UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NOS
NÚCLEOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA
EM RIBEIRÃO PRETO - SÃO PAULO**

SIMONE RENATA LUNARDELO

RIBEIRÃO PRETO

2004

SIMONE RENATA LUNARDELO

O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NOS NÚCLEOS DE
SAÚDE DA FAMÍLIA EM RIBEIRÃO PRETO - SÃO PAULO

Dissertação de mestrado apresentada para fins de obtenção do Título de Mestre, junto ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem em Saúde Pública - Nível Mestrado, do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde

Orientadora:

Prof^a Dr^a Débora Falleiros de Mello

RIBEIRÃO PRETO

2004

FICHA CATALOGRÁFICA

Lunardelo, Simone Renata

O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto - São Paulo. Ribeirão Preto, 2004.

154 p. : il. ; 30cm

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

Orientadora: Mello, Débora Falleiros.

1. Saúde da família. 2. Processo de trabalho. 3. Agente comunitário de saúde.

SIMONE RENATA LUNARDELO

O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde
da Família em Ribeirão Preto - São Paulo

Dissertação de mestrado apresentada à Escola
de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de mestre.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde
Pública

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Débora Falleiros de Mello

Instituição: EERP - USP

Assinatura

Prof Dr Pedro Fredemir Palha

Instituição: EERP - USP

Assinatura

Prof^a Dr^a Aldaísa Cassanho Forster

Instituição: FMRP - USP

Assinatura

Para Paulo e Amélia, pais orgulhosos e dedicados, que a cada dia ensinam-me um pouco mais sobre a grandeza do amor. Obrigada pela formação humana, dedicação e carinho.

AGRADECIMENTOS

À Deus

Pela vida e fé que tem me concedido. Eis aqui a serva do senhor.

À minha família

Meus pais Paulo e Amélia, meus irmãos Sandra, Cíntia e Paulo Henrique e os que vieram depois para nos completar, como a Sandra, o Marcos e a querida Isabela, minha sobrinha. Com vocês sinto-me amada, incentivada e com as forças recompostas. Obrigada pela fé, pelas alegrias e pela união que nos envolvem sempre e pela compreensão em me ter distante algumas vezes para poder finalizar este trabalho.

Ao meu grande amor, Leandro

Parceiro na construção de uma vida. Paciente, bondoso, compreensível. Presente em todos os momentos. Obrigada pelos ensinamentos do convívio diário.

À Débora

Pela serenidade, amizade e carinho que sempre estiveram presentes no decorrer da orientação deste estudo e na convivência no Núcleo. Sou muito grata por aceitar construir este projeto junto comigo e me ajudar a ser uma profissional melhor.

Ao Pedro

Pela amizade, disponibilidade de escuta e imprescindíveis contribuições nesta pesquisa. Considero-o meu segundo orientador.

À Prof^a Aldaísa

Por suas contribuições na qualificação e na pré-banca, possibilitando-me pensar sobre algumas importantes questões do trabalho do agente comunitário de saúde.

Às professoras Silvana, Zezé Bistafa, Clarice, Regina e Maria do Carmo, com quem sempre aprendo e tenho a liberdade de dividir as dúvidas e as angústias. Obrigada pela preocupação.

À equipe do Núcleo 4

Alessandra, Benedita, Ricardo, Cristina, André, Sílvia, Fernanda, Sônia, Cristina, Karina, Sandra, Marilene, Alex, Lina, Wilson, Solange, alunos da enfermagem e medicina, e pelos que não estão mais na equipe como Anderson, Haroldo, Luciana, Camila, Leonardo, Juliana e Érica, muito obrigada a todos que certamente contribuíram para o aperfeiçoamento da minha prática e para a realização deste projeto.

Aos professores Gutemberg, Franco, Elisabeth e Débora

Por acreditarem na Saúde da Família e na importância dos trabalhadores da saúde continuarem estudando. Obrigada pelo incentivo e liberação institucional.

Aos meus sogros Neiva e Sérgio e meu cunhado Rodrigo

Pelo carinho e atenção a mim dedicados durante estes anos e por compreenderem meu distanciamento na finalização deste projeto. Obrigada por ouvirem meus desabafos.

À minha amiga Renata

Com quem posso contar sempre. Guerreira e sonhadora, deixa-me desabafar e me afaga com seu carinho.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem

Que desde a graduação apóiam e auxiliam na minha formação, especialmente Adriana Amaro, Andréa, Bernadete, Laura Jane, Henrique, Cidinha, Eduardo, Sr José, Sr Chiquinho, Deolinda, Lourdes, Elisa e Dimer.

A todos os amigos que deixei em Sacramento

Obrigada por me acolherem como filha e me apresentarem à Saúde da Família.

Aos amigos da Serra da Canastra

Sr Osmar, Sr Oliveira, Vanda, os meninos e tantos outros que nos oferecem refúgio, acolhendo-nos como da família. Povo trabalhador, de um coração enorme, merecedores de terem no quintal da sua casa a bela Cachoeira Maria Augusta. Ah! Que saudade desta vida...

À Sonia Camila, Marcinha, Rafaela e Laura

Companheiras de trabalho nos Núcleos de Saúde da Família. Por vezes rimos e choramos, mas ficamos felizes em saber que estamos dando as nossas contribuições ao mundo. Diferenças que se complementam.

Aos agentes comunitários dos Núcleos de Saúde da Família que se disponibilizaram em participar deste estudo, possibilitando a elaboração do mesmo, muito obrigada.

Às pessoas que me apoiaram tecnicamente como Cristina e Andréia, na digitação das entrevistas, Cíntia, na revisão ortográfica e gramatical, Prof Ângelo e Maria Helena nas traduções do resumo, Cristiane com o curso de português e Cristina, na revisão bibliográfica.

A todas as outras pessoas que se fizeram presente neste estudo.

*"Nada tenho vez em quando tudo
Tudo quero mais ou menos quanto
Vida vida nove fora zero
Quero viver, quero ouvir, quero ver"*

Zeca Baleiro

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Resumen

Apresentação

1. Introdução	20
1.1 A organização do setor saúde no Brasil: aspectos histórico.....	21
1.2. Atenção Primária à Saúde (APS) e a Estratégia da Saúde da Família	29
2. Objetivos	44
2.1. Objetivo geral	45
2.2. Objetivos específicos	45
3. O percurso metodológico	46
3.1. Caracterização do estudo	47
3.2. Local de estudo	48
3.3. Técnica de investigação	58
3.4. Participantes	61
3.5. Análise dos dados	63
4. Conhecendo o trabalho dos agentes comunitários de saúde dos Núcleos de Saúde da Família de Ribeirão Preto - SP.	65
4.1. Caracterização dos agentes comunitários de saúde estudados.	66
4.2. O ser agente comunitário de saúde	74
4.2.1. O trabalho gerando satisfação	75
4.2.2. O trabalho gerando sofrimento	83
4.3. O cenário do trabalho	91
4.3.1. O trabalho na saúde da família	92

4.3.2. A ética e a supervisão no trabalho do agente comunitário de saúde	105
4.4. Potencialidades do trabalho do agente comunitário de saúde	116
4.4.1. O trabalho extramuros	116
4.4.2. O agente formador	126
5. Considerações finais	133
6. Referências	140
7. Apêndices.....	148
8. Anexos.....	152

RESUMO

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 - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

Este estudo busca caracterizar o agente comunitário de saúde dos Núcleos de Saúde da Família ligados ao Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, bem como, identificar as repercussões que o desenvolver deste trabalho tem lhe trazido. A abordagem teórica baseia-se nas políticas de saúde do Brasil, tendo como enfoque principal a reorganização da assistência à saúde com o Programa Saúde da Família. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, a partir de entrevistas semi-estruturadas com dez agentes comunitários de saúde que possuíam mais de dois anos no exercício da atividade. A análise dos dados se processou de forma qualitativa, emergindo os seguintes temas: **o ser agente comunitário de saúde, o cenário do trabalho e as potencialidades do trabalho do agente comunitário de saúde**. Identificamos que esse profissional da saúde desempenha um trabalho complexo e possui um papel de sujeito mediador e terapeuta comunitário. Utiliza como ferramentas no seu trabalho tecnologias leves como o acolhimento, o respeito, o vínculo e a solidariedade. Responsabiliza-se pelo projeto que está inserido, vislumbrando a sua própria família e a si mesmo e aponta uma ambigüidade de sentimentos que o leva ora para a satisfação, ora para a insatisfação no trabalho. Nesta prática contextualizada, colabora com a construção de um novo modelo assistencial, quando, num processo educativo, ensina alunos de graduação de vários cursos da área da saúde e mesmo aos profissionais que estão inseridos na Saúde da Família a promover uma **atenção à saúde humanizada**. Por isso, identificou-se uma nova atribuição a este profissional, sendo esta, **participar da formação de recursos humanos para a saúde da família**.

Palavras-chave: saúde da família, processo de trabalho, agente comunitário de saúde.

ABSTRACT

LUNARDELO, Simone Renata. **The work of the health's communitarian agent in Health Nuclei for the Family in Ribeirão Preto, São Paulo** - 2004. 154 pages. Master Degree paper. Nursery School of Ribeirão Preto, University of São Paulo. Ribeirão Preto, 2004.

This study aims at characterizing the communitarian health agent in Health Nuclei for the Family who are linked to Health Center established by The School of Medicine Course in Ribeirão Preto, State of Sao Paulo, Brazil, as well as, identifying the repercussion the developing of this work has brought. The theoretical approach used in this case is based in Health Politics in Brazil, aiming specifically the re-organization of the health assistance with the Program Health for the Family. We dealt with an exploratory and descriptive study starting with interviews with ten communitarian agents who had more than two year experience in their activity. The data analysis was processed using the qualitative focus, from which the following themes emerged: **being a communitarian agent, the scenario of that work, the potentialities of the communitarian health agent's work**. We identified that this professional of health performs a complex work and has a role as negotiator and community therapist. He or she employs these following tools for his or her work the instruments: respect, reception, ties and solidarity. The communitarian agent showed to be responsible for the project he or she is in, viewing their work from his or her own family and from his or her personality. The study shows a certain ambiguity in feelings which can drive him or her to satisfaction and also to unhappiness sometimes. In this practice in context, the agent contributes for the construction of a new assistance model, when taking part in educational process. The agent teaches graduation students in different courses of Health field and promotes an **humanitarian attention to health**. This way, a new duty was identified for this professional, i.e., **the participation in the formation of human resources to the health of the family**.

Key-words: health of the family; process of the work, communitarian agent for health.

RESUMEN

LUNARDELO, Simone Renata. **El trabajo del agente comunitario de salud en Núcleos de Salud para la Familia en Ribeirao Preto, Sao Paulo** - 2004 - 154 paginas. Tesis de Magíster. Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo. Ribeirao Preto, 2004.

Este estudio busca caracterizar el agente comunitario de salud en Núcleos de Salud de la Familia que están conectados con el Centro de Docente de la Escuela de la Facultad de Medicina en Ribeirao Preto, Provincia de Sao Paulo, así como identificar las repercusiones que el desarrollo de este trabajo ha traído. El aporte teórico utilizado está embasado en las políticas de salud de Brasil, teniendo como su principal enfoque la re-organización de la asistencia a la salud con el Programa Salud para la Familia. Este estudio ha sido hecho de modo exploratorio y descriptivo, partiendo de encuestas semi-estructuradas con diez agentes comunitarios de salud que tenían más de dos años en el ejercicio de estas actividades. El análisis de datos ha sido procesado de modo cualitativo, surgiendo entonces los siguientes temas: **la labor del agente comunitario de salud, el panorama de su trabajo y las potencialidades del trabajo del agente comunitario en salud**. Hemos identificado que este profesional ejerce un trabajo complejo y posee un rol de mediador y de terapeuta comunitario. El agente utiliza tecnología sencilla como herramientas de su trabajo, a saber: buena acogida, respeto, vinculación y solidaridad. El es responsable por el proyecto en el cual se insiere, viendo la familia como suya y a el mismo como parte de ella, hecho que conduce a una dualidad de sentimientos que ora lo lleva a tener satisfacción y ora a la insatisfacción, en su trabajo. En esta practica contextual el agente colabora con la construcción de un nuevo modelo asistencial cuando en un proceso educativo imparte docencia en cursos de pregardo de diferentes cursos en el ámbito de salud, y también a los profesionales ubicados en el Programa Salud para la Familia, promoviendo una **atención a la salud de modo humanizado**. Por eso, se ha identificado una nueva atribución o actuación para este profesional, que es la **participación en la formación de recursos humanos para la salud de la familia**.

Palabras-llave: salud de la familia; proceso del trabajo; agente comunitario en salud.

APRESENTAÇÃO

As escolhas que fiz no início da carreira profissional remeteram-me a inúmeras inquietações das práticas em saúde.

Minha primeira experiência profissional ocorreu no município de Sacramento - MG, enquanto enfermeira do Programa Saúde da Família da área rural daquele município. Deparar com situações diferentes do cotidiano faz com que as pessoas fiquem inseguras e com medo. Comigo não foi diferente. O ano era 1998, e a Estratégia em Saúde da Família estava em fase incipiente na região de Ribeirão Preto.

Com os medos e as angústias de assumir um trabalho "novo", descobri que "novo" era aprender a ouvir e observar os costumes daquele povo - profissionais e população, respeitá-los e fazer colocações no momento apropriado. Percebi então, o quanto tinha para aprender e também a ensinar. Obtive lá ensinamentos para toda uma vida.

Enquanto membro do Conselho Municipal de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Sacramento e interessada nas discussões sobre saúde do Conselho Municipal de Saúde, vivenciei as interferências políticas e "politiqueiras" sobre as ideologias de um sistema público, universal, igualitário, digno e transparente, e promovedor do desenvolvimento do cidadão politizado. Foi também minha primeira aproximação com agentes de saúde

institucionalizados. Todos os agentes eram do sexo feminino, moradoras dos vilarejos rurais, sobreviventes da terra, umas leigas, outras "enfermeiras práticas", buscando o sustento de suas famílias, projeção profissional e melhoria das condições de vida de todos. Observei que faltava compreensão do projeto que estavam inseridas e faltava, também, profissionais que pudessem colaborar com esse entendimento, facilitando seu processo de identificação e autonomia.

Retornei para Ribeirão Preto em 2000, quando iniciei minhas atividades profissionais na área hospitalar. Fui lotada na Clínica Cirúrgica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. Essa segunda escolha profissional tem fundamentação nas exigências do mercado de trabalho em saúde e às respostas pessoais para habilidade técnico-gerencial. Conhecer o cotidiano da área hospitalar, as tecnologias em saúde, a complexidade dos procedimentos, a frieza das relações e a incompreensão do ser humano possibilitaram-me delinear a área de atuação e entender meu perfil profissional como sendo uma enfermeira crítica, atuante em defesa da vida, do sistema público e do desenvolvimento do cidadão ativo.

Na busca dos meus desejos e interesses, retornei para a Saúde da Família em 2001, tendo a oportunidade de compor a equipe multiprofissional do Núcleo de Saúde da Família IV do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP.

Atualmente, realizo ações assistenciais, gerenciais, de ensino e pesquisa. Esse mix de ações me possibilitaram o ingresso na Pós-graduação, nível mestrado, em Enfermagem em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, dando continuidade às aproximações ao "novo", reflexões, descobrimento de lacunas e de conhecimentos.

Assim, busco, com as observações do trabalho do agente comunitário de saúde, refletir sobre as práticas de saúde em atenção primária, na ânsia de colaborar com a consolidação do Sistema Único de Saúde e com o ensino de profissionais da área, através da sistematização do conhecimento que a pesquisa científica possibilita.

Esta investigação contou com a participação de várias pessoas. Desse modo, nada mais justo que usar neste trabalho o pronome na primeira pessoa do plural.

Este estudo, que foi dividido em cinco partes, tem na primeira delas a exposição dos aspectos históricos da organização do setor saúde no Brasil, tomando como ponto de partida a Reforma Sanitária Brasileira. Na seqüência, apresentamos os pontos principais da inserção do agente comunitário de saúde no Brasil, utilizando o disparador da Atenção Primária à Saúde.

A segunda parte consta a definição dos objetivos propostos.

Na terceira parte, traçamos o caminho metodológico e na quarta parte, discutimos os dados empíricos, os quais organizamos com a caracterização dos agentes comunitários de saúde estudados e a construção de três grandes temas e seus respectivos subtemas: **o ser agente comunitário de saúde**, composto pelos subtemas o trabalho gerando satisfação e o trabalho gerando sofrimento; **o cenário do trabalho**, abrangendo trabalhar com Saúde da Família, a ética e a supervisão do trabalho; **potencialidades do trabalho do ACS** com os subtemas o trabalho extramuros e o agente formador.

Finalizando, traçamos algumas considerações sobre o estudo, procurando apontar as implicações para a Saúde da Família.

1. INTRODUÇÃO

1.1 A ORGANIZAÇÃO DO SETOR SAÚDE NO BRASIL: ASPECTOS HISTÓRICOS

À luz de grandes transformações políticas e econômicas ocorridas na década de 80 no Brasil, foi criado em 1988, através de uma estrutura jurídica e institucional, o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS tem sua origem no movimento da Reforma Sanitária, em que intelectuais, políticos e profissionais da área da saúde buscavam dentro da perspectiva da luta contra a ditadura, a democracia. O movimento possibilitou abertura para uma análise marxista da saúde, na qual se rediscute o conceito saúde-doença e o processo de trabalho com introdução da determinação social da saúde.

O movimento sanitário se propôs a incorporar em sua luta as demandas da sociedade como um todo, partindo da consideração de que as condições de exercício profissional estavam submetidas às mesmas determinações que se responsabilizavam pela precariedade da saúde da população. Esta expansão é referida por Fleury (1997) como uma nova relação entre classe/ Estado/ sociedade, em que as representações deixam de ser individuais, no sentido de

privado, para alcançar uma dimensão pública, articulando definição de projetos com uma concepção geral do mundo, transcendendo interesses individuais e corporativos. Médici (1999) aponta-nos para uma outra interpretação desta relação. Para este autor, as questões de equidade e direito à saúde, no início do movimento, estiveram encobertas pela preocupação de isonomia profissional dos trabalhadores da área, garantia de financiamento a procedimentos de alto custo e forma de repasse de recursos aos prestadores privados. A equidade foi interpretada mais como meio de se obter melhores condições de trabalho e remuneração à melhoria de acesso e qualidade da assistência prestada aos usuários.

O projeto da Reforma Sanitária, sob a perspectiva democrática institucionalista dos anos oitenta, recorreu ao conceito estratégico de desenvolvimento da consciência sanitária como forma de articulação de vários níveis. O movimento pretendeu ressignificar politicamente a noção de cidadania e portava no seu modelo de democracia bases de formulação de uma utopia igualitária, a garantia da saúde como um direito individual e a construção de um poder local fortalecido pela gestão social democrática. A Reforma Sanitária assumiu a igualdade como valor e princípio normativo do Sistema de Saúde Brasileiro, formulando um modelo de ética e de justiça social fundado na solidariedade (FLEURY, 1997).

No cenário macroeconômico, o nó crítico desse processo foi a subordinação das políticas de saúde às políticas de desenvolvimento econômico. Nesse mesmo período, manifestou-se uma estagnação e/ou regressão do crescimento econômico, atrelado ao peso da dívida externa e da interferência de países desenvolvidos na política brasileira, gerando aumento das desigualdades sociais, desemprego e pobreza. Aguiar (1998), em seu estudo, resgatou na bibliografia a política do Banco Mundial em relação à América Latina através de documentos datados de 1987 a 1993. Os documentos apontaram uma preocupação em atrelar financiamento e provisão de serviços sanitários à definição de prioridades, segundo princípios econômicos de custo-efetividade. Chama a atenção para a focalização a grupos vulneráveis - pobres (grifo do autor) e ao incentivo à diminuição da pobreza através da força de trabalho dos envolvidos e mediante acesso aos serviços de educação, nutrição básica e assistência à saúde por meio da iniciativa privada ou seguro social.

Portanto, os objetivos de implantação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira esbarraram na política econômica de estabilização e ajuste fiscal que pressupunham cada vez mais a inserção diferenciada, o individualismo e a produção; a inexistência de um projeto nacional de desenvolvimento que tomasse a questão da desigualdade e exclusão como cerne da questão democrática; as distorções do conceito da equidade, na prática sanitária prevalecendo o modelo médico hegemônico que não incorporava o novo conceito de saúde e na política

pública como palco de disputa de privilégios corporativos e não como melhoria de acesso aos serviços públicos para a população. (FLEURY, 1997; AGUIAR, 1998)

A institucionalização do direito à saúde requereu, além da base legal e normativa, incluindo a Constituição Federal de 1988, as Leis Orgânicas da Saúde, as Constituições Estaduais, as Normas Operacionais Básicas, e ainda em uma base mais ampla, a Seguridade Social, rompendo os vínculos entre contribuição e benefícios, procurando sepultar o modelo excludente do Seguro Social (FLEURY, 1997).

A base legal e normativa a partir da Constituição Federal de 1988 definiu a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito do cidadão e dever do Estado, como parte da seguridade social cujas ações e serviços deviam ser providos por um Sistema Único de Saúde organizado segundo os princípios e diretrizes da descentralização, gestão única nos diferentes níveis, integralidade, resolutividade, universalidade, equidade, intersetorialidade, participação e controle social.

Para Médici (1999) e Mendes (1999, 2001), a chegada ao poder desse movimento, após a Constituição de 1988, por meio da ocupação de vários espaços políticos, não correspondeu ao discurso prévio. Assim, nunca existiu um Sistema Único de Saúde, mas sim um sistema segmentado composto pelo Sistema Público (SP), Sistema de Atenção Médica Supletiva (SAMS) e o Sistema de Desembolso Direto (SDD). O SAMS é constituído por quatro modalidades assistenciais: a

medicina de grupo, a autogestão, a cooperativa médica e o seguro-saúde e o SDD é constituído pela medicina liberal. Mendes (2001) explica que os sistemas segmentados são aqueles que segregam diferentes clientela em nichos institucionais singulares. Cada segmento, público ou privado, exercita as funções de financiamento, regulação e prestação de serviços para sua clientela particular. Em muitas vezes esse sistema é defendido com o pressuposto de ao instituírem sistemas específicos para quem pode pagar, sobriariam mais recursos públicos para dar uma melhor atenção aos que não podem pagar. A própria experiência brasileira nos aponta que esta suposição é falsa, pois os usuários atendidos pelos sistemas de medicina supletiva e desembolso direto reservam para o sistema público a aquisição de procedimentos e medicamentos de alto custo e os exames mais sofisticados, assim como intelectualmente são melhores representados na sociedade e lutam pelos seus direitos, diferente da condição dos mais pobres.

No processo de implantação do SUS, uma de suas debilidades foi a questão financiamento, atrelada aos gastos crescentes do setor. No início da década de 90, a inexistência de fontes diversificadas e estáveis de recursos acarretou num brutal desfinanciamento da área da saúde gerando deterioração progressiva da rede física e de pessoal dos serviços públicos de saúde (FLEURY, 1995).

Para Mendes (2001), o discurso político de que se gasta muito com saúde e gasta-se mal, é considerada uma verdade. Nos primeiros anos do SUS houve um aumento do gasto federal com saúde, fruto das primeiras experiências de

descentralização datadas de 1983 com as Ações Integradas em Saúde (AIS) e 1986 com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Entre 1990 e 1991 os gastos federais com saúde tiveram um forte rebaixamento, levando a quase destruição da rede pública brasileira. Nesta época houve a incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde e sua posterior extinção. Boa parte da rede pública federal de hospitais e unidades de saúde foram transferidas aos estados e municípios com o repasse de financiamento federal, em decorrência do processo de descentralização fiscal. A partir do Plano Real, em 1994, inicia-se um processo de redefinição das diretrizes para uma nova política de saúde do governo federal. É retratado um aumento com os gastos no setor saúde tanto nas três esferas de governo - federal, estadual e municipal - como das fontes privadas do SAMS e SDD. Nesse período o Brasil passou a gastar 7% do PIB nacional no setor saúde.

Cohn (1999) fez uma crítica às políticas sociais no governo FHC e mostrou que o avanço quanto ao número e leque de atuação era apenas cumprimento aos compromissos assumidos a respeito da agenda social implementada pela Organização das Nações Unidas (ONU) e instituições financeiras internacionais, sendo estas políticas restringidas aos segmentos mais pobres da sociedade.

