UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

VIVIANE MILAN PUPIN

**Agentes Comunitários de Saúde: concepções de saúde e do seu
trabalho**

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo para a obtenção do Título de Mestre em
Ciências.

Área de Concentração: Psicologia.

Ribeirão Preto
2008

VIVIANE MILAN PUPIN

Agentes Comunitários de Saúde: concepções de saúde e do seu trabalho

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Dr.^a. Cármen Lúcia Cardoso.

Ribeirão Preto – SP
2008

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

Capa: “Morro da Favela” de Tarsila do Amaral

FICHA CATALOGRÁFICA

Pupin, Viviane Milan

Agentes Comunitários de Saúde: concepções de saúde e do seu trabalho. Ribeirão Preto, 2008.

169 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.

Orientadora: Cardoso, Cármen Lúcia.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Programa Saúde da Família. 3. Processo saúde-doença. 4. Psicologia da Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Viviane Milan Pupin

Agentes Comunitários de Saúde: concepções
de saúde e do seu trabalho.

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para a obtenção do
título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia.

Aprovado em: ____/____/____.

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Este trabalho recebeu financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP, processo número 06/57229-6 no período de março de 2007 a agosto de 2008 e da Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES no período de outubro de 2006 a fevereiro de 2007.

AGRADECIMENTOS

Aos **Agentes Comunitários de Saúde**, por aceitarem participar da pesquisa e pela receptividade, acolhimento e disponibilidade em compartilhar suas vivências no cotidiano do trabalho.

Aos **Núcleos de Saúde da Família**, que atenciosamente receberam-me e disponibilizaram o espaço da Unidade de Saúde para a realização da pesquisa.

À **Profa. Dra. Cármem Lúcia Cardoso**, por acreditar no meu trabalho e aceitar, desde a graduação, acompanhar minha trajetória enquanto aluna, psicóloga e pesquisadora. Cármem, mais que orientadora você é uma amiga que me ensinou e me ensina muito enquanto profissional e enquanto pessoa com sua dedicação, envolvimento, didática, atenção e acolhimento.

Às professoras doutoras **Cristiane Paulin Simon** e **Luciana Fioroni** pela disponibilidade em ler o trabalho e em compartilhar suas experiências e questionamentos em Saúde da Família, contribuindo muito para esse trabalho.

Aos **professores** e **funcionários** da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP pelo apoio durante meu percurso no Mestrado, especialmente à **Dra. Lúcia Barcelos de Souza** pelas sugestões e conversas enriquecedoras e também à **Isilda** pela postura sempre solícita e acolhedora.

Ao grupo de estudos (**Cármem, Nara, Karin, Ellen, Raquel**) pela disponibilidade em entrar em contato com o meu material e também pelo rico espaço de troca e de conhecimento.

À minha **família**, especialmente ao meu querido irmão **Gustavo** pela escuta, carinho, atenção e amizade. É sempre bom compartilhar com você, meu irmão, todos os momentos de minha vida e poder contar com sua presença constante e com sua cumplicidade.

À minha cunhada **Renata** pelas boas risadas e pela companhia.

Ao **Daniel**, pela cumplicidade, pelo amor e pela paciência em acompanhar-me em todos os momentos de “nossa” vida.

A todos os meus velhos e fiéis amigos da graduação que diretamente ou indiretamente participaram e participam dessa minha trajetória. **Rosana**, obrigada pelos momentos formais e informais de apoio nessa caminhada, pelo ombro amigo, pela receptividade em sua casa e pelas conversas descontraídas. **Consuelo**, mesmo um pouco mais distante fisicamente você continua sempre presente na minha vida, mostrando a cada dia a beleza de uma verdadeira amizade. **Carlinhos**, obrigada por compartilhar comigo as suas vivências profissionais e pessoais e mostrar-me a importância da seriedade e da paixão pela nossa profissão. **Gustavo**, pela acolhida do abraço, pela companhia incondicional nos tempos da faculdade e pelas sempre construtivas conversas. **Daniel**, pelas angústias compartilhadas no percurso da pós-graduação e pelas discussões produtivas.

Aos meus amigos de pós-graduação, companheiros de trabalhos, de disciplinas e de ricas discussões. **Larissa, Luciana, Rosana, Daniel, Júlia, Karen, Fernanda, Lílian, Carol, Idiane, Meire, Marcelen, Janaína e Luana.**

Aos amigos de longa data **Mitiko, Livia, Virgínia, Carina, Raquel, Breno, Giu, Rodrigo e Rafael** e aos amigos recentemente conquistados **Sarita, André, Daniele, Thales, Lilian, Marcos e Diego**, sempre presentes mesmo que distantes fisicamente.

A todos que diretamente ou indiretamente acompanharam e acompanham meu percurso.

