho e por quê?

7. Você acha que existe articulação do seu trabalho com o dos outros profissionais? (Obs: Se não existe, por que não existe?). Como e por quê? Quais as facilidades e as dificuldades? Você pode me dar exemplos de situações em que você achou que houve uma boa ou uma ruim articulação entre o seu trabalho e o trabalho:

- da enfermeira;
- das auxiliares e técnicas de enfermagem;
- das agentes comunitárias de saúde;
- do dentista;
- da auxiliar de consultório odontológico;
- da médica;
- outros que queira falar.

8. O que mais você gostaria de falar?

- algo que gostaria de deixar registrado e que não foi perguntado;
- histórias de pessoas ou famílias que marcaram o seu trabalho;
- críticas;
- reclamações;
- sugestões;
- sobre o questionário (fez sentido para você, longo/adequado, difícil/fácil, mudaria/retiraria/acrescentaria alguma questão).

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, **Karen Namie Sakata**, abaixo assinado, aluna de pós-graduação (mestrado) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (EERP/USP), estou realizando um trabalho de pesquisa sob orientação de **Maria Cecília Puntel de Almeida**, Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. O trabalho é intitulado “A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família”. O mesmo tem por objetivo geral analisar como o agente comunitário de saúde se insere na equipe de saúde da família em relação ao trabalho em equipe, destacando os aspectos da interação e da comunicação entre os profissionais.

Solicitamos, portanto, sua colaboração para participar da pesquisa que se constituirá de dois momentos: a **observação participante**, na qual a pesquisadora acompanhará, enquanto observadora, sem intervenções, as atividades profissionais dos agentes comunitários de saúde (reuniões, grupos, visitas domiciliares, entre outras) e a **entrevista semi-estruturada**, realizada individualmente com todos os profissionais da equipe de Saúde da Família (enfermeiros, médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem, dentistas, agentes comunitários de saúde, entre outros). As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas e analisadas.

Comprometemo-nos a manter sigilo quanto aos nomes das pessoas. As informações serão utilizadas exclusivamente para os fins de pesquisa, mantendo-se o caráter confidencial das informações obtidas. Os membros terão liberdade total de se recusarem a participar da pesquisa ou retirarem seu consentimento, em qualquer momento, sem penalizações ou prejuízos pessoais.

Comprometemo-nos também garantir a apresentação dos resultados obtidos para os profissionais após o término da pesquisa. Os **meios para contatos são**: Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo situado na Avenida Bandeirantes nº 3.900 Campus Universitário Ribeirão Preto – CEP: 14040-902 e telefones (016) 3602-3949, 3602-3391 e 3966-4356.

Ribeirão Preto, ____ de ____ de 2008.

Karen Namie Sakata (Aluna de mestrado)

Maria Cecília Puntel de Almeida (Orientadora da pesquisa)

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____,
exercendo _____ a _____ função _____ profissional _____ de _____
_____ nesta unidade e abaixo
assinado, tendo recebido o esclarecimento de que não serei identificado e de que
será mantido o caráter confidencial das informações obtidas, consinto em participar
da pesquisa acima esclarecida.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2008.

ANEXO A – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde **Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**

Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde
www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br

OF. 971/07 – GS
ASG/asg

Ribeirão Preto, 23 de março de 2007.

Prezada Senhora,

Em atenção a sua correspondência de 07 de março de 2007, solicitando autorização para a realização do Projeto de Pesquisa “**A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família**”, informamos que a equipe responsável pelo Programa de Saúde da Família desta Secretaria analisou o referido Projeto e acreditam que trará grandes benefícios à rede municipal de saúde, ficando portanto, autorizada a realização do mesmo. Solicitamos que a candidata da pesquisa participe das reuniões de equipe na UBS Maria Casagrande.

Cordialmente,

DR. OSWALDO CRUZ FRANCO
Secretário Municipal da Saúde

ILUSTRÍSSIMA SENHORA
PROFª MARIA CECÍLIA PUNTEL DE ALMEIDA
ORIENTADORA
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP
NESTA

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 062/2007

Ribeirão Preto, 28 de março de 2007

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 28 de março de 2007.

Protocolo: n° 0764/2007

Projeto: A INSERÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisadores: Maria Cecília Puntel de Almeida
Karen Namie Sakata

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Maria Cecília Puntel de Almeida
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Título do Projeto: "A INSERÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA."

Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida (Orientadora)

Karen Namie Sakata (Aluna de Mestrado)

Parecer no. 0764/2007

Entrada em 07/03/2007

Considerando que o pesquisador entregou a Folha de Rosto devidamente preenchida e assinada, considero o Projeto Aprovado.

Aprovado "ad referendum" do Comitê de Ética em
Pesquisa da EERP/USP em
28 / 03 / 2007

Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa EERP USP