Segundo Mendes (1999, 2001), a crise no setor saúde não constitui privilégio do Brasil, sendo um problema universal e manifesta-se nas dimensões da ineficiência, ineficácia, iniquidade e da insatisfação popular. A ineficiência e a

ineficácia são explicadas pelo constante e incontrolável aumento dos custos dos serviços de saúde com baixo impacto nos padrões sanitários das populações. Justifica, ainda, que essa crise pode ser explicada por três correntes: racionalista, sistêmica e estruturalista. Cada corrente, através da sua focalização e entendimento dos problemas, procura respostas e propõe respectivamente, a contenção de custos do lado da demanda e da oferta; mudanças internas no setor diante da competição gerenciada e reforço da atenção primária; e transformação da prática hegemônica, a qual significaria superar o paradigma flexneriano.

Neste contexto, Mendes (2001), defende a reforma da reforma, chamada por ele de reforma com R maiúsculo. Esta reforma significaria instituir, no âmbito macroeconômico, um sistema público universal ancorado na cooperação gerenciada, e implementar, no âmbito microeconômico, sistemas microrregionais e integrados de serviços de saúde instituindo um sistema de saúde de atenção contínua, com base numa atenção primária de qualidade, organizada pela estratégia Saúde da Família¹.

O paradigma flexneriano vem fundamentando a prática sanitária hegemônica desde os anos 30, quando um grupo curativista e centrado na doença, na atenção individualista e hospitalocêntrica instalou-se na assistência médica dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) e posteriormente, nos anos 70,

¹ Ver com mais detalhes:

MENDES, E. V. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. 310 p.

no INAMPS. Por outro lado, um grupo sanitário-campanhista com uma abordagem coletiva, geográfica e ambiental da doença, tendo características autoritárias, intervencionistas e impositivas em pró da coletividade, seguia em direção ao Ministério da Saúde com o jargão de saúde pública (SOUTO-DE-MOURA; SOUTO-DE-MOURA, 1997).

O modelo biomédico de saúde do paradigma flexneriano tem a figura do médico e as tecnologias em saúde como suas bases, sendo ainda fortemente influenciado pela política da indústria médico-farmacêutica, ficando prisioneira de diversos grupos de interesse, o que leva à ausência de objetivos, à pobreza de resultados sanitários e à impossibilidade de uma ação eficaz de natureza intersetorial (MENDES, 1999) e que, segundo Campos (1997), é uma conspiração de classes dominantes contra os direitos sociais.

Sair da crise implica em transitar de um modelo de atenção médica, fruto do paradigma flexneriano, para um modelo de atenção à saúde, expressão do paradigma da produção social da saúde (MENDES, 1999).

Campos (1997) refere que o desafio central da reforma sanitária é o salto qualitativo que transformaria a atenção médico-sanitária de instrumento de reprodução da força de trabalho em meio de defesa da vida, do direito à saúde e promoção da opinião pública, e propõe realizar uma reforma que atenda uma demanda técnica, social e política, sem anular as características do SUS.

1.2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção Primária à Saúde (APS) teve uma importante contribuição no processo da reforma sanitária, através da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde(OMS)/Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 1978, em Alma-Ata, Rússia, que propôs a APS como uma estratégia para ampliar o acesso de forma igualitária para a população, com a declaração "Saúde para Todos no ano 2000". Assim, atenção primária à saúde foi definida 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 por eles 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. (OMS, 1979, p. 14-16).

Os componentes fundamentais nesse processo foram: educação em saúde, distribuição de alimentos e nutrição adequada, saneamento ambiental, programas de saúde materno-infantil, prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento

adequado de doenças e agravos comuns e fornecimento de medicamentos essenciais. Abordava, ainda, as questões de intersetorialidade, equidade, participação individual e comunitária (OMS, 1979).

Atualmente, têm sido apresentadas três interpretações da APS: como atenção primária seletiva, como nível primário do sistema dos serviços de saúde e como reorganização do sistema de serviços de saúde.

Dentro da visão seletiva, o entendimento de APS é de programa focalizado em pessoas e regiões pobres, onde há tensões e desordem social, utilizando tecnologias simples e de baixo custo.

A APS, quando interpretada como um primeiro atendimento às pessoas que se dirigem aos serviços de saúde pela primeira vez, não se tratando de uma primeira vez na vida pessoal, mas uma ocorrência específica, tem sido entendida como porta de entrada ou nível primário para o sistema de assistência à saúde.

É importante ressaltar que a prática curativista, aceita por vários segmentos da sociedade, dissemina a idéia de que *a APS é uma atenção de baixo custo, pobre de resultados e de menor importância, pois parece tratar-se de um serviço simples e quase sempre com poucos equipamentos, focalizada para a população mais carente* (SCHRAIBER; GONÇALVES, 1996). Nesse aspecto, os referidos autores complementam que a APS utiliza menor uso de equipamentos, mas em contrapartida, exige para sua adequada compreensão e efetiva

transformação, sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educacionais.

Essa gama de demandas, delimitada pela noção de necessidades básicas de saúde, agrega um conjunto de ações que envolve um trabalho complexo, com alta resolutividade e alta sensibilidade diagnóstica.

A APS, em uma visão mais ampla, considerada como estratégia de reorganização de todo o sistema de serviços de saúde, é uma forma singular de apropriar, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema, visando à satisfação das necessidades, demandas e representações da população, em uma rede integrada de serviços de saúde. Nesta busca, é relevante destacar as contribuições de Starfield (2002) para esta temática. Com seus estudos, passamos a entender que a APS oferece atenção à pessoa nas suas diversas necessidades e problemas, tendo como característica primordial o acesso universal, a responsabilização, a qualidade da atenção integral, as ações de prevenção, bem como as de tratamento e reabilitação e o trabalho em equipe. A condição de *porta de entrada do sistema de saúde* transcende para a possibilidade de assistência contínua e integral de saúde, tendo a capacidade de integrar, organizar e racionalizar todos os outros níveis de atenção à saúde.

Segundo Almeida et al. (1999) a atenção primária à saúde possui uma abordagem tecnológica específica, tomando a concepção de que as tecnologias em

saúde não se restringem ao conjunto de instrumentos materiais, mas por inúmeros saberes e seus desdobramentos.

Neste sentido, Merhy (1997), nos seus estudos sobre o trabalho em saúde, faz uma discussão sobre as tecnologias utilizadas na saúde. Classifica-as em **tecnologias duras** aquelas expressas nos equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais. As **tecnologias leves-duras** seriam aquelas relativas aos saberes tecnológicos bem estruturados, como por exemplo a clínica médica e a epidemiologia. Já as **tecnologias leves** configuram os processos de intervenção em ato - **trabalho vivo** - representados por ele, através das relações de vínculo, autonomia, acolhimento e gestão como forma de governar processos de trabalho.

Este autor ainda aponta-nos para o perigo de basearmos o trabalho em saúde pela lógica do **trabalho morto**, resultado de um trabalho humano anterior que não existia antes da sua produção, enquanto o trabalho vivo se processa em ato. No entanto, vale ressaltar que o trabalho vivo tende a ficar morto porque o resultado deste processo tende a cristalizar-se.

Num cenário de implantação e implementação do Sistema Único de Saúde, o Programa Saúde da Família surge, dentro da perspectiva da APS, como uma estratégia de reorganização sanitária, face às discussões a cerca do modo de produzir saúde.

Outras alternativas de revisão das práticas assistenciais, como a Medicina Preventiva e a Medicina de Família, que buscavam confrontar a medicina integral com uma visão globalizadora do ser bio-psico-social, em contraposição à fragmentação do ser nas especialidades médicas. Em decorrência desse novo objeto da prática, surge a Medicina Comunitária buscando estabelecer novas relações com o indivíduo, a família e a comunidade, tendo como alvo a coletividade. Essas experiências estão registradas na bibliografia brasileira a partir dos anos 60 e 70, como tentativas de integrar a assistência médica com a saúde pública e o setor privado com o setor público de produção de serviços, no entanto, se esgotam a partir do momento em que se baseiam apenas na prática médica como ação e produção de saúde.

Nesta revisão do conceito saúde-doença e de práticas em saúde, surge, na década de 90 a Estratégia de Saúde da Família, em uma lógica de vigilância à saúde centrada na promoção da qualidade de vida da família - o foco da atenção - entendida a partir do ambiente onde vive (BRASIL, 1998).

A escolha da Organização das Nações Unidas (ONU), no ano de 1994 como "Ano Internacional da Família", reflete esse movimento de priorização política da família. O tema família é revigorado como uma estratégia de sobrevivência para o presente, um projeto para o futuro, permitindo avaliar o que foi processado (VASCONCELOS, 1999).

A estratégia possui fortes raízes em experiências ligadas às Universidades Brasileiras, experiências internacionais e entidades não governamentais, como a Pastoral da Saúde e da Criança da Igreja Católica.

Entre as experiências pioneiras, a residência em Medicina Geral e Comunitária, do Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre, inspiraram as práticas comunitárias no Brasil e mais recentemente um dos grandes impulsionadores desse projeto foi o Programa Agentes de Saúde do Ceará (PAS).

O PAS, coordenado pela Secretaria de Saúde do Ceará, buscava, inicialmente, respostas eficientes à situação emergencial do quadro de "seca" e tendo como objetivo primordial, a sobrevivência (MINAYO et al., 1990). Em contrapartida, o estado enfrentava dificuldades em fixar profissionais da saúde em localidades sem recursos sociais, econômicos e culturais e ainda possuía um expressivo contingente da população local sem atividades laborais geradoras de renda.

O agente de saúde não era uma idéia nova no Brasil e no mundo, o que acontecia era a existência de inúmeras denominações ao recurso existente, como forma alternativa de respostas às demandas das famílias e comunidades não providas pelo Estado. O mecanismo de compensação baseava-se na solidariedade de pessoas que possuíam um saber aprendido no cotidiano, nas necessidades e na convivência com pessoas mais velhas. Eram parteiras, erveiros, curandeiros, rezadores, missionários, irmãos e pastores de igreja (SILVA, 1997; MINAYO et

al., 1990). O destaque para o Estado do Ceará é o caráter político do programa e sua abrangência estadual.

O objetivo geral do PAS, segundo base documental do estudo de caso de Minayo et al. (1990), financiado pelo UNICEF, era melhorar a capacidade da comunidade de cuidar da sua própria saúde, e os objetivos específicos à redução do risco de morte ligado ao parto de mulheres e mortes infantis, o aumento do índice de aleitamento materno exclusivo até os quatro meses de vida e a redução do número de óbitos causados pela desidratação decorrente da diarreia. Basicamente, as ações desenvolvidas foram: visitas domiciliares regulares às famílias cadastradas, com maior frequência às famílias que possuíam entre seus membros crianças menores de dois anos de idade e gestantes para promover a educação em saúde, controle de infecção respiratória aguda, controle das diarreias por hidratação oral, acompanhamento do crescimento infantil, incentivo ao aleitamento materno, prevenção às excepcionalidades e estimulação precoce, fornecimento de medicações, encaminhamentos às unidades de saúde e controle da vacinação.

Deveriam também, promover, organizar e colaborar para o desenvolvimento social da comunidade (SILVA, 1997).

O número de famílias sob a responsabilidade dos agentes variava de acordo com a localidade do trabalho, área rural ou urbana. Na operacionalização

técnica do programa, chamou-nos a atenção para a vinculação institucional e a capacitação/supervisão do trabalho.

O decreto estadual que cria o PAS faz referência à sua execução a nível municipal através de convênios com entidades comunitárias e sindicatos rurais, com repasse de recursos estaduais e de responsabilidades, no entanto, os agentes de saúde não tinham garantidos seus direitos trabalhistas gerando improvidência e insegurança no trabalho, embora pesquisadores como Freedheim² (apud Silva, 1997) apontasse essas trabalhadoras como "elite" de suas comunidades.

A capacitação teria ênfase especial à educação em saúde, cuidados com diarreia, pré-natal, imunizações, controle do crescimento infantil, preenchimento de fichas e promoção da participação comunitária. No entanto, no desenvolver do trabalho, as atividades curativas eram as maiores demandas da comunidade. Neste sentido, o estudo de caso revelou que os agentes de saúde do PAS realizam atividades técnico-curativas. Estas atividades são imbuídas de grande reconhecimento popular, o que é mais atrativo para os profissionais da área da saúde também pela visibilidade dos resultados.

Por fim, a supervisão realizada por funcionários de nível superior da Secretaria Municipal, Secretaria de Estado do Ceará, Fundação SESP e Fundação Nacional de Saúde ficava mais "na retaguarda" e muito pouco no dia-a-dia.

² FREEDHEIM, S.B. Porque menos sinos dobram no Ceará. O sucesso de um programa de agentes comunitário de saúde. 1993. 66 f. Dissertação (Mestrado). ITM, Massachusetts, 1993.

Os resultados qualitativos deste programa foi amplamente divulgado pela mídia nacional e internacionalmente pela UNICEF. Analisadas as fortalezas e debilidades foi-se reestruturando o trabalho com vistas a transformar em Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, com amplitude nacional e seguindo a mesma linha de pensamento na formulação dos objetivos gerais e específicos: incentivar o autocuidado e a responsabilização da questão saúde (individual e coletiva) e melhorar os índices de morbi-mortalidade da clientela materno-infantil.

O desenvolvimento do trabalho dos agentes comunitários de saúde, pessoas escolhidas dentro da própria comunidade para atuarem junto com a população ao preencherem os pré-requisitos de maioridade, alfabetização e disponibilidade de tempo integral para o desenvolvimento de suas atividades, acontece através de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de atividades coletivas e individuais, nas comunidades ou domicílios, sob supervisão de enfermeiros (BRASIL, 2000a). Considerando as atribuições divulgadas neste documento, de uma forma resumida suas atividades envolvem:

« *Cadastramento/diagnóstico*: consiste no levantamento de informações sobre cada membro das famílias residentes em sua microárea de atuação e posterior registro no Sistema de Informação de Atenção Básica. As informações armazenadas no SIAB oferecem a possibilidade de consolidação, análise, discussão e divulgação, tanto com, como para a comunidade e os órgãos gestores.

« *Mapeamento*: tem o objetivo de facilitar o planejamento e o desenvolvimento do trabalho do agente à medida que está visualizado no mapa a localização das residências da comunidade e os equipamentos sociais existentes.

« *Identificação de Microáreas de risco*: após o mapeamento, o ACS identifica setores no território que representam áreas de risco, as quais emanam perigo para a saúde das pessoas.

« *Realização de Visitas Domiciliares*: este é o principal instrumento de trabalho dos agentes. Consiste de, no mínimo, uma visita mensal a cada família cadastrada.

« *Ações Coletivas*: incentivam a participação das famílias e ou indivíduos na discussão do diagnóstico comunitário de saúde, planejamento de ações, na definição de prioridades e avaliação.

« *Ações Intersetoriais*: provêm da articulação com outros setores como educação, cidadania, segurança pública, entre outras.

A experiência obtida através do PAS do Ceará ampliou as possibilidades para a institucionalização do PACS junto ao Ministério da Saúde.

O PACS foi institucionalizado no Brasil no período de 1991 - 1994 pelo Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde (DOMINGUEZ, 1998), atuando em 761 municípios da região norte/nordeste, contando com 29 mil ACS nos dois primeiros anos de sua institucionalização (BRASIL, 2000b), embora sua avaliação

apontasse para um certo esgotamento e para a necessidade de uma proposta que ampliasse a capacidade resolutiva do trabalho dos agentes comunitários.

Há autores que afirmam que o PACS é um antecessor do PSF e atualmente o próprio Ministério da Saúde aponta o PACS como estratégia transitória para o Programa Saúde da Família (BRASIL, 2000a)

O Programa Saúde da Família preconiza como diretrizes o estabelecimento de vínculos, trabalho em equipe inter e multiprofissional, compreensão ampliada do processo saúde - doença, co-responsabilidade com a saúde entre os serviços e a população e estímulo do exercício de controle social em conformidade com os princípios do SUS. A equipe proposta é composta por médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 1998). Esta equipe trabalharia em um território definido denominado área de abrangência e teria sob sua responsabilidade o acompanhamento de 600 a 1000 famílias.

Em termos de sua institucionalização, o PSF ficou inicialmente sob a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde, sendo criada dentro do Departamento de Operações, a Coordenação de Saúde da Comunidade - COSAC, que agregou também a gerência do Programa de Agentes Comunitários e o de Interiorização do SUS. Neste período, a adesão dos municípios ao programa ocorreu através da modalidade convênio, com transferência automática de recursos vinculada às exigências de modalidade de gestão contidas na NOB/SUS

01/93, Conselho e Fundo Municipal de Saúde. Em 1995, o Programa foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde, sendo iniciadas as discussões em torno do teto de incentivos financeiros para o programa e as condições de acesso a esses incentivos de acordo com a NOB/SUS 01/96. Entretanto a prioridade conferida pelo Ministério da Saúde para o fortalecimento da Atenção Básica e à consolidação do PSF/PACS resultou na criação do Departamento de Atenção Básica, procurando imprimir uma nova dinâmica de atuação das Unidades Básicas de Saúde, com definição de responsabilidades entre serviços de saúde e a população.

Os mais recentes dados divulgados pelo Ministério da Saúde³ revelam que o Brasil conta com 17.608 equipes de saúde da família atuando em cerca de 4.276 municípios brasileiros, o que corresponde a mais de 75% do total de municípios.

Os termos "Programa" e "Estratégia" se mesclam no decorrer dos anos, sendo Programa um termo muito utilizado pelo Ministério da Saúde, com caráter vertical e pouco audacioso para a proposta de mudança de modelo assistencial. Por esse motivo, optamos em utilizar o termo estratégia ao se tratar das nossas opiniões.

Aguiar (1998) concluiu em seu estudo que o PSF apresenta um caráter complementar e não substitutivo (ou excludente) em relação aos princípios e diretrizes do SUS, no entanto, não é suficiente para garantir os resultados e a

³ Fonte: <<http://www.saúde.gov.br/>>. Acesso em 10 fev. 2004.

qualidade preconizada pelo sistema. Argumenta que os limites e as possibilidades do PSF, enquanto revisor do modelo assistencial, estariam vinculados à forma de sua inserção nos sistemas locais de saúde, podendo tanto servir às tendências simplificadoras quanto a resultados mais efetivos.

Temos percebido também, que a formação e a inserção dos profissionais de saúde nesta estratégia tem um caráter muito importante e aponta-nos tanto para o sucesso quanto para as inconsistências.

Nesta estratégia de mudança de modelo assistencial, o ACS se constitui em profissional ativo para mobilizar e melhorar a capacidade da população de cuidar de sua saúde e transforma-se em ator imprescindível para o desenvolvimento psíquico, físico, econômico, político e social da população.

Considerações acerca do trabalho do Agente Comunitário de Saúde começam a ser divulgadas. Para o Ministério da Saúde os valores numéricos do processo de implantação tem tido bastante ênfase, por outro lado, tem incentivado a divulgação de experiências locais. Outros autores como Silva (2001) e Solla et al. (1996), fizeram observações do trabalho a partir dos indicadores de saúde como aleitamento materno, mortalidade infantil, morbidade e acessibilidade aos serviços de saúde. Nestes estudos, observamos que não foi contemplado o trabalho da equipe multiprofissional de saúde da família, sendo atribuída à melhoria dos indicadores de saúde exclusivamente ao trabalho do ACS.

Conferimos um certo grau de importância a esses estudos que apontam indicadores como estratégia de avaliação do trabalho, no entanto, é necessário pensar no trabalho dos ACS com mais audácia e transparência nas modalidades escolhidas. Audácia no sentido de compreender o trabalho na dimensão social e transparência na definição de projetos e divulgação de resultados. Nessa lógica, Silva (2001) fez uma análise do perfil ocupacional-social desse profissional, a partir dos pólos de atuação comunidade e instituição, concluindo que não há exclusividade na adesão a um dos pólos e que o profissional enfrenta conflitos e tensões no dia-a-dia, as quais o faz pender mais para o pólo institucional e para a prática do bom senso, em referência ao que ele considera como trabalho e identidade ocupacional. Carvalho (2002), objetivando conhecer a prática do ACS sob a ótica de sua dinâmica social, concluiu que esse profissional favorece o acolhimento e resgata a integralidade do sujeito/usuário com destaque para o suporte social que oferece à população através do seu perfil solidário. As duas autoras realizam seus estudos em áreas populosas do Estado de São Paulo e remetem suas observações também para o contexto no qual o programa está inserido.

A prática desse profissional tem sido estudada por alguns autores com muita pertinência. Essa preocupação faz-se presente pela grande parcela de responsabilidades que tem esse profissional na reorganização da atenção básica e na mudança de modelo assistencial. Seu foco de atenção foi direcionado para

ações de prevenção de doenças e promoção de saúde e em alguns momentos há indefinição de projetos e identidade. Essa temática, abordada por Minayo et al. (1990), retrata as diferenças entre o que foi planejado e o que estava sendo executado pelos ACS no PAS - Ceará, incluindo ações de enfermagem como curativos, injeções, retirada de pontos e administração de medicamentos. Os autores enfatizaram o desgaste do trabalhador ao realizar tarefas sem capacitação e supervisão.

Para o Ministério da Saúde, um grande passo foi dado nas discussões de identidade e reconhecimento profissional com a Lei 10.507 de 10 de julho de 2002, que cria a profissão Agente Comunitário de Saúde no âmbito exclusivo do SUS (BRASIL, 2002).

Frente a essas questões, essa inquietação também se apresenta no recente trabalho com ACS em Ribeirão Preto, o que nos propõe a refletir sobre a motivação desses profissionais para trabalhar com saúde, seu perfil enquanto trabalhador atuando nos pólos institucional e comunitário, como tem sido a atuação desses trabalhadores frente às ações preventivas e curativas e as implicações para o modelo assistencial em construção, como desenvolver suas habilidades pessoais/profissionais inseridas na prevenção e promoção da saúde, e ainda, de que qualificação profissional falamos.

Diante do exposto, torna-se relevante buscar novos conhecimentos acerca do trabalho dos agentes comunitários de saúde em uma realidade contextualizada.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar as concepções dos agentes comunitários de saúde sobre o trabalho nas equipes de Saúde da Família no município de Ribeirão Preto - SP, com vistas à reflexão e transformação das práticas de saúde em atenção primária.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil dos agentes comunitários de saúde dos Núcleos de Saúde da Família de Ribeirão Preto;
- Identificar e analisar as concepções dos agentes comunitários de saúde sobre o seu trabalho;

3- O PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Esta investigação configura um estudo exploratório - descritivo, que busca caracterizar e analisar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde em equipes de Saúde da Família, através de entrevista semi-estruturada com estes sujeitos.

A pesquisa exploratória e descritiva é um tipo de estudo que busca observar, descrever e documentar aspectos de uma situação que naturalmente ocorre, trazendo uma abordagem qualitativa, que tem como fundamento que o conhecimento sobre os indivíduos só é possível a partir da descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida pelos seus próprios atores (POLIT; HUNGLER, 1995). A pesquisa qualitativa em saúde trabalha com os significados das ações, motivações, aspirações, crenças, valores, atitudes e relações humanas, apreendidas a partir do olhar do pesquisador, ou seja, ele capta um fragmento ou parte de uma realidade. A ênfase é compreender e analisar a dinâmica das relações sociais estabelecidas com a vivência e a experiência no cotidiano, compreendidas dentro de estruturas e instituições (MINAYO, 1994).

Concordando com a referida autora, entendemos que a metodologia proposta torna-se adequada aos objetivos desta investigação, à medida que o processo de trabalho em saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde são processos sociais intermediados pela objetividade e subjetividade, tendo a capacidade de incorporar as questões de significado e intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Neste estudo, descrever o trabalho do agente comunitário de saúde na realidade dos Núcleos de Saúde da Família de Ribeirão Preto, é buscar compreendê-lo na perspectiva das práticas sociais. A saúde, neste sentido, tem sido abordada como prática social, indo além de sua dimensão profissional e técnica, considerando a dimensão social, as inter-relações com as demais práticas, a inserção dos sujeitos, a produção de conhecimento e a reprodução socioeconômica (MERHY, 1997; ALMEIDA et al., 1999).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O município de Ribeirão Preto situa-se na região nordeste do Estado de São Paulo, a 313 km em linha reta da capital. Seu clima é tropical, e, de acordo com o censo demográfico de 2000, possui 505.012 habitantes, sendo que cerca

de 99% da população vive na área urbana, fazendo parte dos 25 municípios que compõem a Divisão Regional de Saúde XVIII - DIR XVIII, sendo o município mais populoso deste conjunto⁴.

A economia é diversificada, cabendo destacar a agroindústria, as indústrias de equipamentos médicos-odontológicos, o comércio e a área de serviços médicos-hospitalares. Caracteriza-se como centro de formação educacional e profissional, sendo predominante os cursos ligados à área da saúde⁵.

Os serviços de saúde se compõem de uma ampla rede, sendo de natureza pública - estadual e municipal - e privada - lucrativa e filantrópica.