À **FAPESP** e à **CAPES**, pelo apoio financeiro.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Marcações realizadas pela pesquisadora nas transcrições das entrevistas seguidas de seus significados.....p.53
- Quadro 2** – Dados relativos à idade, escolaridade e tempo de trabalho como Agente Comunitário de Saúde participantesp.53
- Quadro 3** – Tema “Concepções de saúde” e suas subdivisões com as respectivas definiçõesp.59
- Quadro 4** – Tema “Concepções do trabalho” e suas subdivisões com as respectivas definiçõesp.84
- Quadro 5** – Tema “Sobrecarga” e suas subdivisões com as respectivas definiçõesp.123

LISTA DE SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ACSs – Agentes Comunitários de Saúde

CSE/FMRP-USP – Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da

Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

RESUMO.....	xix
ABSTRACT	xxi
APRESENTAÇÃO	23
1. INTRODUÇÃO	27
1.1. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde	27
1.2. O Programa Saúde da Família	34
1.3. O Agente Comunitário de Saúde	38
2. OBJETIVOS	47
3. METODOLOGIA.....	49
3.1. Aspectos éticos	49
3.2. Participantes	50
3.3. O contexto do estudo	50
3.4. Trabalho de campo	52
3.5. Procedimento de Análise dos dados	54
3.5.1. Abordagem metodológica	54
3.5.2. Fundamentação teórica.....	57
4. RESULTADOS	59
4.1. “CONCEPÇÕES DE SAÚDE”	59
4.1.1. “Saúde para além do mal físico”	60
4.1.2. “Prevenção de doenças”	71
4.1.3. “Promoção da saúde”	76
4.2. “CONCEPÇÕES DO TRABALHO”	83
4.2.1. “Estabelecer o vínculo”	85
4.2.2. “Descobrir e passar informação para a equipe”	100
4.2.3. “Realizar orientações”	103
4.2.4. “Traduzir (linguagem leiga)”	110

4.2.5. “Ter ética”	113
4.2.6. “Remediar a situação entre equipe e comunidade”	119
4.3. “SOBRECARGA”	122
4.3.1. “Relacionamento com os usuários”	123
4.3.2. “Relacionamento com a equipe”	137
4.3.3. “Exigências do trabalho”	144
4.3.4. “Falta de recompensa”	149
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	159
ANEXOS	165
APÊNDICES	167

RESUMO

PUPIN, V.M. **Agentes Comunitários de Saúde: concepções de saúde e do seu trabalho.** 2008. 169f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

O Agente Comunitário de Saúde teve sua inserção expandida nacionalmente após seu trabalho tornar-se alternativa viável no combate à fome e à mortalidade infantil em regiões carentes. Sua inserção se dá no Programa Saúde da Família – que é uma estratégia de reestruturação e reorganização do nível de atenção primária. Tem como especificidades o fato de atuar na mesma comunidade em que vive e não ter como exigência para o ingresso na profissão a conclusão prévia de curso técnico na área da saúde. Esse estudo teve como objetivo analisar as concepções dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) a respeito de saúde e do seu trabalho. Para tanto, foram realizadas onze entrevistas abertas com ACSs, sendo as mesmas analisadas através dos princípios da Análise de Conteúdo, utilizando como referência teórica autores da saúde coletiva. A análise dos dados possibilitou o levantamento de três temas, a saber: “concepções de saúde”, “concepções do trabalho” e “sobrecarga”. As concepções de saúde descritas apontam para uma visão ampliada de saúde, englobando como determinantes da mesma o lazer, o trabalho, a moradia e infra-estrutura, a alimentação e atividade física, porém tais determinantes são descritos de maneira prescritiva, onde o profissional da saúde detém o conhecimento sobre o que é bom para o usuário. As concepções do trabalho envolvem tecnologias leves tais como escuta, acolhimento, vínculo e ter a linguagem leiga, demonstrando uma preocupação com um trabalho que envolva a humanização das práticas em saúde. Por outro lado, tais tecnologias são descritas muitas vezes como não suficientes em si mesmas, necessitando de ser acompanhadas por atuações mais técnicas como prescrições, encaminhamentos e resolução de problemas. No tema sobrecarga, além das exigências impostas ao trabalho dos ACSs e da pouca valorização do trabalho, descrevem-se as sobrecargas em lidar com o diferente e o alto envolvimento emocional com os usuários. Além disso, o trabalho em equipe também é apontado como sobrecarga por tal trabalho ser influenciado negativamente por questões pessoais entre os membros, sendo a equipe descrita como constituída apenas quando há laços de amizade ou afinidade entre os profissionais. Tal estudo contribui para compreensão da atuação desse profissional e de fatores determinantes de sobrecarga no trabalho do ACS. Estas compreensões favorecem o repensar as práticas do ACS e de toda a equipe de Saúde da Família, visando efetivamente concretizar a reorganização e reestruturação da atenção primária pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Programa Saúde da Família. Processo saúde-doença. Psicologia da Saúde.