O município encontra-se em *Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde*⁶. Atualmente, encontra-se sob responsabilidade estadual apenas o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP e o Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto. Já o serviço de saúde municipal dispõe de 27 Unidades Básicas de Saúde, 5 Unidades Básicas e Distritais de Saúde, 1 Ambulatório Regional de Especialidades, 1 Ambulatório de Especialidades Pediátricas, 1 Ambulatório Regional de Saúde Mental, 2 Centros de Assistência Psico-social, 1 Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente e uma unidade de Atenção

⁴ Fonte: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/coderp>>. Acesso em 12 fev. 2003.

⁵ Fonte: <<http://www.eptv.com.br>>. Acesso em 12 fev. 2003.

⁶ De acordo com a NOB 01/96 e regulamentações posteriores.

Primária - Casa da Saúde⁷. A rede municipal conta ainda com 14 equipes de Saúde da Família.

Em outubro de 2000, o município foi qualificado para o desenvolvimento do Programa Saúde da Família. Em 2001, foram implantados oficialmente 5 Núcleos de Saúde da Família ligados à Universidade de São Paulo, credenciando junto ao Ministério da Saúde 5 equipes de Saúde da Família. A implantação se deu por meio de convênio entre Universidade de São Paulo, Governo do Estado e Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Desta forma, a partir de 2002, foram somadas a esta rede pública de serviços de saúde outras equipes de Saúde da Família, tendo em 2003, portanto, um total de 14 equipes (5 ligadas à Universidade e 9 de responsabilidade exclusiva do município).

A rede privada conta com 9 hospitais e inúmeros serviços de caráter ambulatorial, o que faz do município um importante centro médico regional.

No Quadro seguinte são apresentadas as unidades de saúde da rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto para o ano de 2003.

Distrito de Saúde	Unidades	Horário de funcionamento
Central	UBDS Central	24
	UBS Campos Elíseos	7 - 22
	PAM - Setor Pediatria -especialidades	7 - 19
	CSE- Vila Tibério	7 -17
	UBS - Vila Tibério	7 - 22

Quadro 1: Distribuição das unidades de Saúde da rede básica de atenção à saúde do município de Ribeirão Preto, segundo área distrital e horário de funcionamento. Ribeirão Preto, 2003

Continua...

⁷ <http://www.coderp.com.br/saude> Acesso em: 22 abr. 2003.

Continuação...

Distrito de Saúde	Unidades	Horário de funcionamento
	Núcleo de Saúde da Família 2	7 - 17
Norte - Simioni	UBDS Simioni	24
	UBS Quintino I	7 - 17
	UBS Quintino II	7 - 17
	UBS Valentina Figueiredo	7 - 17
	UBS Marincek	7 - 22
	UBS Vila Mariana	7 - 17
	UBS Jardim Aeroporto	7 - 17
	USF Jardim Heitor Rigon	7 - 17
Sul - Vila Virgínia	UBDS Vila Virgínia	24
	UBS Adão do Carmo	7 - 17
	UBS Parque Ribeirão	7 - 22
	UBS Jardim Maria das Graças	7 - 17
Oeste - Sumarezinho	Centro de Saúde Escola Joel Domingos Machado	24
	UBS Presidente Dutra	7 - 17
	UBS Vila Albertina	7 - 17
	UBS Vila Recreio	7 - 22
	UBS José Sampaio	7 - 22
	UBS Dom Mieli	7 - 17
	UBS Maria Casagrande	7 - 17
	UBS Ipiranga	7 - 17
	CSE - Ipiranga	7 - 17
	CMSC - Vila Lobato	7 - 17
	Núcleo de Saúde da Família 1	7 - 17
	Núcleo de Saúde da Família 3	7 - 17
	Núcleo de Saúde da Família 4	7 - 17
	Núcleo de Saúde da Família 5	7 - 17
Leste - Castelo Branco	UBDS Castelo Branco	24
	UBS - Jardim Zara	7 - 17
	UBS Vila Abranches	7 - 22
	UBS Juliana	7 - 17
	UBS São José	7 - 17
	UBS Santa Cruz	7 - 17
	UBS Bonfim Paulista	7 - 22
Saúde Mental	NAPS I	7 - 17
	NAPS II - Fármaco-dependentes	7 - 21
	Ambulatório Regional de Saúde Mental	7 - 18
Ambulatório Regional de Especialidades	NGA - 59	7 - 17
	PAM II - Ambulatório de Especialidades Pediátricas	7 - 17
Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente	PRODAF, Estimulação Precoce e Fisioterapia	7 - 17

Fonte: <http://www.coderp.com.br/saude>

Quadro 1: Distribuição das unidades de Saúde da rede básica de atenção à saúde do município de Ribeirão Preto, segundo área distrital e horário de funcionamento. Ribeirão Preto, 2003

Os Núcleos de Saúde da Família, vinculados a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, DIR XVIII, Secretaria Municipal de Saúde e Fundação de Apoio, Ensino e Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - USP (FAEPA-HCFMRP-USP), correspondem a uma proposta estratégica para a mudança de modelo de assistência à saúde.

Como apontado pelo Quadro 1, quatro núcleos encontram-se no Distrito de Saúde Oeste e um núcleo situa-se no Distrito de Saúde Central. Os correspondentes com o Distrito Oeste estão estruturados, em parte da área básica do CSE Joel D. Machado, com uma população estimada em 22.000 mil habitantes.

A implantação dos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto atendeu a uma necessidade emergente de recursos humanos na área de saúde da família. Seu marco foi em 1999, com o início da residência médica em Medicina Geral e Comunitária, com ênfase em Saúde da Família, hoje com a denominação apenas de Medicina de Família e Comunidade, programa multidisciplinar ligado a cinco departamentos clínicos da FMRP-USP.

Outro fator importante para o desenvolvimento da estratégia saúde da família em Ribeirão Preto foi a implantação do Pólo Norte/Oeste Paulista de Formação Acadêmica e Capacitação de Recursos Humanos para Saúde da Família, em 1998. A partir de 2003, iniciou-se uma ampla discussão no sentido de ampliar a "missão" do Pólo, oferecendo formação e capacitação em saúde a todos os

profissionais da área, não apenas aos envolvidos, efetivamente, com a Estratégia Saúde da Família, passando a ser denominado Pólo Permanente de Educação.

As equipes de saúde da família, atuantes nos núcleos, realizam suas atividades em equipe multiprofissional, compostas por médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, odontólogos e agentes comunitários de saúde. São coordenadas por docentes da Faculdade de Medicina e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP e, conjuntamente, favorecem o ensino teórico-prático aos estudantes de graduação, especialização, pós-graduação e residência médica da Universidade de São Paulo - Campus de Ribeirão Preto.

O desenvolvimento das atividades realizadas pelas equipes atende às normas e orientações do Ministério da Saúde. Assim, trabalham com definição de território, adscrição de clientela e diagnóstico de saúde. A apresentação do programa é feita à família no momento do cadastro, realizado por meio de visitas domiciliares segundo a definição territorial pré-estabelecida. Esta definição levou em consideração as particularidades de um território processo, onde encontramos, além da estrutura física de ruas e limites, pessoas, hábitos de vida, equipamentos sociais, movimentos e organizações comunitárias.

A caracterização geral da comunidade assistida pelos núcleos de saúde da família é aqui apresentada, tendo por base os dados secundários do relatório mensal do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), obtidos junto aos

núcleos no mês de novembro de 2003. Esse relatório foi extraído a partir dos dados do cadastramento familiar.

Para maior sigilo e segurança aos trabalhadores e aos participantes desta pesquisa, codificamos as equipes aleatoriamente como Equipe "A", "B", "C", "D", "E".

A equipe "A" era composta por 6 trabalhadores, sendo um médico generalista e cinco agentes comunitários de saúde. Na fase de coleta dos dados, havia na equipe, ausência dos profissionais da área da enfermagem, auxiliares e enfermeiro, estando em fase de elaboração o edital público para seleção e contratação. Essa equipe atuava num espaço físico em comum com uma Unidade Básica de Saúde e outros trabalhadores da saúde, recebendo a denominação de equipe mista. É a única equipe que conta com sala de vacina, sala de procedimentos e sala para atendimento de urgências e emergências clínicas. No mês de novembro de 2003, essa equipe apresentava 689 famílias cadastradas, correspondendo a 2.110 pessoas. Pouco mais da metade dessa população era representada por pessoas da faixa etária de 20 a 39 anos (27,5%) e por maiores de 60 anos (25,1%). Visto isso, verificamos estreita relação do perfil populacional com as morbidades referidas, chamando-nos à atenção para o número de indivíduos hipertensos (358) e diabéticos (115). As famílias residiam numa área onde havia 100% de abastecimento de água da rede pública, sistema de esgoto, coleta pública de lixo e todas as residências eram construídas de tijolos. Do total

de famílias, 99,27% possuíam energia elétrica em suas residências e quando perguntado sobre o tratamento de água no domicílio, 80,12% das famílias referiram utilizar o sistema de filtração de água.

As equipes "B", "C", "D" e "E" estavam compostas, no período da coleta dos dados, com dez trabalhadores cada, sendo um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, um odontólogo e cinco agentes comunitários de saúde. Os espaços físicos que ocupavam, eram destinados para o trabalho dessas equipes, e se constituíam em imóveis residenciais locados pela FAEPA-HCFMRP-USP e adaptados para funcionamento de serviços de saúde, seguindo a normatização da Vigilância Sanitária Municipal para estabelecimentos de saúde.

A equipe "B" apresentava 906 famílias cadastradas, o que correspondia a 3.139 pessoas atendidas pelo programa. A equipe "C" apresentava 819 famílias cadastradas o que correspondia a 2.819 pessoas. Na área de abrangência dessas duas equipes também havia predominância de pessoas na faixa etária de 20 a 39 anos, cerca de 29% e maiores de 60 anos, com cerca de 19%. A maior incidência de morbidade referida pelos usuários estava entre hipertensão arterial (458 e 459, respectivamente nas equipes B e C) e diabetes mellitus (141 e 144, respectivamente nas equipes B e C). A maioria das famílias era provida de estrutura habitacional como coleta de lixo (99,94%), sistema de abastecimento de água (99,98%), casas construídas de tijolos (99,75%) e 100% das famílias

possuíam sistema de esgoto. Das residências cadastradas, 96,63% possuíam energia elétrica e 77,19% tratavam domiciliarmente a água de consumo com o sistema de filtração.

A equipe "D" apresentava cadastradas 765 famílias, o que correspondia a 2.909 pessoas e a equipe "E" apresentava 781 famílias cadastradas, correspondendo a 3.000 pessoas cobertas pelo programa de saúde da família. A fonte de dados populacionais expressou que essas equipes atuam com populações jovens, economicamente ativas, tendo predominância de pessoas na faixa etária de 20 a 49 anos, cerca de 45%. Apresentavam altos índices de hipertensão arterial (334 e 266 respectivamente) e diabetes mellitus (88 e 64 respectivamente) referidos pelos usuários. Foi expressivo o número de crianças e adolescentes existentes nessas áreas. Para a equipe "D", a população menor de 20 anos de idade representava o número de 1.075 pessoas o que correspondia a 36,95% do total da população e para a equipe "E", esta população era de 1.190 pessoas, correspondendo a 39,66%. Nem todas as crianças da faixa etária do ensino fundamental (7 a 14 anos) estavam freqüentando a escola, tendo um déficit de 12,19% na média das equipes.

As condições de moradia e hábitos de vida puderam ser visualizados pelos mesmos indicadores das outras equipes e a média nos apontou que a maioria das residências eram construídas de tijolos (96,59%), havendo também residências construídas com materiais aproveitados, como madeira e taipa (3,41%).

Identificamos que 99,17% da população possuía abastecimento de água da rede pública e 99,35% das residências possuíam energia elétrica. As equipes reiteraram que, quanto a esse aspecto cabe uma ressalva, havendo inúmeras ligações clandestinas em que os próprios usuários verbalizaram, colocando em risco suas vidas. Com relação ao destino de dejetos, identificamos que 86,72% dos domicílios possuíam sistema de esgoto, sendo que 13,28% das famílias davam outros destinos para os dejetos, como lançamento a céu aberto, fossa séptica e rudimentar. Dava-se o destino de resíduos sólidos, pela maioria das famílias, para a coleta pública (98,19%), encontrando também outros destinos como queimar/enterrar e jogar a céu aberto. Ao contrário das outras áreas descritas, a maioria das famílias (52,97%) não realizava nenhum tipo de tratamento para a água de consumo. Observamos, ainda, um número expressivo de gestantes, comparado às outras equipes. Nessas duas equipes somavam-se 45 gestantes contra as 20 gestantes identificadas nas outras três equipes juntas, sendo que 10 mulheres eram menores de 20 anos de idade.

As atividades desenvolvidas pelos cinco núcleos de saúde da família resumem-se, mas não se esgotam, em: cadastramento familiar, visita domiciliar, acolhimento, consultas médicas e de enfermagem, grupos educativos, educação continuada, promoção da participação popular e ações de vigilância à saúde.

Os Núcleos de Saúde da Família, além da dimensão para a formação acadêmica e capacitação de recursos humanos em saúde, também são fontes para o desenvolvimento de pesquisas na área de conhecimento em Saúde da Família.

Tendo em vista a reflexão das práticas em atenção primária, consideramos relevante adentrar este campo a fim de explorar uma prática contextualizada em saúde da família e posteriormente contribuir para a formação dos diversos profissionais de saúde que passam por esta instituição, bem como oferecer subsídios para uma discussão sobre processos de trabalho em saúde com os atuais profissionais que realizam esta prática.

3.3. TÉCNICA DE INVESTIGAÇÃO

A técnica de investigação escolhida para coleta dos dados empíricos foi a entrevista, procedimento que permite obter informações contidas na fala dos atores através de fatos relatados conforme a realidade vivenciada. A entrevista caracteriza-se por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala, sendo útil também, como meio de coleta de informações sobre um determinado tema científico (MINAYO, 2001). Assim,

podemos obter, por esse meio, tanto dados objetivos como subjetivos (relacionados a valores, atitudes e opiniões) dos sujeitos entrevistados.

Através de entrevista individual semi-estruturada identificamos o perfil dos ACS e a concepção do trabalho, seus desejos e interesses, como vêm a sua prática e quais conflitos enfrentam (APÊNDICE A).

A entrevista semi-estruturada articula a possibilidade de direcionamento da entrevista por meio de questões formuladas, como também permite ao informante abordar de maneira livre e reflexiva, o tema proposto, dando condições ao pesquisador de obter dados fundamentais para sua pesquisa. Segundo Cahué (1995), a entrevista semi-estruturada organiza-se a partir dos temas que se quer abordar durante a entrevista, no entanto as perguntas não são elaboradas objetivando respostas puramente afirmativas ou negativas. Esse tipo de entrevista permite interação, flexibilidade e reflexão. Para Lüdke e André (1986), a entrevista semi-estruturada desenvolve-se a partir de um esquema básico, porém não aplicado rigidamente, permitindo que o entrevistador faça as necessárias adaptações.

Para a caracterização do local de estudo, das equipes de saúde da família, da comunidade assistida pelos núcleos de saúde da família e ainda para o recorte dos participantes do estudo, utilizamos fontes documentais oficiais acerca do sistema de saúde municipal, da implantação e implementação do programa, o relatório mensal do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o

registro cadastral dos trabalhadores junto ao Departamento de Recursos Humanos do Centro de Saúde Escola.

Em outubro de 2002, enviamos o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e à Direção Acadêmica de Ensino e Pesquisa (DAEP) do Centro de Saúde Escola FMRP-USP. Com a aprovação do CEP (ANEXO A), em dezembro de 2002, e a obtenção da carta de Liberação de Pesquisa do DAEP (ANEXO B), em março de 2003, iniciamos a coleta dos dados.

Antes de iniciarmos a entrevista, nos apresentávamos-nos aos agentes comunitários de saúde como enfermeira e pesquisadora, explicando-lhes os objetivos da pesquisa, quando lhes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Informamos que no desenvolvimento do estudo todos os dados seriam tratados de maneira sigilosa e que o seu consentimento poderia ser retirado a qualquer momento sem nenhuma penalidade. Obtivemos assim, o consentimento de dez agentes comunitários de saúde para participar da pesquisa, e para que as entrevistas fossem gravadas. Durante o período de entrevistas realizávamos anotações sobre a aproximação ao campo e aos participantes, bem como o que o gravador não pode registrar, não deixando apenas a cargo dos olhos e da mente o importante registro dessas informações, como as expressões do silêncio e a linguagem corporal. Ao término de cada entrevista realizamos a transcrição na íntegra dos relatos e posterior digitação.

Os participantes foram numerados em suas entrevistas em ordem crescente, tendo a primeira entrevista recebida a codificação de E 1 e, assim, sucessivamente. Achamos relevante para este trabalho, identificarmos as equipes que cada agente comunitário de saúde compunha, utilizando a codificação de equipe apontada no item Local de Estudo.

A estrutura da entrevista foi constituída de duas partes: identificação do sujeito e questões diretivas. Nas questões diretivas, buscamos identificar suas concepções sobre o trabalho desenvolvido, mas também, seus sentimentos. O roteiro da entrevista encontra-se no APÊNDICE A.

Os dados foram coletados no período de agosto a setembro de 2003, nos próprios núcleos de saúde da família, local apontado pela unanimidade dos participantes. A duração média das entrevistas foi de 42 minutos. Obtivemos com todas as entrevistas um total de 7 horas de gravação, o que gerou, após digitação, um material de 120 páginas.

3.4. PARTICIPANTES

Para selecionarmos os participantes da pesquisa, solicitamos ao Departamento de Recursos Humanos do CSE acesso às fichas cadastrais dos

agentes comunitários de saúde. Nesta busca, encontramos um total de 25 trabalhadores. A equipe "E" foi excluída da pesquisa por ser local de trabalho do pesquisador, excluindo desta forma 5 agentes comunitários de saúde, restando-nos 20 trabalhadores. Através das fichas cadastrais, identificamos que 4 ACS encontravam-se com menos de seis meses na função, 2 de seis meses a onze meses, 4 de um ano a um ano e onze meses na função e 10 possuíam dois anos ou mais de experiência. Optamos pela participação dos 10 agentes comunitários com 2 anos ou mais de experiência.

Os 4 agentes comunitários apontados com menos de 6 meses na função, respondiam a uma necessidade de ampliação do quadro de trabalhadores em decorrência do aumento de famílias cadastradas e volume de atividades acumuladas, passando de 4 para 5 o número de agentes comunitários por equipe de saúde da família dos núcleos ligados ao Centro de Saúde Escola.

Seguindo as orientações da Direção Acadêmica de Ensino e Pesquisa do Centro de Saúde Escola FMRP-USP para trabalhos científicos, contactamos as equipes a fim de agendarmos a apresentação do projeto de pesquisa aos grupos, possibilitando-os apreciar o mesmo e realizar sugestões para a operacionalização da fase de coleta de dados. Das quatro equipes contatadas, duas realizaram agendamento para a apresentação do projeto, de acordo com a programação da unidade. Após esse procedimento autorizaram contato individual com cada

participante do estudo. As outras duas equipes optaram pela aproximação direta aos participantes.

Posteriormente iniciamos contato com os 10 participantes do estudo, não havendo nenhuma oposição à participação e ainda obtivemos permissão para que a entrevista fosse gravada.

Trabalhando como enfermeira em um dos Núcleos de Saúde da Família do CSE-FMRP-USP, tivemos facilidade em nos aproximarmos das equipes e dos agentes comunitários de saúde e, após o consentimento deles, observamos interesse e satisfação em participarem da pesquisa, pois se sentiam valorizados com a temática do estudo. Agendávamos dia, hora e local para a realização das entrevistas, de acordo com a conveniência dos participantes.

3.5. ANÁLISE DOS DADOS

De acordo com Bogdan & Biklen (1994, p. 149) todos os materiais recolhidos em uma investigação:

[...] são os elementos que formam a base da análise, sendo simultaneamente as provas e as pistas, pois nos ligam ao mundo empírico. Fornecem os elementos que nos fazem pensar de forma adequada e profunda sobre o que pretendemos explorar.

Assim, iniciamos a análise dos dados com a ordenação dos mesmos a partir da transcrição integral das fitas e da leitura exaustiva do material empírico, preservando a fala dos entrevistados.

Para organizarmos os dados empíricos obtidos, passamos à leitura e releitura das entrevistas, organizando-as, dividindo-as e sintetizando-as com o propósito de apreendermos os aspectos mais relevantes, as frases que se repetiam ou que tivessem destaque, procurando assim, a regularidade (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

Inicialmente, selecionamos parte do material, agrupando-o de acordo com a semelhança entre os relatos dos entrevistados, a partir de recortes e extração das idéias mais relevantes.

Mediante releitura do material considerado relevante, agrupamo-lo de acordo com a familiaridade, surgindo então, os subtemas. Após sua ordenação, passamos à construção dos temas para análise e discussão.

Chegamos assim, aos temas propostos e seus respectivos subtemas: **o ser agente comunitário de saúde**, composto pelos subtemas o trabalho gerando satisfação e o trabalho gerando sofrimento; **o cenário do trabalho**, abrangendo trabalhar com Saúde da Família, a ética e a supervisão do trabalho; **potencialidades do trabalho do ACS** com os subtemas o trabalho extramuros e o agente formador.

**4. CONHECENDO O TRABALHO DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
DOS NÚCLEOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DE RIBEIRÃO PRETO - SP.**

Este capítulo constitui a parte central desta investigação que é a descrição, caracterização e análise das concepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o trabalho no Programa de Saúde da Família nos Núcleos de Saúde da Família no município de Ribeirão Preto - SP. Apresentamos e discutimos as características dos ACS e desenvolvemos as três temáticas e seus respectivos subtemas: **o ser Agente Comunitário de Saúde**, composto pelos subtemas o trabalho gerando satisfação e o trabalho gerando sofrimento; **o cenário do trabalho**, abrangendo trabalhar com Saúde da Família, a ética e a supervisão do trabalho; **potencialidades do trabalho do ACS** com os subtemas o trabalho extramuros e o agente formador.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE ESTUDADOS.

Apresentamos neste tópico, algumas características dos agentes comunitários de saúde, participantes do estudo, segundo sexo, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, naturalidade e atividade anterior a de ACS. No Quadro 2 está a caracterização desses agentes.

Ident	Sexo	Idade (anos)	Estado Civil	Nº filhos	Escolaridade	Naturalidade	Atividade anterior
1	F	41	Casada	3	2º grau completo	Ribeirão Preto - SP	Comerciante Dona-de-casa
2	F	40	Solteira	0	Superior incompleto	Capelinha - MG	Desempregada
3	F	27	Solteira	1	1º grau completo	Ribeirão Preto - SP	Industriária
4	F	26	Solteira	0	2º grau completo	Batatais - SP	Desempregada
5	F	42	Casada	2	2º grau completo	São Carlos do Ivaí - PR	Desempregada Dona-de-casa
6	F	23	Solteira	0	2º grau completo	Ribeirão Preto - SP	Desempregada
7	F	39	Divorciada	1	2º grau completo	Adamantina SP	Desempregada Dona-de-casa
8	F	51	Casada	1	Superior Completo	Guiratinga - MT	Dona-de-casa Trabalho religioso na comunidade
9	F	44	Casada	3	1º grau incompleto	Ribeirão Preto - SP	Desempregada Dona-de-casa
10	F	30	Casada	2	2º grau completo	Ribeirão Preto - SP	Auxiliar administrativo

Quadro 2. Caracterização dos agentes comunitários de saúde segundo sexo, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, naturalidade e atividade anterior à ocupação atual

Pelos dados apresentados no quadro acima, observamos que a totalidade dos entrevistados é do sexo feminino. Os agentes comunitários de saúde dos Núcleos de Saúde da Família de Ribeirão Preto, no tocante à questão de gênero, assemelham-se à categoria enfermagem.

Ao resgatarmos a gênese do Programa Saúde da Família, vimos que o PAS do Ceará priorizava a contratação de mulheres. Essa priorização baseou-se no fundamento de que as mulheres sofreriam um processo de melhoramento da sua condição social, através do trabalho remunerado de um salário mínimo e, possivelmente, estimulariam um posicionamento mais ativo de outras mulheres da

comunidade que coabitam. Outro fator importante para esta escolha era a possibilidade de promover a educação em saúde com o grupo materno-infantil, na busca de alcançar o objetivo de reduzir a mortalidade dessa população, através do aumento do índice de aleitamento materno e prevenção da desidratação, resultante da diarreia (MINAYO et al., 1990).

Considerando os resultados desse programa, acreditamos que não seja possível desconsiderar que essas trabalhadoras, sendo mulheres, mães, filhas, vizinhas e comadres, melhoraram as suas condições de vida e de suas famílias repercutindo em uma evolução de suas comunidades. Esta expectativa mantém-se forte na estrutura do programa atual, embora a participação de homens traga novos encontros e novos olhares, repercutindo na promoção da saúde das famílias acompanhadas pelas equipes de saúde da família.

De acordo com os dados, foi possível observar, em nosso estudo, que as idades variaram de 23 a 51 anos, prevalecendo mulheres da faixa etária acima dos 30 anos de idade (6 mulheres). A média das idades encontra-se em 36,3 anos. Apenas duas participantes encontravam-se com menos de 30 anos e uma com mais de 50 anos de idade.

Este perfil etário aponta-nos para uma população economicamente ativa e jovem, embora não são principiantes no mercado de trabalho. Teixeira e Mishima (2000), em estudo sobre o perfil dos trabalhadores do PSF ligados direta ou indiretamente à área de enfermagem, contemplando aqui os ACS, também

encontrou uma população jovem, buscando no PSF a oportunidade de ingresso e reingresso no mercado de trabalho, demonstrando, assim como Campos e Belizário (2001), que o PSF institui mudanças consideráveis no mercado de trabalho vistas as inúmeras oportunidades de emprego.

Segundo informações sobre estado civil, cinco entrevistadas eram casadas, quatro solteiras e uma divorciada.

Cinco mulheres denominaram-se como donas de casa, antes ou durante o início do exercício da ocupação atual. Conciliam o trabalho com os cuidados maternos, domésticos, a relação conjugal, e outras atividades. A maternidade é uma condição presente na vida de sete mulheres, variando de um a três o número de filhos. Algumas falas revelam as dificuldades que essas mulheres enfrentam para manter a educação dos filhos e as atividades domésticas com o trabalho, outras permaneceram muito tempo sem trabalhar fora de casa, e tornar-se ACS despontou como oportunidade de retorno ao mercado de trabalho.

Com relação à escolaridade das entrevistadas, observamos um nível escolar acima do exigido pelo Ministério da Saúde, onde apenas uma entrevistada não concluiu o 1º grau, uma possuía o 1º grau completo e sete possuíam o 2º grau completo, sendo que dessas uma ingressou no curso superior, não sendo possível concluí-lo. Uma das entrevistadas possuía curso superior completo na área de Serviço Social.

Tomaz (2002), tomando como ponto de discussão a ampliação do papel do agente comunitário de saúde na evolução PACS/PSF, em que o ACS saiu do foco materno-infantil para a família e a comunidade, além das exigências de novas competências no campo político e social, defende que é necessário que este profissional tenha um grau de escolaridade mais elevado para poder dar conta das suas atribuições.

Analisando a naturalidade das entrevistadas, podemos verificar que a metade (5) é natural de Ribeirão Preto, 2 do interior de São Paulo, 1 do Estado de Minas Gerais, 1 do Paraná e 1 do Mato Grosso. Essa é uma característica do município de Ribeirão Preto, crescente desde a década de 80, que acolhe migrantes de todo o país buscando trabalho e melhores condições sociais, fixando-se na cidade. Um fator importante para esta migração está relacionado ao fato do município ser um grande pólo formador de profissionais, principalmente no campo da saúde, atraindo estes profissionais para continuarem na cidade face à oferta de emprego no setor saúde.

Apesar desse dado, as entrevistadas moravam há mais de 3 anos nas áreas de abrangência de suas respectivas equipes de trabalho, cumprindo a exigência da Lei 10.507 que trata da obrigatoriedade do agente comunitário residir na área em que exerce suas funções.

Vislumbrando a situação trabalhista dos entrevistados, antes de iniciar a atividade atual, seis referiram-se estar desempregadas. O desemprego reflete

uma tendência mundial capitalista, tanto nos países centrais como nos periféricos que priorizam a política de estabilização inflacionária a políticas de distribuição de renda (KANTORSKI, 1997). Outras ocupações como comerciante, industriária e auxiliar administrativo, também foram referidas. Apenas duas das entrevistadas referiram experiência anterior na área da saúde e uma realizava trabalho comunitário junto às famílias do bairro através de ações religiosas.

Apresentamos no Quadro abaixo a caracterização dos agentes comunitários de saúde segundo a ocupação atual e o tempo de exercício da mesma, assim como a profissionalização e o exercício de outras atividades concomitantes à exercida como ACS.

Ident.	Profissão	Ocupação	Tempo de Exercício	Exercício de outra atividade remunerada
1	Auxiliar de Enfermagem	ACS	2 anos	Não
2	Auxiliar de Enfermagem	ACS	2 anos 8 meses	Não
3	ACS	ACS	2 anos 8 meses	Não
4	Auxiliar de Enfermagem	ACS	2 anos 8 meses	Não
5	Auxiliar de Enfermagem	ACS	2 anos 11 meses	Costureira
6	ACS	ACS	2 anos	Não
7	Auxiliar de Enfermagem	ACS	3 anos	Não
8	Assistente Social	ACS	2 anos 2 meses	Não
9	ACS	ACS	3 anos	Não
10	Auxiliar de Enfermagem	ACS	2 anos 3 meses	Não

Quadro 3. Caracterização dos agentes comunitários de saúde segundo profissão, ocupação, tempo de exercício na atividade e o exercício de outra atividade

Analisando o Quadro 3, podemos observar que os agentes comunitários de saúde participantes desta pesquisa, possuíam de 2 a 3 anos de experiência. Os profissionais que apresentam mais de 2 anos e seis meses de experiência (6 participantes) representam um contingente de trabalhadores que iniciaram o trabalho no ano de 2000, antes do credenciamento das equipes de saúde da família junto ao Ministério da Saúde, o que ocorreu em 2001. Esses trabalhadores passaram por dois processos seletivos e vivenciaram modalidades diferentes de contratação. Nesta pesquisa, em se tratando de concepções sobre o trabalho, achamos que seria enriquecedor a participação destes sujeitos, sem prejuízo na confiabilidade dos dados.

O critério de inclusão destes participantes, tempo de exercício profissional, nos remeteu para uma discussão, embora não tenha sido objeto de preocupação neste estudo, sobre a rotatividade destes profissionais.

Os cinco Núcleos de Saúde da Família contam com um total de 25 ACS. Excluindo os trabalhadores da equipe C, restaram-nos 20 ACS. Destes, 10 trabalhadores, que praticamente estavam desenvolvendo suas atividades desde a implantação dos núcleos, permaneceram no projeto. Este dado nos aponta para um grande contingente de profissionais que deixaram a saúde da família. Silva e Jorge (2002) no seu estudo sobre a prática dos profissionais de saúde da família, aponta-nos que a rotatividade ancora-se em processos de frustração no trabalho e na busca de melhoria técnica e/ou profissional. Camelo (2002)

identificou que a maior ocorrência de sintomas de estresse enquadraram-se entre os sintomas psicológicos, prevalecendo entre eles a vontade súbita de iniciar novos projetos. Esse dado demonstra que estes trabalhadores não estão realizando suas necessidades pessoais e/ou profissionais no desempenho de suas atividades, o que os leva, muitas vezes, a buscar outras alternativas para satisfazê-los.

Depreendemos ainda, que os agentes comunitários de saúde estão procurando alternativas em relação à profissionalização, pois, 6 são auxiliares de enfermagem, com o curso realizado após o exercício de ACS. Silva (2001) identificou que a profissionalização dos ACS está ocorrendo em áreas que lidam com necessidades da população, como o campo da enfermagem, mas também da psicologia e assistência social. A perspectiva de continuidade dos estudos, com destaque para o curso de auxiliar de enfermagem, está relacionada para essa autora, a partir da regulamentação profissional de certos procedimentos técnicos, conferindo ao profissional de saúde visibilidade e reconhecimento pelo seu trabalho.

Identificamos que apenas uma das entrevistadas realizava outra atividade laboral remunerada (costureira), o que caracterizava uma dedicação quase que exclusiva ao trabalho de ACS. Comparando com o dado profissão, vimos que esses indivíduos não estão exercendo as profissões referidas, como auxiliar de

enfermagem e assistente social, o que não anula seus conhecimentos na ocupação atual, dando qualidade técnica ao trabalho exercido.

A identificação de todas essas informações possibilitou caracterizar o perfil dos ACS dos Núcleos de Saúde da Família de Ribeirão Preto, permitindo uma aproximação com sua realidade de vida, o que torna importante para o trabalho desenvolvido junto ao Programa de Saúde da Família, fornecendo subsídios para o trabalho em equipe, para futuras análises de perfis de trabalhadores de saúde, para dimensionamentos de processos seletivos, entre outros aspectos.

4.2. O SER AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Nesta parte do estudo, buscamos retratar o que o trabalho tem gerado ao ACS. Identificamos que há momentos de alegria e de satisfação, mas também as falas vêm carregadas de tristezas e sofrimentos. Esta contradição é explicada do ponto de vista do que este sujeito pensava antes de ser ACS, como está sendo hoje, suas aspirações, as relações com os seus familiares, suas vivências com as famílias e com a equipe de trabalho, suas dificuldades e potencialidades.

4.2.1. O TRABALHO GERANDO SATISFAÇÃO

O agente comunitário de saúde sendo um trabalhador, expressou que o trabalho corresponde às necessidades de sobrevivência do indivíduo, tanto no que diz respeito ao valor capital do trabalho, mas também quanto à própria valorização pessoal.

Resgatando a importância do trabalho na vida do homem, Kantorski (1997) destacou, numa análise marxista, que o trabalho consiste em uma condição inexorável da existência humana, diferenciando-o dos outros animais e revelando de uma relação onde ambos se transformam. Nesta relação não há soberania do homem, há na verdade, finalidade, projeto construído conscientemente pelo homem, o qual pode ser em muitas vezes o projeto da sobrevivência, e em outras o de transformação social, mas sempre será permeado por relações sociais que vão sendo construídas dinamicamente, exprimindo a produção da sua própria existência histórica e social. Ao trabalhar, o homem deixa sua face na natureza, reconhecendo a si mesmo, produz sua identidade social e transcende no espaço e no tempo, constituindo-se produtor de sua própria história.

Nos estudos de Silva (2001) e Carvalho (2002), as autoras também identificaram no exercício da profissão de ACS, uma população feminina, excluída

do mercado de trabalho, anteriormente, e muitas vezes realizando atividades solidárias e caritativas nas comunidades que vivem. As autoras apontaram que ser agente comunitário, reflete também, na remuneração por um trabalho antes não remunerado, mas reconhecido pela comunidade. Estes estudos e a prática cotidiana indicam que o perfil solidário não se anulava com a remuneração, apenas traz um sentimento de valorização humana por estar contribuindo para a melhoria de vida das pessoas, aspecto discutido por muitos autores.

Neste estudo, depreendemos que o trabalho oferece ao agente comunitário de saúde atributos pessoais que proporcionam seu crescimento humano. As questões de valorização da vida e da condição da mulher, qualidade de vida e mudanças das relações pessoais e interpessoais trazem à tona a satisfação pelo trabalho, como o exemplo a seguir:

"Bom eu era, aliás, ainda sou dona de casa, mas eu trabalhava só em casa e assim eu fiquei muito tempo desempregada [...] eu não tinha mais aquela socialização com as pessoas [...] estava perdendo a noção do tempo da minha vida. Não conseguia mais escrever muitas palavras. Eu era uma pessoa que quase não dormia, à noite eu usava diazepam [...] Depois que eu comecei uma atividade fora de casa, eu tenho uma vida tumultuada sim, trabalho o dia inteiro, saio daqui e vou fazer trabalho em casa. Tenho uma filha que está fazendo Faculdade [...] então a minha vida eu acho que mudou para melhor, depois que eu comecei a trabalhar. (E 9, equipe B)"

Propor-se a um trabalho "novo" também significa enfrentar novos desafios, conhecer o outro e conhecer a si mesmo. Identificamos então, que o ACS encontra autoconhecimento, confiança e determinação, dando um valor diferente à sua vida.

"Para mim foi a melhor coisa que podia ter me acontecido porque sempre fui uma pessoa muito fechada, tímida, nunca fui muito amorosa, eu nunca tinha aprendido ter muito contato com os outros, eu era muito dona da verdade... coisas da vida. Aí quando eu comecei a trabalhar aqui, a

trabalhar com outras pessoas, com a comunidade, com gente, aprender a lidar com sentimentos, com certeza eu me tornei uma pessoa bem melhor, bem mesmo. Hoje o contato com as pessoas, com os sofrimentos, com os problemas alheios, você percebe que você transforma sua vida num grande problema por besteira e às vezes as coisas podiam ser mais fáceis e a gente complica tanto. (E 4, equipe A)"

"Por outro lado é muito gratificante porque você passa a dar valor às pessoas, passa a entender, a não julgar as outras pessoas. (E 7, equipe B)"

Questões específicas quanto à remuneração do trabalho não foram abordadas pelos agentes comunitários, o que eles apontam é a oportunidade de emprego que esta experiência tem proporcionado, vista a significativa situação de desemprego referida por eles .

"[...] foi um momento também que, realmente, eu precisei sair, além da oportunidade, eu precisava trabalhar pra eu ajudar também [...]" (E 8, equipe C)"

"O primeiro contato (com a área da saúde) foi ao mesmo tempo, preocupante pela responsabilidade do agente comunitário, gratificante por estar empregada, pois meu grande desafio no momento era encontrar um emprego. (E 6, equipe B)"

Os direitos sociais, tais como remuneração mensal, décimo terceiro salário, férias remuneradas, benefícios previdenciários, repouso semanal remunerado, dentre outros, oriundos da regulamentação da categoria dos ACS (BRASIL, 2002), possibilitaram um relevante avanço para este trabalhador, contribuindo para a motivação e valorização dos mesmos, e para o êxito do Programa Saúde da Família.

Silva (2001) encontrou que as principais motivações para o trabalho, entre os agentes comunitários do Projeto Qualis, em São Paulo, são a possibilidade de um trabalho remunerado, o contato solidário com uma população concebida como carente, o aprendizado e a perspectiva de profissionalização.

Em nossa pesquisa, apontamos também como aspecto importante para a satisfação do trabalho, as possibilidades de ascensão profissional, dada pela descoberta de cursos e oportunidades na área da saúde, como a profissionalização na área de enfermagem.

"[...] é que eu estou trabalhando, só de estar trabalhando hoje em dia já é ótimo, do jeito que está para arrumar emprego [...] Também eu já fiz o curso de auxiliar, e foi graças ao trabalho, se não eu não teria feito. Eu descobri aqui que eu gosto da área da saúde. Descobri que eu tenho paciência para ouvir os problemas, os outros, então eu aprendi a gostar da área da psicologia também. (E 4, equipe A)"

"Os meus filhos se sentem orgulhosos de verem eu trabalhando na saúde, sentem orgulho de mim sim, eu percebo que eles sentem [...] (E9, equipe B)"

Analisando a lei que regulamenta a profissão de agente comunitário de saúde, pudemos identificar que um dos requisitos para o exercício da função é a conclusão de um curso de qualificação básica para a formação de ACS, cabendo ao Ministério da Saúde a definição do conteúdo programático, incluindo os cursos sequenciais. No entanto, aproveitando o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem, Profae⁸, o Ministério da Saúde tem inserido, os agentes comunitários de saúde que estão em exercício, nos cursos de auxiliar de enfermagem, oferecendo-lhes uma formação técnica e por vezes voltada para a atenção terciária.

Assim, podemos concluir que a indefinição do processo de formação do ACS tem o levado para a área da enfermagem. Preocupa-nos a finalidade que ancora este processo ao se saber que a identidade deste profissional está em

⁸ Fonte: <http://www.caixa.gov.br/cidadão/produtos/profae/asp/oquee.asp>

construção e a transformação das práticas em saúde é necessária e urgente, no entanto, a formação de técnicos em saúde, como os auxiliares e técnicos de enfermagem, possui forte conotação do modelo de saúde hegemônico.

Carvalho (2002) identificou que, apesar destes profissionais gostarem do que fazem, querem ascender, prevalecendo uma identidade com a enfermagem. Ressalta que a profissionalização destes agentes em auxiliares de enfermagem está relacionada "ao dom de cuidar de pessoas" e aos sintomas de sujeitos ativos, com auto-estima, buscando novas oportunidades de trabalho no campo da saúde.

O Agente Comunitário de Saúde é um morador da área de abrangência que atua na equipe de saúde da família, tendo a possibilidade de transitar nos pólos institucional e comunitário. Ser morador da área é um critério estabelecido para contratação do agente comunitário, segundo a Lei Federal 10.507 de 10 de julho de 2002, apontado pelo Ministério da Saúde como um facilitador da aproximação do setor saúde à comunidade, no âmbito do SUS.

Este trânsito pela comunidade e pela equipe de saúde traz inúmeras vivências ao ACS, expostas em suas falas como dificuldades e facilidades. Neste estudo, tentamos apenas por uma questão didática, separar os aspectos de dificuldades e facilidades apontadas como geradoras de satisfação e de sofrimento nessas vivências.

Nas atribuições do ACS (BRASIL, 2000a), o envolvimento com as famílias cadastradas é iniciado e continuado através da visita domiciliar mensal. A visita

domiciliar, instrumento utilizado há tempos pelas equipes de saúde para vigilância em saúde dos indivíduos, torna-se, na Saúde da Família, uma das mais importantes ações da equipe, transcendendo seu foco individual para a família. Esta é uma atividade, entendida por nós, como extramuros, pois encontra-se fora do espaço institucional de um estabelecimento de saúde e exige do profissional uma dinâmica diferente de trabalho, pois o domínio do território passa a ser da família e não dos profissionais de saúde.

Não era objetivo desta pesquisa identificar quais atividades extramuros o ACS realiza, mas, do que verbalizou, quais as concepções e expectativas envolvidas.

Podemos considerar que, na ambigüidade dos sentimentos, o trabalho com as famílias e com a comunidade, no espaço extramuros, é o que dá prazer e visibilidade ao trabalho do ACS.

"O lado bom de ser agente comunitário é o reconhecimento das famílias né, que é muito gratificante ser bem acolhido na família e aquela família colaborar com o seu trabalho [...] (E 6, equipe B)"

"Porque trabalhar com a comunidade assim é importante, te faz bem, porque às vezes tem o lado bom conhecer outras pessoas, conhecer mais o lugar onde você vive, a rotina das pessoas, perceber que nem tudo aquilo que parece que está tudo bem, tudo normal, não é [...] (E 4, equipe A)"

Os dados nos levam a acreditar que morar na área de abrangência da equipe de saúde da família, oferece ao agente comunitário facilidades, apontando como fortalezas o conhecimento que tem da área e das pessoas que ali vivem,

propiciando melhores relações com os usuários e facilitando o estabelecimento do vínculo.

"[...] uma que eu moro nesse bairro há muitos anos, principalmente nessa microárea eu tenho muitos vínculos, mesmo antes de trabalhar como agente. Parece que é uma grande família [...]" (E 8, equipe C)"

"Sabe, ninguém vê que eu moro no bairro, eu vivo no mesmo nível que essas pessoas, que a população, eu entendo as dificuldades que todo mundo tem, porque eu estou aqui, eu tenho amizades, vínculos de amizades, ninguém quer saber [...] A gente sabe como é duro ser pobre, a gente sabe como é duro não ter dinheiro, chegar o final do mês e não ter dinheiro para pagar o aluguel [...]" (E 5, equipe B)"

Sua condição de integrante da comunidade possibilita-lhe viver em situações semelhantes que os próprios usuários da saúde, uma relação de identificação com as condições de vida daquela população. Esta identificação permite-lhe compreender melhor as condições e o estilo de vida dos mesmos, bem como as suas necessidades.

Apontaram que o conhecimento das condições de vida daquela população era limitado, e superficial, comparado à amplitude das descobertas quando passou a exercer o trabalho de agente comunitário. Assim, observamos que quando passam a vivenciar o trabalho como ACS vêm mais claramente as condições sociais de sua comunidade, como nas falas a seguir:

"No início foi difícil porque você entrar em casas de pessoas que você não conhece muito, apesar da gente morar no bairro você tem um conhecimento muito superficial, agora você entrar na casa da pessoa, saber da vida íntima dela, saber tudo dela, foi meio complicado. (E 2, equipe A)"

"Quando não é a falta de conversar, de ter alguma pessoa, às vezes é falta mesmo, a precariedade, a falta de dinheiro, a falta também de humanidade [...]" (E 1, equipe A)"

"[...] tem hora que você vê de tudo, você vê coisas boas, coisas ruins [...] as condições financeiras, as condições que ela mora, o ambiente familiar, o relacionamento com ela e com as demais pessoas da casa, sabe, e como a gente já está ali há algum tempo, você já sabe bastante coisas das pessoas (E 3, equipe A)"

Convivendo e freqüentando lugares comuns da comunidade como igreja, reuniões escolares, festas comunitárias, áreas de lazer e comércio, sentem-se também como comunidade.

"[...] o povo aqui é muito da igreja, e eu vou na missa normal. Meu filho participa do catecismo, participa de alguns grupinhos aí, então eu vou nas escolas, nas reuniões. Você está sempre cruzando com as pessoas, conhece muita gente [...] quando eles te vêem na rua, eles te cumprimentam [...] eu me sinto importante. Eu já sou conhecida, porque eu já moro aqui [...] eles têm um carinho menina [...] aí te encontram na padaria, ou você em casa, está passando [...] Tem pessoa que eu não conhecia, estou conhecendo agora, então quando eles me vêem sem jaleco, eles acham: Nossa! mas é assim que você é? Nossa! você mora aqui? Sabe! Eu fico contente [...] eu acho que você vai criando tanta amizade, tanta coisa que vai só ampliando[...]" (E 1, equipe A)."

Este contato com a comunidade, ora profissional da saúde, ora morador da área, traz à tona o reconhecimento que tem em relação ao seu papel social na área, diferenciando-o, portanto, da sua própria comunidade. Esta diferenciação permite que o processo de construção da identidade do agente comunitário de saúde, seja estabelecida, sem abandonar seus valores e sua cultura, comuns também aos da comunidade.

Para Carvalho (2002), o ACS ser morador da área, ter laços estabelecidos de amizade e similaridade das condições sociais e de vida, favorece a horizontalidade das relações e vão trazendo, passo a passo, credibilidade ao trabalho do ACS, integrando o saber técnico, adquirido através de cursos e reuniões de equipe, ao saber popular, sem o distanciamento de uma relação hierárquica.

Nunes et al. (2002), analisando o processo de construção da identidade do ACS, revela que a sua formação a partir de referenciais biomédicos, lhe confere

um sentimento de orgulho ao diferenciar o seu conhecimento do conhecimento popular que dispunha previamente. O prestígio social advindo do saber biomédico situa-se na determinação que esse saber possui sobre o saber da sociedade. Outros apontamentos interessantes desses autores referem que o prestígio social pode estar relacionado ao fato de terem passado a ter acesso privilegiado a outros profissionais e ações de saúde, podendo criar nos moradores maior confiança quanto à possibilidade de resolução dos seus problemas.

Assim, podemos dizer que a satisfação com o trabalho, gerada no ACS, está intrinsecamente ligada ao papel social que desempenha dentro da comunidade e ao reconhecimento deste, aliado ao fato de que a possibilidade de ser ACS confere-lhe novas perspectivas, tanto no âmbito pessoal, como familiar e comunitário.

4.2.2. O TRABALHO GERANDO SOFRIMENTO

Na ambigüidade de sentimentos e emoções, expressos pelos participantes desta pesquisa, buscamos considerar o sofrimento que estes trabalhadores têm vivenciado, expondo-os a problemas de saúde, desmotivação e insatisfação no trabalho.

Identificamos que o ACS aponta como debilidade no seu trabalho com as famílias do bairro ou área que reside, as pressões que sofre cotidianamente, provenientes do seu envolvimento com a população. Sente-se "um amigo, um membro da família" e responsável por colaborar com esta nas suas necessidades. Revela-se também um profissional mais sensível, que leva para os usuários as propostas de trabalho da equipe de saúde da família, e para a equipe, as demandas dos usuários, sendo depositário de inúmeras expectativas.

Tais expectativas surgem com a apresentação que o ACS faz do programa no momento do cadastro e frustra-se ao perceber que não pode responder a todas as demandas, ou que "o PSF, na prática, não funciona como na teoria" (E7, equipe B).

"Parece uma mãezona sabe, você fica preocupada com todos os filhos. Você sai do trabalho e fica ligada 24 horas, fica tentando formular ajuda dentro de você. É involuntário, quando você percebe você já está pensando naquela família. O lado bom de ser agente comunitário é o reconhecimento das famílias [...] Agora tem o outro lado também que é bastante incômodo para todos os agentes que é a pressão que a gente sofre (da equipe), que a gente tem muita pressão para que seja feito o trabalho. (E 6, equipe B)"

"[...] o lado ruim é esse, conhecer a comunidade, trabalhar e morar na comunidade, estar muito próxima de uma família, de uma casa, porque aí você se torna mesmo o elo entre o posto e a família, e tudo o que eles precisam eles vêm atrás de você e aí se não fizer. O lado negativo é esse, a cobrança fica muito grande e às vezes eles esperam coisas que eu não vou dar conta de fazer. (E 4, equipe A)"

Está explícito nestas falas, sob o ponto de vista institucional, a existência de uma cobrança, de uma pressão sobre o trabalho do ACS, no cumprimento das tarefas e responsabilidades inerentes a ele, e por outro lado, existe a pressão da própria comunidade, que reconhecendo nele um aliado, busca-o incessantemente como porta voz de suas necessidades. O sofrimento ocorre nesta dualidade, pois

os próprios agentes idealizaram para si uma expectativa bastante elevada em relação à sua competência, desconsiderando em alguns momentos as responsabilidades da equipe, dos indivíduos e das próprias famílias.

Tomaz (2002) alerta-nos sobre o risco de atribuímos ao ACS o árduo e complexo papel de *"mola propulsora da consolidação do SUS"*. Na prática, a consolidação do SUS depende de uma gama de fatores técnicos, políticos e sociais e o envolvimento de diferentes atores, inclusive o próprio ACS, que sem dúvida tem um papel fundamental neste processo.

Em nossa pesquisa depreendemos que o ACS reconhece que seu trabalho é difícil e que faz parte de uma equipe, sendo essa importante no convívio diário e capaz de encontrar alternativas e soluções para atender as necessidades das famílias. Portanto, ser referência para as famílias, sendo procurada inclusive fora do horário de trabalho, gera incômodo e ansiedade, vendo-se com uma possibilidade de ação limitada.

"[...] só que tem uma coisa também, é o sábado e o domingo, eles não se importam, eles acham que você sabe tudo. Às vezes ligam na minha casa, ou vão lá né, porque sabem aonde eu moro, então eles vão às vezes, perguntam alguma coisa, ou querem saber se o pediatra vai estar aqui tal dia, por exemplo. (E 1, equipe A)"

"[...] é bem complicado [...] eu procuro no final de semana ficar mais dentro de casa ou saio, vou para outro bairro, para casa de um parente, ou do noivo, para justamente não confrontar com essas pessoas. Porque eu sinto que se eu confrontar eu não vou saber lidar, eu não vou ser grosseira com a pessoa, ou saber falar que agora eu não estou trabalhando: Olha, eu não estou trabalhando agora, mas você me procura na unidade tal dia que eu vou estar lá para te ouvir. Então procuro me esquivar um pouco disso. (E 6, equipe B)"

Algumas dificuldades são relatadas como sinônimos de angústia para os agentes comunitários. Uma delas refere-se ao fato de que, por ser morador da

área e trabalhador institucional, torna-se fonte de informação sobre o processo de organização dos serviços de saúde. Outro ponto tem relação com a própria dificuldade que o ACS possui de impor limites à população. O reconhecimento do papel social do ACS, muitas vezes visto como solidário, recebe equivocadas interpretações, uma vez que sofre abordagens em qualquer local que esteja, independentemente do horário de trabalho.

Achamos pertinente essa reflexão, sob o ponto de vista do ACS, em que perpassam as questões trabalhistas e de vinculação institucional como o direito ao descanso remunerado e o contrato de trabalho de 40 horas semanais/8 horas diárias.

Discutindo a questão da saúde destes trabalhadores, encontramos que, num estudo recente sobre os sintomas de estresse nos trabalhadores dos Núcleos de Saúde da Família de Centro de Saúde Escola FMRP-USP, 70% dos ACS apresentaram sintomas de estresse (CAMELO, 2002). Baseando-se nos conhecimentos de Lipp (1999)⁹, a autora explicou que o estresse é um estado de tensão que causa uma ruptura no equilíbrio interno do organismo. Podem ser manifestados em sintomas físicos, como tensão muscular e sensação de desgaste físico, insônia, perda de memória, e por sintomas psicológicos, como vontade súbita de iniciar novos projetos, aumento súbito de motivação, pensar/falar constantemente neste assunto, irritabilidade e sensibilidade emotiva excessiva.

⁹ LIPP, M. E. N. O que eu tenho é estresse? De onde ele vem? In: LIPP, M. E. N. (ed.) O estresse está junto de você. São Paulo: Contexto, 1999. Cap. 1, p. 9-18.

O estudo destacou que os sintomas psicológicos são predominantes entre estes trabalhadores. A autora advertiu que o estresse advém não apenas da presença do agente estressor, mas também da falta de habilidade dos indivíduos para enfrentar situações novas ou adversas que requerem um maior gasto de energia, ou adaptação, transformando em fatores de estresse para toda a equipe. (CAMELO, 2002).

Em suas próprias famílias, alguns comentários e opiniões de seus familiares geram descontentamento e sofrimento:

"Meu noivo comenta que eu fico ouvindo esse monte de conversa na cabeça: você está doida! Não! tem que arrumar um serviço menos estressante. (E 6, equipe B)"

"A única coisa que ele (marido) comenta é que é muito cansativo, que tem dia que eu chego esgotada em casa e eu acabo descontando nele (risos). Fora isso ele acha normal. (E 7, equipe B)"

"[...] meu marido fala: larga mão disso, não vira nada você ir na casa dos outros, o povo está usando você, usando vocês aí, trabalha e trabalha, conversa e conversa e ninguém está dando nem bola para vocês. O restante da família fala: Ah! dá uma dó vendo você nesse sol quente o dia inteiro, nas casas dos outros; é duro né, acho que as pessoas já estão cheias. E isso vira alguma coisa? Todo mundo pergunta isso [...] isso dá uma ansiedade muito grande porque eu acredito nesse programa [...] (E 5, equipe B)"

A família torna-se para o ACS um depositário de suas angústias, motivo gerador de estresse na mesma. Do ponto de vista familiar, o trabalho do ACS, muitas vezes não tem respaldo institucional, na medida em que "desconta" na família o que não está socializando na equipe.

Para Camelo (2002), um indivíduo com estresse relacionado ao trabalho poderá ter problemas no seu papel familiar, gerando relações tensas e conflituosas.

Vivem também momentos de aceitação e resistência no que diz respeito às orientações de saúde e mudanças de estilo de vida. Utilizamos a seguinte fala para exemplificar essa situação:

" 'Santo de casa não faz milagre', infelizmente é assim. Então eu tenho um avô e uma avó que são hipertensos e diabéticos, infelizmente são descompensados e até um deles usa insulina por conta de estar descompensado demais. E isso me magoa muito porque eu gostaria que me ouvissem mais, porque falta de orientação não é. (E 6, equipe B)"

Esta fala representa o difícil trabalho de mobilização para mudanças pessoais. Apenas orientações não interferem no modo de vida das pessoas, valendo-se do pressuposto da individualidade de cada ser. A mudança desejada pelo ACS foge da sua competência, implicando uma grande mobilização, que não é apenas responsabilidade dele, é da família, do indivíduo e também da equipe.

Outro aspecto relevante nesta pesquisa é que o agente comunitário de saúde para falar de seu trabalho, remete-se ao trabalho em equipe como instrumento enriquecedor, mas também gerador de dificuldades e sofrimento. Ressaltamos esse dado, vista a importância que conferimos ao trabalho em equipe e ao fato de o agente comunitário não estar "contaminado" pelo corporativismo das categorias profissionais, buscando assim, a integração dos trabalhadores de saúde. Suas falas apontam que o trabalho em equipe torna-se um instrumento importante no seu dia-a-dia, para apoiá-lo e ampará-lo em suas dificuldades e para oferecer uma assistência de qualidade aos usuários do setor saúde.

"É difícil trabalhar em equipe, mas é valioso. É valioso porque quando a gente traz um problema, muitas cabeças pensando é bem mais fácil de você tentar resolver, tentar caminhos, do que trabalhar sozinha. (E 10, equipe D)"

"[...] esse tipo de trabalho sozinha não dá. O trabalho fora de equipe fica difícil. Por mais problema, por menor que seja o apoio, é importante, principalmente quando você vai lidar com pessoas, com dor, com sofrimento, trabalhar sozinha é muito difícil, você precisa de alguém para dividir, de alguém para te ajudar. (E 4, equipe A)"

No entanto, verificamos também que em muitos momentos, as equipes não têm correspondido às expectativas destes trabalhadores.

Nas falas sobre o trabalho em equipe, o ACS também mostrou-se descontente e frustrado, sendo aqui analisado como o ponto mais conflitante do processo de trabalho do ACS.

A expectativa que o agente comunitário possui do trabalho em equipe pode ser exemplificada com a seguinte fala:

"Pra mim trabalhar em equipe é realizar uma visita e descobrir que lá tem um paciente com problema e eu vir preocupadíssima com aquele problema para a unidade e chegar aqui eu trazer como se fosse um embrulhinho, um pacotinho. Eu trago aquele pacote, chego na equipe, aí eu abro aquele pacote e vejo dentro daquele pacote o que tem pra cada um da equipe fazer, então, pra mim concepção de equipe é isso. É trazer o problema e todo mundo falar: Oh! essa parte é minha, essa eu dou conta de fazer, você faz essa e tenta resolver o problema todo mundo ajudando. (E 6, equipe B)"

Autores como Peduzzi (1998), Fortuna (2003) e Mishima e Almeida (2001), nortearam nossa busca na temática trabalho em equipe. Esses autores trazem importantes contribuições para o processo de trabalho em saúde, tendo como disparador o trabalho em equipe multiprofissional. A relação recíproca -trabalho e interação- caracteriza o trabalho em equipe, e a interação demanda, simultaneamente, preservar as diferenças técnicas e flexibilizar as fronteiras entre as áreas profissionais (PEDUZZI, 1998).

Mishima e Almeida (2001), debatendo sobre o trabalho em equipe na Saúde da Família, defendem que a Saúde da Família pode se abrir para além de um

trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho de interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe.

Fortuna (2003, p. 10) lembra-nos que a "[...] equipe é a produção que se faz quando há o encontro da diferença e não da igualdade e semelhança [...]". Portanto, "[...]integrar diferentes saberes e interar num só processo é a equação do trabalho em equipe."

Ainda tomando Fortuna como referência, coloca-nos a pensar:

No "entre" trabalhadores/trabalhadores, trabalhadores/usuários se faz a criação do trabalho em equipe em saúde [...] Equipe é mistura que não se funde e deixa viver, ao lado e simples, nem sobre, nem sub, apenas com (FORTUNA, 2003, p. 12).

Neste sentido, podemos perceber que, trabalho em equipe para o ACS, tem sido a somatória de pessoas, de saberes e de fazeres, uma equipe agrupada e pouco integrada. Os dados ainda nos revelam que o encontro da horizontalidade institucional, nos Núcleos de Saúde da Família, encontra-se em uma situação incipiente, como podemos perceber com as seguintes falas:

"É difícil! Todos têm uma idéia, todos têm uma maneira de pensar e muitas vezes as pessoas não aceitam seu jeito de pensar e mesmo assim acabam te acusando, te magoando porque acham que só aquele tem que fazer. Ninguém aceita a opinião de todos, então é muito difícil trabalhar em equipe. Aqui tem muito eu posso, você não pode [...] Nós não podemos questionar muito porque nós não podemos saber das coisas. (E 7, equipe B)"

"Eu acho que aqui na equipe eles teriam que estar ouvindo mais a gente, às vezes eles não dão muito ouvido no que a gente fala, no que a comunidade está falando. Às vezes a gente está falando uma coisa e eles interpretam outra coisa. 'Ah! não! eu acho que a necessidade é sua e não do paciente.' (E 9, equipe B)"

As falas apontam para o exercício do papel social do ACS, onde traz as demandas da comunidade para serem integradas na equipe com seus diversos saberes. No entanto, este papel revela incômodo na equipe, a partir do momento que o ACS não pode ser questionador, ou estar informado sobre algo, ou ainda recebe críticas pela interpretação equivocada do que é necessidade dos usuários e o que é necessidade dele. Acreditamos que o processo se agrava quando pensamos que os agentes comunitários são também, a representatividade da população dentro dos serviços de saúde. Assim, ao não ouvirem suas colocações, as equipes podem estar desconsiderando o que a comunidade está falando.

4.3. O CENÁRIO DO TRABALHO

Nesta parte da pesquisa abordaremos as concepções dos ACS que conformam o **cenário do trabalho**, configurando os subtemas: o trabalho na Saúde da Família, a ética e a supervisão no trabalho do ACS.

A divisão destes temas atende apenas a uma questão didática e formal para esta apresentação, visto que ambos encaminham-se para o pensar do trabalho do ACS.

4.3.1. O TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Para falar do projeto de trabalho que estão inseridos, os agentes comunitários de saúde trazem o entendimento que têm sobre o processo saúde-doença e sobre a reorganização da assistência de saúde no Brasil. Destacamos neste entendimento, aspectos interessantes que vêm da internalização de conceitos do modelo hegemônico de atenção à saúde, centrado na assistência médica e da expectativa de reversão desse modelo.

Existe, de uma forma geral, um conceito ampliado de saúde que tem sido vivenciado por alguns agentes comunitários de saúde, como apontam as falas a seguir:

"[...] não é só assim, falar a saúde é porque é falar que a pessoa está com dor de cabeça e vai fazer isso. Não é isso. Eu acho que tem outras coisas mais por trás. É você ouvir, primeira coisa a pessoa tem que aprender. (E 1, equipe A)"

"[...] então passa muita informação para o médico até para ele diagnosticar uma doença, porque se sabe de onde ela saiu, de onde veio, pois muitas vezes é falta de dinheiro, é falta de emprego, é falta de comida dentro de casa. E isso é a gente que vê, a gente vai lá e a gente sabe de muita coisa [...]" (E2, equipe A)"

É possível afirmar que o entendimento de saúde para o agente comunitário de saúde está pareado com outros, um pouco mais tradicionais, divulgados pela Organização Mundial da Saúde desde 1947 (SEGRE; FERRAZ, 1997), como revelam as seguintes falas:

"[...] é melhorar as condições de vida num todo, porque saúde que a gente fala, saúde não é só ausência de doenças [...]" (E 8, equipe C)"

"Porque hoje é muito melhor a gente prevenir, do que você ter que ir lá depois que está ruim né, então eu acho que é muito importante passar isso para as pessoas, embora assim, para a gente entender demorou um pouquinho [...]" (E 1, equipe A)

Acreditamos que esta construção se pauta na formação cotidiana do ACS, sendo trabalhador, mas também sendo usuário. Como trabalhador, sua formação e capacitação está estritamente relacionada com a formação que os outros membros da equipe de saúde receberam, ou seja, uma formação em saúde que, em geral, privilegia a abordagem individual, curativista, centrada no hospital e no trabalho do profissional médico. Sem falar na sua própria formação como auxiliar de enfermagem. Portanto, não podemos considera-lo agente comunitário de saúde puramente. De certa forma, conforma um conhecimento técnico, permeado pelo modelo biologicista.

Tomaz (2002) alertou-nos sobre três importantes aspectos quando se pretende discutir processo de formação e qualificação de recursos humanos. É necessário procurarmos identificar o perfil do profissional a ser capacitado, suas necessidades de formação e qualificação, e buscar conjuntamente com os participantes do processo educacional, quais competências devem ser desenvolvidas ou adquiridas com o mesmo.

Assim, apontamos que os agentes comunitários de saúde têm sofrido um processo de espelhamento em outros profissionais, levando-nos a questionar se não estão sendo produzidos de acordo com o que o sistema produziu nos técnicos mais tradicionais. Bichueti (2003, p. 11) nos relembra poeticamente:

A medicina permeia o todo, a equipe, e a própria população.

O agente de saúde se no registro de controle reproduzir a lógica médica, e a equipe também, os serviços de saúde poderão manter-se reféns de remanescentes da sociedade disciplinar, monopólio do poder médico ...

Agente de saúde - retomamos aqui - porta-voz de massas, pode e deve veicular o não-saber, que é essencialmente o saber popular, o saber não oficial, um dia expropriado e recalçado pelos mecanismos de dominação e alienação.

Na comunidade, a disseminação do modelo tradicional de saúde apresenta-se para o ACS, sob a forma de demandas medicalizadas. Estas demandas representam os valores e o conceito saúde-doença da comunidade, que não deixa de ser os mesmos do agente comunitário de saúde. Estas demandas são extremamente fortes para retardar um processo de mudança, como podemos visualizar através da seguinte fala:

"[...] ainda é muito baseado em consulta, ainda é, assim, em atendimento, em receita, em remédio, as pessoas ainda são muito ligadas nisso. Então, entrar na casa das pessoas ainda é assim: ah! Eu fui no médico, sempre falando do médico, sempre querendo te mostrar a receita, para mostrar o remédio, para mostrar o exame que fez. (E 4, equipe A)"

Essa demanda e esse entendimento de saúde, fazem parte do saber popular e, assim, também fazem parte do saber do ACS. Ele também vive esse contexto, mas nos parece que ele tenta anulá-lo, ou como já apontamos, ele é pressionado pela equipe, e ainda pelas políticas públicas emergentes a reverter este paradigma. Assim, ele não pode pensar como comunidade, agora ele detém saber e é peça-chave na consolidação da reorganização da Atenção Primária.

Torna-se conflitante para o ACS observar esta prática nos profissionais e buscar reverter, em muitos momentos sozinhos, esta mesma prática na população.

É na relação de construção e desconstrução das práticas de saúde que a estratégia Saúde da Família é apontada pelos agentes comunitários de saúde, como algo "novo e inovador", possibilitando esperanças quanto às mudanças almejadas no setor saúde.

"Trabalhar com a Saúde da Família é muito novo, é uma coisa muito nova. (E 6, equipe B)"

"[...] Eu imaginava que além da gente acompanhar famílias, fazer orientação, eu sempre pensei assim: acho que nós vamos trabalhar mais com a solidariedade. Porque as pessoas são muito mal tratadas, principalmente, quando vão procurar atendimento médico. Aí eu imaginava que bom! Acho que eu vou trabalhar agora num lugar que vai ser diferente, o atendimento diferente, entender como vive o povo na verdade. (E 5, equipe B)"

O "novo" traz consigo avanços. Referimo-nos à ampliação do acesso, atendimento humanizado, ampliação do foco da assistência - família - e a compreensão de que o estado de saúde ou doença de um indivíduo está além da ausência de doenças, e sim determinado por fatores sociais.

"Eu acho que com o PSF a gente vê mais, não vê só a doença, a gente tem a possibilidade de ver a prevenção [...] é um lado mais humano mesmo [...] Hospital você só vê aquela coisa, a pessoa doente, a doença em si, e aqui a gente vai também no domicílio, não vê só aquela pessoa que está com a queixa, você tem a possibilidade de ver a família toda. (E 10, equipe D)"

"[...] se acabar, eu acho que vai ficar muita gente 'na mão', porque muitas pessoas são atendidas aqui, que não eram atendidas e passaram a ser. Muitas e muitas pessoas. Então esse pessoal vai ficar assim, a ver 'navios', até eles pegarem outro rumo de outro lugar, porque eles já estão acostumados aqui, eles vão ficar meio perdidos. (E 3, equipe B)"

A tecnologia que os possibilita essa compreensão é o acolhimento. Segundo Matumoto (1998, p. 205),

[...] acolher não significa a resolução completa dos problemas referidos pelos usuários, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a comunicação verbal, o respeito ao outro, a valorização das queixas. Acolher pertence ao campo de competência e responsabilidade de todos os profissionais envolvidos e pode ser tomado na perspectiva do desenvolvimento da cidadania e da autonomia dos usuários.

Esta tecnologia é apontada por Merhy (1997) como uma tecnologia leve, possibilitando um trabalho vivo e instituinte no campo da saúde. Assim, o trabalho do agente comunitário é trabalho vivo.

Analisando os documentos oficiais do Ministério da Saúde, identificamos que os princípios que norteiam a estratégia Saúde da Família, em conformidade com o Sistema Único de Saúde, estão presentes no trabalho do ACS. Destacamos o estabelecimento do vínculo, o conhecimento da realidade das famílias e da comunidade, as ações de promoção à saúde e a intersetorialidade.

"Quando eu vou fazer cadastro novo eu me apresento, falo sobre o programa, o que é o programa e se a pessoa convida a gente entra, senão a gente vai tentando e vai tentando até a gente conseguir entrar e a gente acaba conseguindo [...]" (E 2, equipe A)"

Essa fala retrata a realidade da saúde da família, onde o domicílio não é um território público e de fácil acesso. Seus moradores o restringem, preservando, assim, as suas vidas e a intimidade familiar. Apresentar a proposta de trabalho do programa e da equipe é também responsabilidade do ACS. Esta é uma responsabilidade que consideramos de grande importância, uma vez que não é apenas oferecer um plano de saúde, é uma política pública de saúde. E, ele desempenha essa função com uma particularidade muito grande, ele respeita o território privado, adentra-o mediante permissão da família e preserva ao

máximo esta conquista. É o respeito, a base do estabelecimento do vínculo.

"[...] aquelas reuniões da dengue, que falam que você tem que entrar, tem que olhar no banheiro [...] Gente! O que é isso? Não é desagradável? Você gosta que alguém entre dentro da sua casa e fica olhando tudo? Eu não gosto. Porque você sabe que a pessoa está lá para te investigar, não é uma visita. Essa visita vai ser a partir do momento que ela cria um vínculo com você. (E 1, equipe A)"

Entender as pessoas que habitam a área de abrangência da equipe de saúde da família, permite ao agente comunitário de saúde ter um conhecimento amplo da realidade local e do modo de vida dos indivíduos, enriquecendo as relações e o vínculo construído.

"[...] como a minha área é uma área de muitos idosos, pessoas muito idosas que moram sozinhas, muitas vezes abandonadas pelos familiares, um pessoal muito solitário, muito carente, que sente muita solidão, então assim, as pessoas me encontram na rua querem que eu vá lá toda semana, se deixar você vai todo dia. (E 2, equipe A)"

Responsabiliza-se pelo projeto em defesa da melhoria da sua comunidade, vislumbrando a sua própria família. É este reconhecimento que dá ao agente comunitário um diferencial entre os membros da equipe, sua condição de usuário do sistema local de saúde.

"Desde quando eu comecei a trabalhar, eu lembro uma vez que eu comentei numa reunião que eu tinha filhos nesse bairro, eu moro aqui e eu vou lutar com isso até o fim, eu acredito nessa idéia de trabalhar com a família, de conhecer todo mundo, saber que todo mundo está bem [...] (E 5, equipe B)"

Esta busca pela melhoria do espaço social, talvez tenha sido percebida pela sua condição de agente comunitário de saúde, ao tomar melhor conhecimento de seu território e das interlocuções com a equipe, despertando a importância deste espaço social.

Entendemos as ações de promoção da saúde como um campo de atuação de

todos os profissionais envolvidos com a missão de desenvolvimento e preservação da vida. Para o ACS, a promoção da saúde desponta como um imenso campo a ser explorado, confrontando com o aprisionamento das ações direcionadas para aspectos biológicos. Voltar-se ao curativismo e à produção de trabalho morto em saúde, empobrece, desmotiva e traz a não autonomia ao trabalho do ACS.

"[...] muitas pessoas estavam sozinhas, muitas pessoas nem saíam de casa sabe, então a gente convida, apesar de que tem uns que a gente ainda não conseguiu trazer, mas é aos pouquinhos. Mas muita gente a gente conseguiu, eles vêm e gostam, gostam muito. Eu adoro. Sabe assim, aquela pessoa que está lá naquela vidinha, naquela rotina, só dela sair, ter alguma coisa para ela fazer, já é uma grande coisa, ela vai respirar outro ar, e vai fazer muito bem a ela, vai conhecer pessoas novas. (E 3, equipe A)"

A atuação do ACS esbarra em inúmeros limites. Há, certamente os limites pessoais, mas o que nos chama a atenção são os limites do setor saúde. O ACS reconhece, convive com esses limites e busca, através da intersetorialidade, a minimização dos problemas identificados. A perspectiva intersetorial de atuação implica em articulação da saúde às demais instâncias governamentais e não governamentais, configurando uma rede de serviços e de relações que, de algum modo, precisam estar voltadas para objetivos comuns, para o desenvolvimento de mecanismos competentes de intervenção nos problemas/necessidades de saúde, concebidos como uma questão de natureza social (SUCUPIRA, 1998). Esta é uma prática que necessita ser melhor discutida, objetivando uma real interação entre os setores e maior respaldo ao trabalho do ACS.

Tomaz (2002) afirma que o agente comunitário de saúde deve contribuir para o processo de transformação social. No entanto, a dimensão política deve

ser exercida por todos os profissionais, considerando que este processo é lento, requer esforços conjuntos e permanentes e é papel de todos os cidadãos, incluindo os outros setores da sociedade.

"Mas também é complicado, às vezes tem coisa que a gente quer resolver, mas não tem como resolver né, não tem como fazer todo mundo, todas as famílias ficaram felizes, então, às vezes você chega num lugar não tem nem o que comer. A gente ajuda, a gente tem meios na comunidade, se a gente pode ajudar a gente procura ajudar a pessoa, fornece lugares para conseguir [...] faz algumas ações, mas é complicado, porque tem muitas coisas que não dá às vezes sei lá, só o tempo, esperar talvez [...]" (E 3, equipe A)"

Através desta fala, podemos entender que, o que aparenta ser intersetorialidade no trabalho do agente comunitário, é na verdade, solidariedade. Isto se explica porque a sensibilização frente às inúmeras necessidades dos usuários fica na individualidade de alguns trabalhadores, neste caso o ACS.

Paula e Palha (2003) referem que, não havendo integração entre os vários setores, o trabalho de intersetorialidade permanece como uma tarefa penosa e como um trabalho desenvolvido de forma solidária. Neste estudo, os autores identificaram que a proposta intersetorial ainda é um desafio a ser conquistado, e tomando os conhecimentos de Mendes (2002)¹⁰ explica que esta proposta esbarra nas dificuldades de um sistema fragmentado de serviços de saúde ainda centrado num modelo biologicista.

Apesar dos avanços com o PSF, há uma valorização nas falas de alguns agentes comunitários da assistência médica, desfocando o trabalho em equipe.

"[...] está sendo um negócio muito novo para o pessoal. Aos poucos estão assimilando bem, então assim, pra gente também é uma surpresa porque, o médico vai atender todo mundo. Mas fica melhor porque aí você discute a família, você está falando de todos, então passa muita informação [...]" (E2, equipe A)"

"Quando nós começamos só tinha cinco pessoas que freqüentavam o Agita Família e hoje são cem, muitas foram nós que convidamos, que insistimos, que incentivamos; se você ir perguntar foi o

¹⁰ MENDES, E. V. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

médico que incentivou, nunca é o agente comunitário, então isso nunca vai ser reconhecido que a mudança da unidade, que a mudança da comunidade foram através do agente comunitário. (E7, equipe B)"

Mishima e Almeida (2001) consideram que a hegemonia médica nas equipes de saúde, desdobram em hierarquias e desigualdades da valoração social dos diversos trabalhos, gerando um modelo de atenção fragmentado, desumanizado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho, como expressam:

É necessário que a equipe construa um projeto comum e para tal os trabalhos especializados de cada profissional se complementem e os agentes possam construir uma ação de interação entre trabalhadores/trabalhadores e entre esses e os usuários. Uma ação vigilante e cuidadora sustentada por uma atuação multiprofissional-integração conjunta de vários profissionais- e iluminados por uma construção interdisciplinar-integração de várias disciplinas e áreas de conhecimento. Esse movimento exige um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos. (Mishima; Almeida, 2001, p. 151)

Voltando a refletir sobre o seu papel social, o ACS passa a ser porta-voz da comunidade, principalmente quando esta tem alguma insatisfação com relação aos serviços de saúde. As queixas e os problemas da comunidade acabam deixando o ACS em situações "delicadas", mas permitindo uma resolução mais dialogada da situação. Há, neste momento, a visibilidade de um esboço sobre a participação e o controle social.

"Porque às vezes eles reclamam: nossa você é um amor [...] mas fulana é tão assim. Aí você vai falar: não, é que cada um tem um jeito, uns falam mais alto, outras falam mais baixo; você não pode querer que tudo seja igual, porque não é. Difícil isso, aí você explica, sem querer por mais fogo ainda [...] Quando acontece algum mal entendido, então a gente chega (na unidade) e costuma falar, ou fala em reunião [...] às vezes direto com a (gerente) [...] no fim a mulher falava: nossa, olha como é bom a gente reclamar mesmo. Você está vendo, você não brigou, você não fez

nada, e deu certo não deu? Deu! Você entendeu então! Eu falo assim, não adianta você chegar lá e ser sem educação e brigar não é, você procura a gerente, porque ela é toda aberta [...] (E 1, equipe A)"

Nesse sentido, observando a atual conjuntura do setor saúde, percebemos uma ocorrência de violência dentro dos serviços de saúde. Não estamos falando necessariamente de violência física, mas de uma violência comunicativa na relação usuário-trabalhador. Pensamos que a violência comunicativa poderia ser minimizada, numa ação da equipe, com a experiência que o agente comunitário se pauta, a escuta e o diálogo.

Segundo Merhy (2003)¹¹, a violência é recíproca entre trabalhadores e usuários; nessa relação não há o personagem "coitado", todos são sujeitos do problema e possuem capacidades e poderes para jogar. O autor nos relembra com muita perspicácia: a exacerbação da violência nos serviços de saúde é uma forma de manifestar potência e não impotência.

Os agentes comunitários de saúde referem que é necessário ter perfil, saber trabalhar com o público, acolher e ser acolhido. Percebemos que esse perfil profissional para a saúde da família pode ser lapidado, respeitando as subjetividades e capacitando não apenas um técnico, mas um cidadão, como depreendemos nas falas a seguir:

"[...] porque aqueles que não têm (interesse), eles vão embora, eles abandonam. Então eu acho que o médico, a enfermeira, o ACS que não tiver a fim, então dá espaço para outro aprender, entende. Não vai ficar só por causa do dinheiro. (E 1, equipe A)"

¹¹ MERHY, E. E. **Notas de aula**. Programa de pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública - EERP-USP. 2003.

"[...] trabalhar com o público é essencial, mas também não é para qualquer pessoa não. Tem muita gente trabalhando com o público que não deveria estar. Só maltrata os outros. (E 4, equipe A)"

Teixeira e Mishima (2000) identificou que, embora em alguns momentos, o perfil dos profissionais da saúde da família contemple uma prática de caráter assistencialista, encaminha-se para uma nova configuração dessa prática alicerçada na humanização e na integralidade da assistência, assim como na construção da cidadania.

Alguns ACS relataram frustração em não estarem desenvolvendo atividades com grupos educativos. Essa manifestação ocorreu, principalmente, na equipe B e D. Justificaram essa frustração com experiências negativas anteriores, como evasão de membros do grupo e despreparo técnico para condução de grupos terapêuticos. Manifestaram, ainda, descontentamento com as rotinas das equipes, que estabeleceram que os ACS não podem desenvolver ou coordenar um grupo educativo, sendo necessária a presença de profissionais de nível universitário na execução de um grupo. Também mencionaram que, nas tentativas que utilizam para alcançar um número maior de pessoas para fazerem orientações e educação em saúde, essa prática é desconsiderada como trabalho, sendo classificada como "bate papo e perda de tempo", como a seguir:

"[...] grupo a gente não está tendo [...] Está difícil é a adesão do pessoal, a gente até tem muitas idéias, a gente começa e eles não vêm [...] Eu gostaria muito de saber um jeito de eu trazer eles para os grupos, é muito difícil, é uma coisa que eu mudaria aqui. O tempo que a gente perde aqui dentro ficando a tarde toda fazendo relatório, se a gente estivesse conseguindo fazer grupos acho que seria melhor aproveitada essa tarde. (E 10, equipe D)"

"Nós fizemos grupos de quarteirão em vários pontos de cada microárea, sabe que a gente não tem mais tempo de fazer mais nada, mesmo porque o agente não pode fazer nada sozinho né,

então a gente depende sempre do tempo do médico. Eu posso reunir a população, mas tem que ser naquela época que o médico pode, pra ele falar alguma coisa, por que a gente não pode. Talvez porque eles acham que a gente não tenha preparo né. Sabe que existe rua que eu faço que é de moradores bem antigos, já tem aquele costume de ficar todo mundo na rua e às vezes eu vou numa visita as mulheres estão todas numa calçada, assim conversando, 8 ou 9 mulheres, e você sabe que às vezes eu me sinto até mal de parar ali, porque é como se eu tivesse perdendo tempo, não pra mim mas porque o serviço enxerga dessa forma (E 5, equipe B)"

Compreendemos que rotinas e orientações como essa, tornam o trabalho do ACS engessado, prejudicando a formação dele em um ser autônomo, motivado e com potencial de reversão das práticas de saúde. O fato remete-nos a uma reflexão sobre a prática instituída -médico-centrada- e ao corporativismo existente nos serviços de saúde. Questionamos o que tem sido considerado e entendido como terapêutico pelas equipes.

Tomamos emprestado dos autores Wagner et al. (2001) a divisão didática das diferentes etapas de um trabalho com famílias: associação, avaliação, educação e saúde, facilitação e referência, dando ênfase, neste momento, às etapas associação e educação em saúde. Associar-se com o outro é o requisito fundamental para a construção do processo terapêutico almejado e, através de uma comunicação adequada, iniciar um processo de educação em saúde que as leve ao desenvolvimento do autocuidado e de hábitos de vida mais saudáveis. Portanto, compreendemos que grupos conduzidos por agentes comunitários podem ser classificados como terapêuticos.

Sendo a família o foco da atenção dos profissionais da Saúde da Família, realizaremos uma discussão sobre a visão dada ao trabalho com as famílias, vistas a partir do entendimento de um caminhar para a prática.

"[...] trabalhar a família é arte, sabia? Nós somos seres humanos e cada ser humano é uma caixinha de surpresa. Agora imagina uma caixinha de surpresa dentro de um domicílio e você como agente externo entrar naquele domicílio e tentar trabalhar todas aquelas caixinhas? Não é fácil não. Porque é a família, não é o indivíduo, então para melhorar a qualidade de vida não é assim simplesmente (estalo de dedos), bater a varinha de condão. Há conceitos internos, conceitos externos, cultura [...] cada família é uma abordagem pra você pensar ali dentro. Você tem que abordar de um jeitinho diferente [...] (E 8, equipe C)"

Há uma concepção de que família é um conjunto de indivíduos, consangüíneos ou não, que coabitam o mesmo espaço. Esses indivíduos são únicos, possuem suas individualidades e seus desejos. Quando o agente comunitário traz em sua fala "conceitos internos, conceitos externos, cultura...", ele aponta que respeita cada um com sua individualidade e que cada dia e cada família são uma nova aprendizagem.

Outro destaque está para a terminologia utilizada nesta fala. Estes conceitos apontam para a internalização do conhecimento adquiridos dentro da equipe de saúde, na formação diária e na interlocução com a mesma. Deste modo, reiteramos que o "ser ACS" é uma fusão do morador da área e do técnico da saúde e do saber popular com o saber científico.

"Eu gosto de trabalhar com as famílias porque com as famílias você aprende muita coisa, muito mesmo, é melhor do que você estar numa faculdade, trabalhando no dia-a-dia com as pessoas. Cada dia tem um novo aprendizado [...] (E 9, equipe B)"

Apontam, de certa forma, um aprendizado com as suas vivências com as famílias e com as equipes, trazendo um conceito de família que inclui conflitos, emoções, histórias de vida, cultura e relações, não se restringindo a denominarem família como uma somatória de membros.

Para Nazareth (2002), as famílias têm papéis e funções, mas seu principal valor reside nos relacionamentos, sendo as emoções - positivas ou negativas, construtivas e destrutivas - consideradas o tecido da composição familiar.

"No mesmo momento que é alegre, é triste, porque depara com um monte de coisas que você não estava acostumada [...] Não se importava antes em se preocupar com as pessoas, e agora não, você passa a viver cada dia das famílias, os problemas, as dificuldades. Para mim isso é bem triste cuidar, se envolver do jeito que a gente se envolve com isso. (E 7, equipe B)"

Percebemos que o ACS reconhece que a família necessita de vários cuidados, qualquer que seja a fragilidade ou o dano, requerendo atenção profissional para estar junto. Entendemos que esse estar junto constitui um suporte social no processo saúde-doença-cuidado. Suporte social é viver o sofrimento das famílias? É este o nó da questão. Sabemos que esta questão precisa ser discutida no trabalho de toda a equipe, gerando novos desafios e novos enfrentamentos.

4.3.2. A ÉTICA E A SUPERVISÃO NO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Considerações sobre a temática ética mostraram-se necessárias ao identificarmos que o ACS tem encontrado dificuldades e sofrimento no exercício

de suas atividades. Articularmos esta temática com a supervisão do trabalho do ACS parece-nos ser um caminho a percorrer, um caminho inusitado e desafiador.

As equipes de saúde da família, deixando despercebidos o sofrimento e a insatisfação do ACS com o trabalho, já apontados anteriormente neste estudo como sendo um fator estressor no trabalho, expõem o agente comunitário a situações e atitudes que podem, de certa forma, ser caracterizadas como "anti-éticas". Com base nas colocações dos participantes do estudo, parece-nos que a temática ética tem sido pouco discutida pelas equipes de saúde da família. Pode ser que haja necessidade de pautar esta questão a partir de um novo conceito de atenção à saúde e de organização de serviços, inserindo a comunidade na prática de saúde, estreitando os vínculos de solidariedade, amor fraternal e cumplicidade pelas vidas das pessoas. Apontamos, ainda, um certo descompasso do que é pertinente ao profissional agente comunitário, em se tratando da questão ética, visto seu recente processo de profissionalização.

Assim, nesta pesquisa, sem a pretensão de ditar uma postura ética e profissional para o agente comunitário de saúde, queremos apontar para as equipes de saúde da família que a discussão se faz urgente e necessária. Iniciá-la a partir das vivências e concepções dos agentes de saúde, pode ser um primeiro passo.

Ao falar de ética, o agente comunitário se reportou às questões de responsabilidade e compromisso com o trabalho em saúde e com as famílias que acompanha.

A relação de igual que o agente comunitário estabelece com a comunidade, com uma proximidade física, intelectual e social das famílias e dos indivíduos, repercute em seu trabalho, com a criação de vínculos, a compreensão do ser e o entendimento da complexidade do meio onde vivem estas pessoas. Nessa aproximação e envolvimento do ACS com as famílias, há transposição dos problemas e das misérias humanas. Eles se envolvem, se vêem naquela ocorrência, e acabam sofrendo com isso.

"Parece que é uma grande família [...] E a gente acaba levando pra casa certos problemas e envolvendo emocionalmente. Às vezes tem famílias que além do meu horário (de trabalho) eu vou lá dar uma força, uma palavra [...]" (E 8, equipe C)"

"[...] todos os dias que eu vinha trabalhar, eu voltava para casa chorando no começo. Chorava todos os dias. Sabe, eu ficava angustiada[...] de ver tantos problemas dos outros [...] a cada história que eu ouvia ou passava na família, eu chorava. Sofri muito no começo [...] Eu ficava me sentindo, por exemplo, uma criança que não estava na escola e que era da idade do meu filho, ou que não tinha mãe, ou que o pai tinha... sabe, eu me sentia mal [...]" (E 1, equipe A)"

Os fatos vividos com o trabalho trazem-lhes aprendizados para toda a vida. Nas relações com os seus familiares, os agentes comunitários almejam proporcionar-lhes este mesmo aprendizado.

"[...] Mas de um tempo pra cá eu comecei a me corrigir, porque tudo, às vezes eu falava tragédia... E isso começa a ficar ruim na sua casa, tudo o que você vê vai ficar falando. Às vezes numa festa assim, eu ia contar umas histórias, não colocava o nome de quem era ou deixava de ser[...] Porque eu achava que eles estavam sofrendo à toa diante daquela situação [...] Falo às vezes alguma coisa que me choca muito, aí eu conto alguma coisa, mas não é mais tão freqüente. (E 1, equipe A)"

No entanto, acabam expondo as histórias de vidas e os problemas de saúde a pessoas que podem vir a saber de quem são essas histórias. Esta situação acaba expondo as famílias que o ACS acompanha, sendo um ponto delicado para ser **pensado com** os agentes. **Pensado com** é entendido por nós como **compartilhado, comunicado, combinado**. É portanto, trabalho vivo em ato.

Essa fala também nos remete a outras observações, como colocações de alguns ACS que podem apontar para a ausência de espaços de escuta dentro da equipe.

"A gente discute os casos da família, temos reuniões diariamente de manhã para discutir a família. Então às vezes a gente tem um problema, a gente traz mesmo que seja fora de horário, a gente chega da rua e às vezes aconteceu alguma coisa, se tiver um médico ou alguém que a gente possa conversar ali a gente já fala. (E 3, equipe A)"

"Porque pro agente é difícil ele ir na casa, ele escutar a reclamação da família e sair dali, chegar na equipe e discutir e a equipe virar e falar assim: Isso aí é uma ansiedade sua, não é uma ansiedade da família, uma expectativa da família, é tua. (E 7, equipe B)"

Eles também apontam questões do cotidiano de uma equipe multiprofissional, as relações interpessoais e o processo de trabalho em saúde, como nas falas a seguir:

"Hoje o agente comunitário aqui, nosso, ele jamais pode fazer uma orientação para o paciente, ou mesmo tomar a iniciativa de chegar e falar uma coisa para o paciente sem conversar com a equipe [...] (E 7, equipe B)"

"[...] muitas vezes, em reunião, você percebe que as pessoas querem esconder o problema do paciente achando que você não sabe. Por exemplo, uma pessoa HIV, você vai falar, vai colocar em discussão fica assim entre os médicos: aquele paciente lá. Aquele é positivo sabe. Gente você está todo mês naquela casa, às vezes você encontra coma pessoa, como pode esconder isso. Eu acho um absurdo, eu acho isso uma falta de consideração [...] (E 5, equipe B)"

A equipe baseando-se em práticas de saúde que minimizam a harmonia nas relações entre profissionais/profissionais e profissionais/usuários, aprisiona

núcleos de competência¹² do ACS, como a promoção da saúde e o desenvolvimento de cidadãos.

Vemos ainda, que há momentos que a comunicação fica prejudicada, prejudicando todos os trabalhos. Numa comunicação deficiente, causada por uma quase inexistência de interlocutores, obriga que o agente comunitário de saúde busque novas formas de dirimir suas angústias, como os comentários fora do espaço de trabalho. É preciso que a equipe reconheça no ACS um ser completo de informações e que necessita de ajuda para filtrá-las e trabalhá-las, implementando o sigilo profissional e o respeito sempre.

Faremos aqui, um questionamento para futuras reflexões, pensando em qual é o limite da equipe de saúde da família na relação com as pessoas, com as vidas, que se estabelecem na estratégia Saúde da Família. Até que ponto as histórias que apreendemos, sejam elas familiares ou individuais, podem ser socializadas entre a equipe?

Dentre estas e outras questões não respondidas na mudança de modelo, o agente comunitário de saúde tenta se colocar como agente ativo, e reivindica seriedade, como o seguinte exemplo:

"[...] o agente é uma pessoa que luta pelo programa, luta junto, tem vontade que dê certo [...] eles (equipe) tem que entender que nós fazemos parte da equipe e somos pessoas que temos ética e confiabilidade. (E 5, equipe B)"

¹² Tomamos aqui os conhecimentos de Campos (1997) sobre o trabalho em saúde. Segundo este autor, núcleo de competência e responsabilidade corresponde a tudo aquilo que lhe é específico em termos de saberes e responsabilidades e campo de competência e responsabilidade é o comum a toda equipe.

Bichueti (2003, p. 11-12) apela-nos para salvarmos o PSF de si mesmo, da prática instituída e das formas de controle, colocando:

Evita-la máquina social paralizante, reinventa-la máquina social criativa de linhas de desejo, produção e virtualidades. Pela vida sim ... mas também para que este novo modelo nos livre da vergonha de fazer tão pouco pela vida, vida plena ... para todos.

Quando o ACS fala em ética no trabalho, ele está falando em respeito, solidariedade e compromisso.

Reconhecendo que o domicílio é um território privado, um espaço único e intransponível, e que para entrar ele precisa da autorização do morador, ele está demonstrando o respeito ao usuário.

"Se me convidar eu entro [...] Eu não me sinto no direito de pedir para entrar, eu acho que eu estou invadindo a casa [...] (E 1, equipe A)"

Outra situação visualizada é a humanização no relacionamento com os indivíduos. Esses usuários têm nome, endereço, sonhos, angústias, dores e alegrias.

"Eu acho que cada um está no Programa de Saúde da Família [...] tem que se envolver muito e saber o que é que é isso e tratar não como paciente, como doente, tem que tratar primeiro como ser humano e um ser da sua família [...] (E 1, equipe A)"

"[...] é uma área de muitos idosos [...] muitas vezes abandonados pelos familiares, um pessoal muito solitário, muito carente, que sente muita solidão ... tem pessoas que eu vou mais vezes na semana porque gostam de conversar [...] tem muitos idosos que eu busco remédios para eles depois do meu serviço. Eu vou lá buscar remédios porque eles não dão conta de ir [...] (E 2, equipe A)"

Cabe ressaltarmos que esses trabalhadores estão valorizando um dos grandes princípios do PSF, estabelecendo vínculos com a comunidade.

O processo de humanização se produz e reproduz nas relações entre profissionais e usuários, como apontado pelas falas acima, e ainda pelas relações entre os profissionais. E é neste processo que necessitamos discutir as possibilidades que se o próprio trabalhador não habita em um meio humanizado - falta de apoio/escuta - como proporcionará uma assistência humanizada aos usuários? Collet e Rozendo (2003) em um estudo sobre a humanização no trabalho da enfermagem, despertaram-nos para a compreensão de que não é possível esperarmos uma assistência humanizada aos usuários dos serviços de saúde quando as condições de trabalho são precárias, deixando as pessoas nos seus limites físicos e psíquicos.

Apontamos que a ética exercida pelos agentes comunitários de saúde, parece estar sendo promovida também pela equipe de saúde, pois os dados nos fazem pensar que o profissional acolhido, respeitado, incentivado e participativo em sua formação, responsabiliza-se pelo cuidado às pessoas e proporciona sua contribuição na reversão das práticas atuais.

A supervisão do trabalho do agente comunitário precisa estar fundamentada nas necessidades deste trabalhador, e tomando, em muitos momentos, dos mesmos princípios que norteiam a sua ética no trabalho, o respeito, a solidariedade e o compromisso. É como se o agente quisesse para ele o que ele proporciona para os usuários. Ser cuidado e cuidar de si próprio agrega sabor e saber no trabalho, fortalecendo-o (COLLET; ROZENDO, 2003).

Nas suas falas, depreendemos a questão da supervisão em vários momentos do processo de trabalho, que elegemos aqui como formação, capacitação e acompanhamento sistemático.

Na verdade, ao falar em formação e capacitação, é necessário incluir a equipe, gerando reciclagem aos profissionais que foram formados com base no modelo tradicional de assistência à saúde, e que parecem estar, de certo modo, reproduzindo a formação que tiveram aos agentes comunitários de saúde. Collet e Rozendo (2003) apontaram que o despreparo da equipe está na falta de conhecimentos e suporte que dêem condições para trabalhar com a dor e o sofrimento do outro e para estabelecer processos efetivos de comunicação. Concordamos com as autoras, mas complementamos que na atenção primária não lidamos apenas com a dor, lidamos com a vida, e sendo assim, lidamos com todas as suas facetas - os altos e baixos, as alegrias e as tristezas.

"[...] eu acho que a gente tem que aprender muito... e não só nós, todo mundo que está nesse ramo aí, trabalhar com a saúde, precisa aprender muito [...] Eu acho que cada um, a cada dia, precisa aprender um pouquinho [...] É você ouvir, a primeira coisa que tem que aprender[...]" (E 1, equipe A)"

Identificamos que a formação do agente comunitário no trabalho causa impacto no processo de busca de autonomia e responsabilização, restringindo, em alguns momentos, seu papel social e assistencial. Referimos aqui, não uma formação pontual, programada e preparada para tal discussão, falamos de formação diária, de convívio, de espelho em outros profissionais, da comunicação exaltada que não ajuda, mas atrapalha. As seguintes falas demonstram parte do

processo de formação proporcionada, onde a dimensão do trabalho não está clara para a equipe e assim, não está para o ACS:

"[...] nós temos que ser, saber controlar nosso vínculo, saber chegar na hora certa e cortar, então para nós é difícil isso [...] porque com o vínculo que a gente tem a gente acaba sendo um amigo da família, então eles acabam depositando na gente todas as suas angústias, todas as suas dúvidas, todas as suas dificuldades. (E 7, equipe B)"

"[...] você tem que ver se você escolheu a profissão certa [...] Você tem que aprender a ser mais dura. Então deixa eu sofrer porque eu não quero ser fria e dura como está todo mundo da saúde, entendeu? Não ter a postura que eu sei mais, aquela postura como às vezes é exigido [...] (E 5, equipe B)"

Manter os espaços de educação continuada também é apontado como importante e se não estabelecido na equipe torna-se muito prejudicial ao trabalho.

"[...] eu hoje sinto falta da educação continuada que a gente tinha e não temos mais [...] quase dois anos pra cá não tem. Tem o que a gente pergunta. Eu mesma sou muito curiosa, eu pergunto [...] porque eu acho que é importante, o agente comunitário não tem que ir lá só ouvir[...] (E 4, equipe A)"

Os espaços de escuta existem no cotidiano das equipes de saúde da família, vislumbrados nas reuniões de equipe, nas discussões de famílias e nos estudos programados, mas as falas dos agentes sugerem que eles têm sido insuficientes para oferecer suporte e apoio ao trabalho. Este apontamento merece uma melhor discussão para avaliar a condução do mecanismo de supervisão e escuta, tomando como referencial as oportunidades que se tem para falar, como apontam as falas a seguir:

"[...] os agentes não têm assim... é, parece que tem um pouco de medo de expor o que a gente pensa, de medo de alguém não ouvir ou falar não, você é o agente você tem que fazer isso mesmo, então vai deixando passar né, e não fala nada, e quando a gente fala não é ouvido né, porque às vezes a gente tem medo de falar e acharem ruim. É! Tem hora que a gente se sente um pouco inferior porque a gente não tem aquele nível superior[...] (E 9, equipe B)"

"[...] de primeiro a gente ficava muito calada, agora a gente tem procurado falar mais [...] essa mudança precisava, a gente estava deixando muita coisa debaixo do tapete e quando o negócio vinha à tona vinha discussão feia, então a gente começou a perceber que tinha mesmo que ouvir eles e começar a falar na hora que tinha que falar, então a gente está aprendendo devagar e agora parece que está todo mundo já conseguindo se soltar mais. (E 10, equipe D)"

A não escuta também pode estar relacionada, como mostram as falas acima, com a autonomia do ACS no espaço da equipe. A equipe não reconhecendo a importância da presença e do papel do ACS nos serviços de atenção primária, prejudica seu processo de autonomia no trabalho.

Na busca da autonomia, o agente de saúde secundarizando-se, ou silenciando-se, ou ainda, incorporando-se apenas como ator operacional, tenderá a reproduzir o *status quo*, o instituído, o modelo hegemônico (BICHUETTI, 2003) e retomando Merhy (2003) esse ator não é sujeito, é agente participativo do processo. Sendo assim, cabe também ao agente comunitário reinventar seus papéis e seus espaços.

Muitas vezes, apoio quer dizer simplesmente trabalhar com os mesmos propósitos, ter o mesmo entendimento sobre o projeto que está inserido, como aponta a fala a seguir:

"A família não é do agente, a família é da equipe, tem que ter um seguimento daquilo que a gente faz lá na casa [...] tem que saber lidar com aquela demanda, com a ansiedade, com a queixa do paciente... (E 5, equipe B)"

Não era objeto deste estudo identificar estas questões com os outros membros das equipes, mas pela riqueza do trabalho e dificuldades que enfrentam na condução da saúde da família, talvez fosse pertinente propor a supervisão da

equipe, uma supervisão externa que ajudasse na construção da mudança e não trouxesse a mesma pronta.

"[...] o agente comunitário está lidando com emoção o dia inteiro [...] então tem momentos que ele está muito frágil mesmo, que ele precisa de uma pessoa pra desabafar[...]" (E 6, equipe B)"

Fortuna (2003) nos lembrou que a palavra supervisão carrega um sentido de controle, "de super-visão", de alguém que enxerga tudo. Mas a autora, no seu doutoramento, defendeu a supervisão como algo dinâmico, realizado por alguém externo à equipe, mas que fosse um co-pensador, pensando junto com a equipe sobre o que ela vem vivendo, sobre como vem trabalhando, por que e para quem. Concordamos com a autora, quando refere que a supervisão norteia-se pela finalidade do trabalho em saúde - produzir vida - e objetiva produzir auto-análise e autogestão se fazendo passageira.

As equipes têm encontrado inúmeros entraves para iniciar uma discussão sobre a temática, talvez pelo fato de não saberem determinar a direção a tomar. O que podemos afirmar é que, acolher este profissional nos vários momentos do seu trabalho, seja nos momentos penosos ou prazerosos, reflete nele um sentimento de apoio e aponta possibilidades de enfrentamento. O trabalhador acolhido transforma seu sofrimento e dificuldade em potência para o trabalho vivo através da solidariedade e do desenvolvimento de cidadãos ativos.

4.4- POTENCIALIDADES DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Nesta parte da pesquisa abordaremos as potencialidades do trabalho do agente comunitário de saúde, especificadas aqui pelo trabalho extramuros e por ser agente formador.

4.4.1- O TRABALHO EXTRAMUROS

Desenvolvendo suas atividades e ações na unidade de saúde, nos domicílios e na comunidade em que a equipe de saúde da família é responsável, elegemos, para discussão dos dados desta pesquisa, o trabalho extramuros do ACS.

Sem desmerecer as outras atividades neste trabalho extramuros, segundo as atribuições preconizadas pelo Ministério da Saúde, destacaremos neste momento, o acompanhamento de famílias intradomicílios.

A visita domiciliar (VD) constitui uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos e grupos ou o planejamento de ações, visando a promoção de saúde da coletividade. A sua

execução ocorre no local de moradia dos usuários dos serviços de saúde, sendo preconizada uma sistematização prévia. Ela possibilita ao profissional conhecer o contexto de vida do usuário do serviço de saúde e a constatação "in loco" das reais condições de habitação, bem como a identificação das relações familiares. Além disso, facilita o planejamento da assistência por permitir o reconhecimento dos recursos que a família dispõe. Sendo interpretada como uma atenção diferenciada advinda do serviço de saúde, pode ainda, contribuir para a melhoria do vínculo entre o profissional e o usuário. Cabe-nos ressaltar que nem toda ida ao domicílio do usuário pode ser considerada uma VD. Para ser considerada uma VD, tal atividade deve compreender um conjunto de ações sistematizadas, que se iniciam antes e continuam após o ato de visitar o usuário no domicílio. A sua execução requer um profissional habilitado e com capacitação específica no uso das técnicas de comunicação e de observação sistematizada. A intervenção no processo saúde-doença pode ou não ser uma ação integrante da VD, mas a busca de uma construção conjunta deve estar sempre presente.

Em nosso estudo, o acompanhamento das famílias no seu espaço privado tem favorecido que o ACS acredite que o seu trabalho seja um dos mais importantes dentro da equipe.

"[...] o trabalho do agente é o trabalho mais difícil de tudo, mais difícil do programa, imagina aquelas pessoas que vai na frente da mata abrindo assim a passagem dos outros, é assim, nós vamos na frente da coisa. (risos). Talvez eles não enxergam como um trabalho difícil, olha que não é fácil de fazer. Só quem está lá na rua direto, que vai nas casas, que sabe como é difícil de fazer, como é sofrido. (E 5, equipe B)"

"[...] mas eu acho que é a gente que traz a bruto, a coisa ali pra poder ser trabalhada. (E 2, equipe A)"

O trabalho do ACS traz uma complexidade diferente em relação aos demais trabalhos, pois ele utiliza todos os recursos disponíveis das tecnologias leves em saúde. De certa forma, constitui em um trabalho desafiador, na medida que ele necessita de um vasto conhecimento sobre crenças, culturas e vidas. A equipe pode colaborar para que a brutalidade do trabalho seja lapidada e a tarefa de "desbravador" seja menos sofrível.

O agente comunitário de saúde se vê, para o PSF, como fonte primária de informação, pois se enxerga como entrevistador e observador da população, colhendo dados e aproximando-se da realidade.

Percebe que este papel é inerente a ele e que dentro da política da Saúde da Família, ele está responsável pela obtenção de informações junto à família, como um "olheiro da equipe" e pela educação em saúde:

"[...] as pessoas vêm no consultório fazer uma consulta é uma coisa, agora você entrar dentro da casa da pessoa e fazer um acompanhamento de visitas, é outra coisa. Às vezes tem coisas que eles falam aqui não falam para nós, às vezes, tem coisas que eles falam para nós e não falam aqui né, por isso que nós buscamos a troca de informações [...]" (E 3, equipe A)"

"Eu gosto muito das visitas porque o que a gente aprende com o Programa Saúde da Família, na visita a gente coloca aquilo muito para os paciente, saber como é que é a consulta, o médico da família, como o programa funciona [...]" (E 6, equipe B)"

A educação em saúde foi apontada por Carvalho (2002) como uma extensão do trabalho médico tanto no sentido de decodificar as orientações dos profissionais, como garantir através do "controle de perto" a adesão da prescrição feita pelo serviço.

O enfoque da educação em saúde, dentro de uma linha de planejamento participativo, vem se transformando e, concomitantemente a implantação do SUS, vem sendo adotada a educação para a Participação em Saúde (BRASIL, 1990). A proposta de educação para a Participação em Saúde é delineada não somente como prática pedagógica, mas considerada também como prática social. Seus objetivos são: suscitar o envolvimento da população em geral nos programas de saúde; promover transformações conceituais na compreensão da saúde, relacionando-a à qualidade e compromisso com a vida e não, simplesmente, à ausência de enfermidades; e gerar atitudes e procedimentos novos frente aos problemas da doença, de modo que a saúde seja encarada como responsabilidade de todos e não somente atribuição governamental (BRASIL, 1992).

Visto que esta é uma atividade do seu trabalho que exige planejamento, cabe destacar ainda que, cada família é única, possui suas particularidades e suas necessidades, portanto cada visita domiciliar exige diferentes estratégias, condutas e flexibilidade. Mas, a prática cotidiana trouxe aos agentes comunitários de saúde algumas lições para a realização desta atividade. Indicam como pressupostos básicos para uma aproximação tranqüila e proporcionadora de vínculo o seguinte:

"[...] muita cautela, muito cuidado, muita educação e bastante ouvido. Que é o que a gente precisa assim na primeira visita, [...] tenta ouvir mais para justamente criar este vínculo com a família. (E 6, equipe B)"

"[...] às vezes eu fico com medo também. Medo assim, de não conseguir dar conta do recado lá dentro, por exemplo, eu já tive uma situação de briga entre mãe e filho, você fica lá, o que é que eu tenho que fazer, o que eu tenho que falar? (E 1, equipe A)"

O processo de mediação para o ACS não é um processo simples e fácil, e existe situações que são próprias das famílias. Acreditamos que não exista possibilidade de intervenção em todas as situações que se fazem presentes no espaço domiciliar. Assim, é necessário compreender que há situações em que não é de competência de nenhum profissional resolver, é da família exclusivamente, a não ser naquelas situações em que existe risco de vida a algum componente, ou será que estamos pretendendo regular tudo?

Adentrar o domicílio é apontado pelo agente comunitário como uma tarefa difícil, exigindo dele adaptação à rotina estabelecida e às novas descobertas.

Compreendemos que o processo de acompanhamento das famílias não é natural, ele necessita de mediação adequada, de experiências de aprendizagem mediada. Klein e Wieder (1992) descrevem o aprendizado mediado, mais especificadamente em termos de desenvolvimento humano, que ocorre quando alguém interpreta o meio para o outro, em um processo de interação recíproca entre ambos, onde o mediador se interpõe sobre o outro modificando o estímulo ou experiência que o outro terá. O mediador tem como características, o conhecimento acerca dos interesses, necessidades e capacidades do outro, tratando, dessa forma, as informações compatíveis com seu grau de entendimento.

Entendemos que para o agente comunitário de saúde, assim como para os profissionais de saúde, constituem desafios a mediação e o atributo da boa comunicação com a comunidade.

Os agentes comunitários revelam que o tempo de exercício da profissão e o tempo de interação com a família são facilitadores deste processo:

"Hoje eu me sinto melhor [...] não tenho tanta vergonha mais de entrar, de bater, de pedir como antes, que eu estava incomodando. Ah! que chato bater na casa dos outros oferecer uma coisa, hoje não, hoje eu sei que é bom que eu estar indo naquela casa é algo importante, então eu já não tenho mais vergonha. (E 4, equipe A)"

Percebemos que o fato dos entrevistados terem pelo menos dois anos de experiência, já os possibilita reconhecer, de algum modo, os objetivos, finalidades e instrumentos do seu trabalho.

Outro atributo importante para a facilitação da relação agente/usuário, tem sido o respeito à dinâmica familiar. Já havíamos apontado este atributo ao falarmos da ética no trabalho do agente comunitário, reafirmando a importância do mesmo no trabalho com as famílias, como aponta as falas a seguir:

"[...] entrar na casa não é fácil, não é gente, e eu procuro sempre deixar a pessoa à vontade. Pergunto se a pessoa pode me receber naquela hora ou se prefere que eu volte em outra hora, entendeu, se eu perceber qualquer dúvida eu não entro. (E 5, equipe B)"

"[...] cada pessoa te recebe de uma maneira, então por exemplo há aquela que recebe com facilidade, que não está mal humorada, que está sempre de bem com a vida, ela chega toda sorrindo, te manda entrar, então você entra com facilidade. Agora, há aquelas que estão mal humoradas, que não quer nem receber a gente e nem te mandam entrar, então assim, eu não me convido pra entrar porque eu sei que naquele momento ela não está bem. E são essas pessoas que eu procuro mais fazer minhas visitas porque eu sei que ela está com problema entendeu, porque às vezes a gente se põe no lugar do outro porque nem sempre a gente está bem com a vida (E 9, equipe B)"

Essa flexibilidade em relação a entender o seu processo de trabalho é algo inegável no trabalho do ACS. A perspicácia para perceber que não é momento de intervenção é muito próprio de quem vive o cotidiano das pessoas e preserva a autonomia do outro.

Procuram estabelecer relações menos hierárquicas entre profissionais e usuários, evitando a hegemonia do saber científico ou da postura desigualitária do profissional de saúde com o morador da área, favorecendo uma melhor aceitação pela população das práticas de saúde.

"Eu sempre defendo assim: uma forma da gente conquistar as pessoas é a gente sendo humilde. Quando a gente vai na visita e diz: olha eu sou como você. Não ter a postura que eu sei mais, aquela postura como às vezes é exigido: eu sou profissional. No meu entendimento isso é um roubo, isso cria antipatia[...]" (E 5, equipe B)"

A meta determinada pelo Ministério da Saúde, visitar 100% das famílias cadastradas na área, mensalmente, reflete no agente comunitário de saúde, preocupação com a qualidade do trabalho. Teme que a exigência quantitativa empobreça seu potencial e sugere a necessidade de outras formas de avaliação e controle, como observação e valorização do conjunto atividades realizadas.

"[...] eu acho que por ter uma meta, a visita fica muito a desejar, porque você tem que cumprir aquela meta, muitas vezes não acaba ficando um serviço bem feito, acaba deixando muita coisa para trás [...] eu acho que eles poderiam ver as visitas, ver os agentes participarem, não com aquela obrigação de cobrança, meta (E 7, equipe B)"

Segundo os agentes comunitários de saúde, os outros profissionais da equipe, têm efetuado, com menos frequência, atividades extramuros, apontando como deficiente para o apoio e supervisão dos próprios agentes comunitários e para a assistência à população.

"Tem horas que eu gostaria que alguém fosse comigo pra me ajudar mesmo, pra ouvir de uma forma diferente que eu, pra falar alguma coisa que eu não estou conseguindo falar, passar uma orientação que eu não estou conseguindo passar ou eu não sei mesmo passar. (E 4, equipe A)"

"[...] a gente fica cutucando ele: vamos visitar doutor? Vamos visitar os pacientes?. A gente ainda não conseguiu levá-lo para o grupo, essas coisas. (E4, equipe A)"

O baixo número de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais médicos, enfermagem e odontologia tem explicação nas demandas internas da unidade de saúde, caracterizadas nos Núcleos de Saúde da Família, assim como em outras unidades de saúde, por atendimentos individuais.

O trabalho institucionalizado do modelo tradicional de assistência, promove a desvalorização do trabalho extramuros promovido pelo ACS. Referimo-nos às queixas do ACS quando é acusado pela equipe de saúde de trazer demandas externas e/ou internas para os demais profissionais.

"Eu acho que todo mundo deveria fazer visita. Todo mundo tinha que ir pra visita pra ver como é que é e não ir fazer uma visitinha marcada. Alô, eu to indo fazer uma visitinha aí na sua casa. Tem que ir mesmo, na hora do sol quente e visitando as pessoas que são mais duras e que são mais fáceis pra entender como é que é para não exigir que muitas vezes você tenha conhecimento de uma coisa, de uma pessoa que ainda está resistente [...]" (E 5, equipe B)"

"Para muitos o serviço não é desgastante, é um serviço fácil, você chegar bater na porta, conversar com a família, entrar na privacidade dela, invadir a família dela, então pra mim talvez eles não estão assim bem, como eu vou te dizer, assim... conscientes do que é o serviço do agente comunitário. (E 7, equipe B)"

O desconforto do agente comunitário frente a esta realidade está calcada na forma estruturante do processo de trabalho em saúde. Assim, entendemos que a abordagem multiprofissional deve ocorrer em todas as práticas dentro da Saúde da Família.

Entendem que quando os demais profissionais da equipe saem para campo, passam a conhecer melhor as famílias e a comunidade, contribuindo para a atenção às pessoas e para o trabalho do ACS.

Portanto, reconhecendo a importância dos papéis dos outros membros da equipe, aponta-nos para a articulação e complementaridade dos papéis na busca de uma assistência de qualidade, intramuros ou extramuros, visando a satisfação dos usuários e dos profissionais.

"[...] eu acho que um mau atendimento coloca a perder o que foi construído com aquela família; muitas vezes você vai na visita e ele fala: não quero nem saber daquilo lá, se quiser passar aqui você pode passar, mas eu não quero nem saber daquilo lá... ou do atendimento médico, ou da recepção. Eles falam mesmo e não voltam. (E 5, equipe B)"

"Eu cheguei lá e ele me tratou muito mal sabe, agressivo, e eu levei aquele choque... ele xingava a unidade [...] eu fiquei fingindo que ele não estava me tratando mal [...] o senhor quer ir lá medir a pressão? Vamos, eu vou com o senhor [...] O meu medo era chegar lá e alguém falar que não mede, ou seja, uma insegurança né, que é assim, cada um tem um estado de espírito [...] (E 1, equipe A)"

De modo geral, observamos que o cotidiano da comunidade mostra-se mais a partir do momento que o ACS assume uma postura de "ouvidoria", imbuída no seu papel social.

"[...] mas é um trabalho assim que só de você escutar o problema da pessoa, você já está dando uma grande ajuda pra ela. E eles mesmos falam: antes não tinha isso e agora é tão bom receber vocês todo mês pra gente conversar, poder desabafar[...]" (E 10, equipe D)"

"[...] a gente é muito uma escuta. A gente vai lá para conversar com a pessoa e a gente escuta muito o que ela tem para falar para gente[...]" e às vezes é uma coisa meio difícil, tem que ser uma pessoa que tenha um pouquinho de paciência né, um pouquinho de atenção. (E 3, equipe A)"

A escuta oferecida pelo ACS aos usuários estabelece uma relação capaz de revelar um perfil neste trabalhador de **sujeito mediador e terapeuta comunitário**. Seu perfil solidário é a base desta mediação. *Escuta de sofrimentos,*

carências, desejos, possibilidades e saberes dessas pessoas... escuta do que esperam de nós (PEREIRA, 1997).

"Eu gosto de ouvir, ouço com calma tudo o que a pessoa tem para me falar, deixo a pessoa falar, chorar, espernear e é só vontade mesmo de ajudar, de fazer o melhor[...] é porque eu quero fazer o máximo que posso. (E 4, equipe A)"

"De alguma maneira, de alguma forma a gente ajuda, ajuda mais você escutar né. Na minha microárea tem muita gente que não recebe cesta básica como em outras microáreas, mas eles ficam sozinhos, precisam mesmo de alguém para estar ouvindo, então a gente só dá o ombro e a pessoa fala que bom que você passou aqui hoje. (E 10, equipe D)"

E é este reconhecimento que faz com que o agente julgue que esta atividade lhe dá autonomia e assim seu trabalho tem visibilidade e valorização.

"[...] é gratificante, porque com um pouquinho que você faz, uma coisa que a pessoa não fazia e que foi um salto que a pessoa deu que talvez possa ter sido por intermédio seu, sabe, que ali, quem ajudou aquela pessoa foi você. (E 3, equipe A)"

"[...] eu não tenho na minha microárea nenhum problema com alguma (família) que não quer me receber. Eles gostam muito [...] sentem falta da gente, e isso é muito bom escutar também (risos). (E 10, equipe D)"

Para Silva (2001) e Carvalho (2002), o agente comunitário tem a impressão de relativa autonomia por ter liberdade nas conversas com as pessoas e famílias visitadas e, especialmente, nas ações comunitárias. Silva (2001) defende, ainda, que o agente comunitário de saúde possui um perfil ambivalente, expresso como agente institucional (ligado mais ao pólo técnico) e agente de comunidade (ligado mais ao pólo político). O agente comunitário, não dispondo de instrumentos e de tecnologia para o pólo político, pende mais para o técnico. Essa insuficiência leva-o a trabalhar com o senso comum, com a religiosidade e, mais raramente, com os saberes e os recursos das famílias e da comunidade.

4.4.2- O AGENTE FORMADOR

Outra expressiva atividade no âmbito das equipes de Saúde da Família dos Núcleos do Centro de Saúde Escola é o ensino. A formação de alunos de cursos técnicos e universitários como medicina, enfermagem, psicologia, farmácia bioquímica e odontologia perpassa, portanto, o trabalho do agente comunitário de saúde.

No entanto, a formação não é apenas desenvolvida com alunos de graduação. Buscamos, com a apresentação deste subtema, apontar que o agente comunitário de saúde também proporciona formação/capacitação em saúde aos membros da equipe, à comunidade e almeja a sua própria formação.

Reconhecem que a temática Saúde da Família em Atenção Primária é um conteúdo importante para a formação de profissionais de saúde sob a perspectiva de um novo modelo de atenção à saúde.

"Ah! é uma oportunidade deles (alunos) estarem aprendendo, vendo o PSF como é, uma coisa diferente. (E 10, equipe D)"

"O trabalho numa casa é bem diferente do trabalho em qualquer posto e hospital, e vai aprender muito e com certeza o trabalho dele vai se tornar melhor, bem diferente de você aprender em livros e teorias, aprender sobre remédios, veias, doença. Você aprende a lidar com o lado humano que não é fácil. (E 4, equipe A)"

E, com profissionais que foram formados tendo como base o modelo hegemônico de saúde, buscam ampliar suas concepções do processo saúde -

doença, da assistência integralizadora e do trabalho em equipe, demonstrando persistência, empenho e sutileza.

"[...] de 15 em 15 dias a gente tem que fazer reunião à tarde que é discussão de famílias com os pediatras, pra ver se a gente se integra melhor no assunto, na equipe, no nosso jeito de trabalhar. A gente está tentando aos poucos trazê-los para mais perto, tornar realmente uma grande equipe e não nós e eles[...]" (E 4, equipe A)"

Este entendimento vai ao encontro de um dos desafios do PSF para sua expansão e consolidação, que segundo Oliveira (2000) está relacionado à formação de profissionais conforme o novo modelo de atenção à saúde, necessitando encontrar no mercado de trabalho profissionais com perfis adequados e não apenas *entusiastas*. O desafio maior, para essa autora, está na habilidade do profissional *aprender a aprender*.

A oportunidade de vivenciar, através do ensino teórico-prático, as diversas facetas do Sistema Público de Saúde do Brasil (SUS), permite que o aluno institucionalizado tenha uma ampliação do entendimento do setor saúde, sendo enriquecedora para a sua formação.

"[...] eles querem aprender coisas novas, que para eles estar lá dentro da faculdade é uma coisa, estar aqui fazendo visitas, por exemplo, comigo, é uma outra visão que eles têm. Eu acho que eles nunca fizeram isto, então eles gostam do que estão fazendo. (E 9, equipe B)"

O ensino foi apontado pelos entrevistados como uma experiência nova, relatada às vezes como inesperada no seu exercício profissional. Gera satisfação ao perceber um processo educativo onde ensina e aprende concomitantemente.

"[...] além de passar, deles aprenderem, eles trazem muita coisa também, é uma experiência nova. É uma experiência nova pra eles e pra gente [...] Eu não tinha idéia que eu ia trabalhar com aluno. (E 1, equipe A)"

"[...] pra mim é bom trabalhar num núcleo que tem alunos e tal. Eu tenho meu privilégio que eu estou ensinando alguma coisa, passando alguma coisa para os alunos [...] eu sou agente comunitária, tenho a 6ª série e estou ensinando um aluno de medicina que é quase um médico [...] eu tenho alguma coisa ainda para ensinar alguém, para passar para alguém mesmo que eu não tenho ensino [...] a faculdade né, então eu me sinto feliz com isso. (E 9, equipe B)"

Segundo Mishima et al. (1997), a Universidade tem buscado maior integração com os serviços de saúde a fim de aproximar a teoria da prática, possibilitando trocas de experiências enriquecedoras entre as instituições. Para a Universidade, a contribuição é a atualização frente às rápidas mudanças que ocorrem no setor saúde e, conseqüentemente, provoca um ensino dinâmico, realista e atual. Para os serviços, proporciona uma aproximação com elementos teóricos e para ambas uma fluidez na relação teoria-prática e pesquisa, que respondem às necessidade do processo saúde-doença, bem como à organização das práticas sanitárias.

Os agentes comunitários de saúde também mencionam uma participação efetiva na formação do aluno durante a visita domiciliar, podendo ensinar como se faz uma visita e ensinar sobre a família.

"[...] nós participamos do ensino para ensinar como faz a visita, ir lá falar sobre a família, como aquela família se organiza e para ensinar sobre isso. Porque quando eles vêm aqui, o primeiro dia nós vamos falar tudo sobre visita [...]" (E 5, equipe B)"

"[...] se eu conseguir ensinar um aluno da faculdade a ele fazer a visita, ser bem acolhido como eu também sou isso pra mim é gratificante. (E 6, equipe B)"

Assim, caracteriza-se como um mediador na aproximação dos alunos e docentes às famílias, utiliza estratégias como explicar a dinâmica familiar, procedimentos e condutas a serem desenvolvidos antes da realização das VD, permanece junto, apresenta-os, acompanha-os.

"[...] eu fico pensando que a minha participação é importante porque na maioria das vezes ele não sabe ir sozinho, eu tenho que levá-lo na visita, eu tenho que chegando lá [...] ensinar como faz a visita, ir lá e falar sobre a família, como aquela família se organiza. (E 5, equipe B)"

Depreendemos que ele reconhece como objetivo da sua participação no ensino o **aprender a lidar com o lado humano, a ter outra visão, o ser solidário, a entender a família e ser acolhedor**. Respondem a uma necessidade de uma atenção à saúde humanizada, que alie uma sólida formação ética com elevado compromisso social.

São sensíveis e sabem identificar o aluno que apresenta perfil para trabalhar com a saúde das famílias, diferenciando o aluno interessado em aprender, daquele que se sente obrigado pela instituição de ensino a realizar o estágio ou o aluno que está focado na doença e não na família.

"Tem aqueles que são bem conscientes, que saem, que são interessados, têm alguns que eu acho que estão aqui porque são obrigados a fazer o estágio aqui [...]" (E 10, equipe D)"

"É difícil você sair com o aluno, você mostrar pra ele o que você vai fazer, porque muitas vezes eles ficam centrados só naquele modelo saúde, doença, não está centrado em ver a família como um todo. (E 7, equipe B)"

Nas suas atividades diárias, percebe que o ensino ocupa-lhes um tempo, visto que os alunos necessitam familiarizar-se com as famílias, tornando uma visita domiciliar mais demorada. Percebem, ainda, que as famílias ficam constrangidas com a presença do aluno, pois não houve estabelecimento de vínculos, justificando que a família não conta tudo na presença de um desconhecido. Portanto, na sua visão, algumas visitas domiciliares perdem em qualidade. Utiliza como estratégia para minimizar essa situação o rodízio das

famílias a serem visitadas.

"[...] quando a gente sai com aluno, a visita não rende, praticamente o que se faz de manhã fica perdido porque é outra coisa, é diferente, tem que ficar explicando, tem que ficar junto na visita, eles ficam mais tempo. Eu acho que trabalhar com aluno é bom, eu não acho ruim, eu acho que ocupa muito tempo, trabalha muito [...]" (E 5, equipe B)"

"[...] dependendo o domicílio, o vínculo que você tem, você não faz uma visita de qualidade, porque você fica só voltada para a atenção em respeito a esse vínculo né, com uma outra pessoa presente a pessoa não coloca para fora os sentimentos, entendeu. Eu vejo que isso atrapalha, agora você não pode ficar escolhendo só algumas famílias para poder levar alunos [...]" (E 8, equipe C)"

Os dados revelam também uma relação de ajuda, de intercâmbio, apoio e oportunidades, como a seguir:

"Elas aprendem, mas elas ensinam tanta coisa para gente sabe, te ouvem, te dão oportunidade, como falam que elas estão tendo oportunidade [...]" (E 1, equipe A)"

"Quando eu chamo um aluno de psicologia para ir numa VD comigo, eu penso que é mais uma pessoa, é mais um profissional que talvez possa ajudar, porque quando a gente chama, a gente leva talvez naqueles lugares mais complicados, mais difíceis de você lidar [...] talvez ele veja alguma coisa que você não viu, que você não percebeu, duas cabeças pensando juntas [...] para decidir depois o que fazer. (E 3, equipe A)"

Mas, descontenta-se quando verbaliza que o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) não contempla o explanado como trabalho do agente comunitário de saúde.

"Tem muitas coisas que a gente faz e no SIAB não vai. Que nem eles querem só o número de 100 % de visitas, mas eles não sabem que a gente fica aqui a tarde toda fazendo relatório, que a gente passa isso para o papel, não sabem das nossas saídas com os alunos. (E 10, equipe D)"

"Eu acho que isso aí é errado. Você vê, é um trabalho que o agente está fazendo e que não aparece. (E 9, equipe B)"

Com os alunos, os agentes referem que aprendem, estudam e se atualizam e aqui faremos a inferência de que trabalhar numa instituição de ensino estimula o a estudar e buscar uma profissão. Aprende também com o aluno a ser aluno.

"Eu participo do GEAVIDAS também, que é aquele grupo de atenção e estudo sobre violência física e sexual. Amo também, e você estuda, procura conhecer, aprofundar mais no assunto [...]" (E 8, equipe C)"

"[...] eu acho que as minhas visitas são bem melhores agora. Dois anos assim, depois do curso (auxiliar de enfermagem) eu sinto que as minhas visitas estão melhores, mas eu acho que eu gostaria de fazer mais [...]" (E 10, equipe C)"

Questionam a forma como seus colegas de trabalho imaginam construir um processo educativo com os usuários, colocando-nos a pensar de que forma queremos fazer a Saúde da Família.

"[...] eu não vejo ninguém, eu não ouço ninguém falar assim: Olha a gente tem que procurar entender porque será que as pessoas agem assim, faltou, porque que eles procuram eventual? Só entendo, só ouço falar: olha, nós temos que ensinar como é que faz, tem que ensinar como usa o serviço [...] ninguém quer aprender, nem entender o outro lado. (E5, equipe B)"

Referimo-nos a própria organização dos serviços de saúde frente aos princípios do SUS, quando aponta a necessidade de uma gestão compartilhada com os usuários, estimulando o autocuidado e a utilização responsável dos serviços de saúde.

Proporcionam educação em saúde nas suas atividades extramuros, tentando manter-se como elo entre os serviços e a comunidade e colaborar na consolidação da estratégia.

"[...] hoje eu vejo que as famílias estão entendendo melhor o que vem a ser o PSF. Porque você vai batendo ali e vai falando [...] e quando elas têm idéias distorcidas, então a gente procura mostrar o lado né, o que é real [...] então é um processo a médio prazo, e você sentia também que saúde para eles era doença, é a doença instalada, então você procura passar os dois lados, saúde é toda aquela gama que tem né. (E 8, equipe C)"

"[...] eu espero que melhore, que ainda fazer o que prevê, o que foi escrito, o que foi elaborado lá nos papéis ainda é muito difícil. Difícil até de fazer a população entender, às vezes elas não conseguem nem entender porque da consulta marcada imagina da prevenção, de participar das atividades ou que ela pode fazer pra não ficar doente. Acho que ainda é complicado isso. (E 4, equipe A)"

Reverendo as competências e atribuições dos agentes comunitários de saúde, em termos de preparação de recursos humanos para a estratégia Saúde da Família, quais sejam: o trabalho em equipe, a visita domiciliar, o planejamento de ações de saúde, a promoção da saúde, a prevenção e monitoramento de situações de risco e do meio ambiente, prevenção e monitoramento de grupos específicos e de doenças prevalentes e acompanhamento e avaliação de ações de saúde, explícitas em documento oficial (BRASIL, 1999), acrescentamos **a participação na formação de recursos humanos para a Saúde da Família**, identificada na realidade ora pesquisada.

Percebemos que ao participar do processo de formação de alunos de graduação, o ACS tem conseguido entender a família como sujeito do processo assistencial de saúde, vivenciando junto com o aluno o domicílio como um espaço social e histórico, onde são construídas as relações intra e extrafamiliares e no qual ocorrem as lutas pela sobrevivência, pela produção e reprodução (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1994; BRASIL, 1996).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os objetivos que nos nortearam nesta pesquisa, caracterizamos o agente comunitário de saúde que compõe as equipes de saúde da família dos Núcleos de Saúde da Família ligados ao Centro de Saúde Escola da FMRP-USP, bem como, analisamos as repercussões que o desenvolver do seu trabalho tem lhe trazido.

A partir de uma perspectiva qualitativa, com base em entrevistas com os agentes comunitários de saúde, procuramos apreender alguns aspectos relevantes da sua prática.

Os agentes comunitários de saúde são, na sua totalidade, do sexo feminino, prevalecendo a faixa etária acima de 30 anos de idade, com idade média de 36,3 anos, sendo jovens trabalhadores, no entanto, não principiantes no mercado de trabalho.

Identificamos que possuem um nível escolar acima do exigido pela Lei Federal 10.507 que regulamenta a profissão, e ainda, mais da metade dos participantes referiram a uma condição de desemprego antes de iniciar a ocupação atual. Como experiências anteriores, apenas duas entrevistadas referiram a atividades na área da saúde e uma realizava trabalho voluntário junto às famílias da comunidade.

Conciliam o trabalho com os trabalhos domésticos, a criação dos filhos, a relação conjugal e a busca de profissionalização. Assim, mantêm diariamente, uma jornada árdua, fruto de uma condição de sujeitos ativos e motivados a proporcionar melhores condições de vida a si mesmos, às suas famílias e as famílias que se responsabilizam.

Nosso estudo identificou que a profissionalização dos agentes comunitários de saúde tem ocorrido na área da enfermagem, sendo que mais da metade dos agentes comunitários de saúde buscaram e concluíram o curso de auxiliar de enfermagem. Porém, no momento da pesquisa não estavam exercendo as profissões referidas.

Ressaltamos que a qualificação e a profissionalização contribuem para a satisfação pessoal e profissional deste trabalhador, que tem buscado a construção da sua identidade, como também um crescimento humano e profissional. Em relação à sua prática, consideramos que este processo tende a ser enriquecedor, embora haja necessidade de articularmos cuidadosamente o saber popular e o saber técnico proporcionado por essa profissionalização, para que o primeiro não seja anulado, comprometendo a relação estabelecida com as famílias.

No entanto, vale apontarmos para o risco de reprodução dos agentes comunitários de saúde em técnicos de saúde puramente, e não cidadãos, quando

não há a reflexão da formação e capacitação segundo a perspectiva da Atenção Primária à Saúde.

A idéia de um trabalho simplificado é banida do seu cotidiano, e busca, com essa prerrogativa, expor o quão complexo é o seu trabalho.

Na complexidade do seu trabalho, lança mão de inúmeros instrumentos, tratados segundo Merhy (1997), por tecnologias em saúde. É possível identificar as tecnologias duras e leves-duras no seu trabalho, como as metas, as normas, o saber que vem sendo adquirido. No entanto, diferencia-se do conjunto de profissionais da equipe de saúde da família, por desenvolver, com muita propriedade, as tecnologias leves em seu trabalho. Tratamos aqui da humanização na relação profissional/profissional e profissional/usuário, da escuta solidária, do papel de terapeuta comunitário, do acolhimento que realiza a cada interação com o usuário e com as famílias e da mediação que desempenha ao trazer as demandas dos usuários para dentro dos serviços de saúde e quando busca inserir os outros profissionais no trabalho extramuros.

O estudo nos revelou que o agente comunitário de saúde, para falar do seu trabalho, remete-se ao trabalho em equipe. Para ele, seu trabalho é parte integrante de uma engenhoca, não se processa isolado.

A concepção de trabalho em equipe que esse trabalhador possui, mostrou-se, em alguns momentos, um pouco idealizada, e entendemos que essa idealização traz expectativas que podem ser difíceis de serem atingidas, portanto, ele

frusta-se e sofre. Torna-se um trabalhador insatisfeito e busca no trabalho extramuros minimizar essa insatisfação.

A difícil tarefa de reorganizar a atenção à saúde não pode estar somente a cargo do agente comunitário de saúde, sendo necessário que todos os envolvidos sintam-se responsáveis por esse processo. Podemos ressaltar que a construção da Saúde da Família encontra-se em pleno processo, e o agente comunitário mostrou-se envolvido com a mudança de modelo assistencial quando, num processo educativo, promove aos alunos de graduação de diversos cursos técnicos e universitários da área da saúde e mesmo com os profissionais que estão envolvidos na Saúde da Família, a realizar uma atenção à saúde humanizada.

A prática revelada pelo agente comunitário de saúde preocupa-nos. A preocupação está no sentido da poda do seu núcleo de competência, a promoção da saúde, ou seja, o fato da equipe acreditar que este trabalhador não domina o saber técnico, identificado em suas falas quando colocam a não possibilidade de organizar e conduzir grupos educativos nos Núcleos de Saúde da Família.

A formação recebida tem sido a reprodução da formação que os outros membros da equipe de saúde da família receberam e a supervisão, entendida por nós, como apoio e auxílio no dia-a-dia do trabalho, não tem ocorrido desta forma, ficando mais na observação do cumprimento das metas. Somando todos esses fatores, classificamos essa situação como oportunidades perdidas de trabalho, no

sentido de inibição do trabalho do ACS com ações educativas e promocionais intra e extramuros.

Na situação acima descrita, o agente comunitário de saúde silenciando-se ou secundarizando-se, tende a ser responsável também, tornando-se um agente operacional. Assim, faz-se necessária uma ampla reflexão e discussão para a reversão da mesma.

Destaca-se, na prática contextualizada, seus investimentos na formação de profissionais da saúde sob a ótica de um novo modelo assistencial à saúde, e podemos inferir que estes possuem uma atribuição diferenciada dos demais agentes comunitários, sendo, **a participação na formação de recursos humanos para a Saúde da Família.**

Em se tratando de um trabalho integrado, e não isolado ou agrupado, não há como pensar somente no agente comunitário. Assim, sugerimos que a equipe de saúde da família seja capacitada e formada cotidianamente, sendo sensibilizada para a necessidade da reversão do modelo assistencial, estimulada a mobilizar o conjunto e recebendo embasamento técnico sem anular o conhecimento e a experiência de cada sujeito. Faz-se necessário abrir, ou aproveitar, os espaços de escuta e de integração, proporcionando conhecimento do projeto e das individualidades e por fim, faz-se necessário cuidar de quem cuida, de quem lida com vida. Oferecer à equipe uma supervisão externa, proporcionando momentos

de reflexão e integração para buscarem a autonomia, a qualidade da assistência e a sonhada mudança no setor saúde.

Finalmente, entendemos que neste estudo pudemos apreender elementos importantes para reflexão da atenção à saúde das famílias e organização das equipes de saúde da família, porém há limites, despertando a necessidade de estudos posteriores.

6. REFERÊNCIAS

AGUIAR, D. S. **A 'Saúde da Família' no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma?** 1998. 160 f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1998.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M.; PEDUZZI, M. A pesquisa em enfermagem fundamentada no processo de trabalho: em busca de compreensão e qualificação da prática de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51.; CONGRESSO PANAMERICANO DE ENFERMERIA, 10., 1999, Florianópolis. **Resumos...** Florianópolis: Associação Brasileira de Enfermagem, 1999. p. 259-277.

BICHUETTI, J. **PSF e sociedade mundial de controle: por uma prática transversal de inclusão, cidadania e solidariedade.** Ribeirão Preto, 2003. (mimeo).

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

BRASIL. **Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002.** Dispõe sobre a criação da profissão de Agente Comunitário de Saúde, Brasília, 10 de julho de 2002. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saudefamilia/portarias>. Acesso em 24 out. 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: estratégia de organização dos serviços de saúde.** Brasília, 1996. (documento preliminar)

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios.** Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Educação para a saúde: plano estratégico.** Brasília, 1992.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos agentes comunitários de saúde.** Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde - atividades 1999.** Brasília, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACS.** Brasília, 2000a.

CAHUÉ, S. A. Entrevista e questionário. In: BZTÁN, A. A. (Ed.) **Etnografia: metodologia cualitativa en la investigación sociocultural.** Barcelona: Marcombo, 1995. (Serie de Antropología).

CAMELO, S. H. H. **Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família.** 2002. 109 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, F. E.; BELIZÁRIO, S.A. O PSF e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface-Comunicação, Saúde, Educ.,** Botucatu, v. 5, n. 9, p. 133-142, 2001.

CARVALHO, V. L. M. **A prática do Agente Comunitário de Saúde: um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapeacerica da Serra.** 2002. 150 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

COHN, A. As políticas sociais no governo FHC. **Rev. Sociol. USP**. São Paulo, v. 11, n. 2, p. 183-195, 1999.

COLLET N.; ROZENDO C. A. Humanização e trabalho na enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 189 - 192, 2003.

DOMINGUEZ, B. N. R. **Programa de Saúde da Família**: como fazer. São Paulo: Parma, 1998.

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

FLEURY, S. Novos Paradigmas para a saúde: SUS, Reforma Sanitária, Recursos Humanos. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, n. 48, p. 51-53, 1995.

FORTUNA, C.M. **Cuidando de quem cuida**: notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca-mutante para produção da vida. 2003, 236 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, 1994.

KANTORSKI, L. P. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde: algumas reflexões preliminares. **Rev. Latino-amer. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 5-15, 1997.

KLEIN, P.; WIEDER, S. Mediated learning, developmental level and individual differences: guides for observation and intervention. In: WILLIAMS, L. R.; FROMBERG D. P. **Encyclopedia of early childhood education**. New York: Garland, 1992. p. 17-21.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. 1998. 225 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MÉDICI, A. C. Uma década de SUS (1988-1998): progressos e desafios. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1999. cap. 3, p. 104-150.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. 310 p.

MERHY, E. E. et al. 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, E. E.; ONOCKO, R. (org). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. Cap. 3, p. 113-160.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1994.

MINAYO, M. C. S.; D' ELIA, J. C.; SUITONE, E. **Programa de Agentes de Saúde do Ceará: estudo de caso**. Fortaleza: UNICEF, 1990.

MINAYO, M. C. S.(org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 19. ed. São Paulo: Vozes, 2001.

MISHIMA, S. M. ALMEIDA, M. C. P.; VILLA, T. C. S.; FORTUNA, C. M.; KIMURA, M. L. R., FERREIRA, M. J. P. A relação universidade e serviços de

saúde - construindo possibilidades de trabalho. **Rev. Latino-amer. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 17-22, 1997.

MISHIMA, S. M.; ALMEIDA, M. C. P. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. **Interface-Comunicação, Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 150-153, 2001.

NAZARETH, E. R. Desenvolvimento da família. **Revista Ide**, São Paulo, n. 36, p. 19-21, 2002.

NUNES, M. O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. A.; HOMEN, C. R.; MELO, M. C. I. C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.

OLIVEIRA, M. S. A academia apostando na estratégia da saúde da família. **Rev. Bras. Saúde da Família**, Brasília, V. 1, n. 3, 2000.

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

PAULA, K. A.; PALHA, P. F. **Intersetorialidade**: uma vivência prática ou um desafio a ser buscado? O discurso do sujeito coletivo dos enfermeiros nos Núcleos de Saúde da Família do distrito oeste - Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2003. (mimeo)

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. 284 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEREIRA, W. A. B. Um psiquiatra, um projeto, uma comunidade. In: LANCETTI, A. (dir) **Saúde Loucura 7 - Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 95-102

POLIT, D. F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B. et al (org). **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1996. cap. 1, p. 29-47.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SILVA, J. A. **O agente comunitário de saúde do projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade?** 2001. 211 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SILVA, M. J. **Agente de Saúde: agente de mudança? - a experiência do Ceará**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997.

SILVA, M. R. F.; JORGE, M. S. B. Prática dos profissionais no PSF: representações e subjetividades. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 5, p. 549-555, 2002.

SOLLA, J. J. S. P.; MEDINA, M. G.; DANTAS, M. B. P. O PACS na Bahia: Avaliação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 51, p. 4-15, 1996.

SOUTO-DE-MOURA, L. C.; SOUTO-DE-MOURA G.M.S. Notas de aula sobre a evolução histórica de saúde no Brasil. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 94-103, 1997.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SUCUPIRA, A. C. S. L. Repensando a atenção à saúde da criança e do adolescente na perspectiva intersetorial. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 61-78, 1998.

TEIXEIRA, R. A.; MISHIMA, S. M. Perfil dos trabalhadores de enfermagem no PSF. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 3, p. 386 - 400, 2000.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". **Interface - comunicação, saúde e educação Interface-Comunicação, Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-94, 2002.

WAGNER, H. L.; WAGNER, A. B. P.; TAALBOLT, Y.; OLIVEIRA, E. Trabalhando com famílias em Saúde da Família. **Rev. Atenção Primária à Saúde**. Juiz de Fora, v. 3, n. 8, p. 10-14, 2001.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 6-19, 1999.

7. APÊNDICES

Apêndice A

Roteiro para entrevista com Agentes Comunitários de Saúde

Data:	Início:	Término:
-------	---------	----------

Nome:	
Data de nascimento:	Escolaridade:
Profissão:	Equipe/Microárea que trabalha:
Tempo de atividade:	Naturalidade:
Exerce outra atividade?	

- 1- Fale-me sobre o que você fazia antes de tornar-se ACS.
- 2- Como é trabalhar como ACS?
- 3- Como é para você trabalhar em equipe?
- 4- Comente sobre as atividades que você faz internamente no Núcleo?
- 5- Comente como é para você entrar em um domicílio?
- 6- Como é para você trabalhar com a comunidade?
- 7- Como é para você trabalhar com saúde da família?
- 8- Como é ser ACS para sua família?
- 9- Quais coisas você mudaria no seu trabalho de ACS? Por quê?
- 10- O que os demais membros da equipe deveriam saber mais sobre o seu trabalho como ACS?
- 11- Como é para você o trabalho do ACS em um núcleo que tem a função também de ensino?
- 12- Você recomendaria algum amigo (a) ou mesmo parente seu, ser ACS? Por quê?
- 13- Que planos tem para o futuro? Por quê?

Apêndice B

Termo de Consentimento

O estudo "O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto - SP", tem como objetivo identificar e analisar as concepções dos agentes comunitários de saúde sobre o seu trabalho em equipes de saúde da família, com vistas à reflexão e transformação das práticas de saúde em atenção primária. Para isso, os dados serão coletados através de entrevistas individuais seguindo as normas determinadas pela Resolução CNS 196/96 que prevê a obrigatoriedade do consentimento dos sujeitos envolvidos na pesquisa e a sua aprovação prévia por um Comitê de Ética em Pesquisa.

O desenvolvimento deste estudo não implica nenhum risco ou desconforto para as pessoas envolvidas.

Entre os benefícios, pode-se destacar uma melhor compreensão sobre esse agente de saúde, através do reconhecimento de concepções e expectativas sobre o seu trabalho, o que contribuirá para o desenvolvimento do trabalho em equipe e das práticas de saúde em atenção primária.

Neste sentido, foi assumido compromisso pela pesquisadora, de periódica informação sobre o andamento e os resultados do trabalho a serem apresentados às equipes.

Os dados pessoais somente serão utilizados dentro das finalidades da pesquisa, não sendo permitida sua identificação em nenhuma publicação ou encontro científico.

Os sujeitos envolvidos na pesquisa possuem, a qualquer momento, liberdade de perguntar e de questionar a pesquisadora sobre o andamento da pesquisa. Em

caso de desistência da participação no estudo, não haverá nenhuma penalidade, pois a participação é totalmente voluntária.

Assim sendo, Eu, _____,
identidade nº _____, após ter lido, recebido todas as explicações e esclarecidas todas as dúvidas, concordo em participar da pesquisa "O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto - São Paulo"

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura

Assinatura do Pesquisador

8. ANEXOS

Anexo A

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa CEP/CSE-FMRP-USP

Anexo B