ABSTRACT

PUPIN, V.M. **Community Health Agents**: concepts of health and their work. 2008. 169f. Thesis (Masters) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

The Community Health Agent work had its insertion nationally expanded after it became a feasible alternative in the fight against hunger and child mortality in underprivileged regions. It is inserted in the Family Health Program – which is a strategy used to restructure and reorganize the primary health care level. Its specificities include working in the same community in which one lives and not having the requirement of having concluded any technical education in health in order to start in the profession. The purpose of this study is to analyze the concepts of Community Health Agents (CHAs) concerning health and their work. To do this, eleven open interviews were performed with CHAs. The interviews were later analyzed by means of the Principles of Content Analysis, using authors on collective health as the theoretical framework. Data analysis made it possible to identify three themes: “health concepts”, “work concepts” and “overload”. The health concepts described point at a broader view of health, including as its determinants leisure, work, housing and infra-structure, feeding and physical activity, however, these determinants are described in a prescriptive way, in which the health professional detains the knowledge about what is good for the user. Work concepts involve soft technologies, such as listening, welcoming, bonding, and using a lay language, showing concern with work that involves humanization in health care practices. On the other hand, these technologies are often described as insufficient, and need to be accompanied by more technical actions, like prescriptions, forwarding, and problem resolution. Regarding the overload theme, besides the requirements imposed to the CHAs and the little value assigned to work, overload is described as dealing with the different and the high emotional involvement with the users. In addition, team work is also reported as an overload since this kind of work can be negatively influenced by personal issues among the members, and the team is described as being created only when there are friendship ties or affinities among the practitioners. This study contributes to understanding the work of CHA and the factors determining their work overload. These comparisons favor the rethinking about CHA practices and that of the Family Health team as a whole, with a view to effectively reorganize and restructure primary health care based on the principles of the Single Health System.

Keywords: Community Health Agents. Family Health Program. Health-disease process. Health psychology.

APRESENTAÇÃO

O interesse pela área da Saúde delineou-se durante minha graduação principalmente no período de realização dos estágios curriculares. Em 2003 iniciei, como aluna do quarto ano do curso de Psicologia, um estágio num Núcleo de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto.

Tal inserção como estagiária, que teve duração de dois anos, permitiu-me acompanhar diretamente o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Dentre as atividades do estágio participei das visitas domiciliares, das reuniões em equipe de discussões de família, de grupos de promoção de saúde e de seus planejamentos semanais e de um grupo de assessoria realizado por estagiárias de Psicologia junto à equipe do referido Núcleo.

Estar em contato com o cotidiano de trabalho dos ACSs possibilitou-me acompanhar algumas especificidades de tal trabalho bem como certas dificuldades enfrentadas na realização deste como, por exemplo, lidar com famílias muito diferentes entre si e diferentes também da concepção de família do próprio ACS; lidar com questões relacionadas à pobreza, violência e drogadição; alto envolvimento emocional com determinadas famílias; dificuldades em lidar com esse envolvimento e dificuldades no trabalho com a equipe de saúde e com outros ACSs da própria equipe.

A partir da experiência prática no Programa Saúde da Família emergiram questionamentos sobre a formação do psicólogo e seu papel na Atenção Primária à Saúde e indagações sobre o trabalho do ACS dentro do Programa Saúde da Família e sobre suas concepções de saúde, despertando meu o interesse em começar a sistematizar estudos que contemplassem tais questionamentos.

Assim, minha participação como psicóloga estagiária num grupo de promoção de saúde intitulado “Alegria de dançar” e realizado em co-coordenação com Agentes

Comunitários de Saúde possibilitou reflexões sobre as propostas de trabalho dos alunos-estagiários de Psicologia no PSF. Constantemente éramos indagados e solicitados por toda a equipe enquanto psicólogos estagiários a realizar atendimentos clínicos individuais quando, na verdade, a proposta do estágio era construir uma inserção inovadora centrada nas atividades de promoção de saúde e na tentativa de refletir sobre as questões “psi” presentes nas famílias usuárias através do trabalho em equipe. As reflexões sobre a prática do psicólogo estagiário e o interesse em dar visibilidade a tal prática resultou num capítulo no livro “Formação em Psicologia: desafios da diversidade na pesquisa e na prática” intitulado “A construção de grupos de promoção de saúde: repensando a prática profissional do psicólogo” de autoria de Viviane Milan Pupin, Cármen Lúcia Cardoso e Trude Ribeiro da Costa Franceschini.

Além disso, realizei minha Iniciação Científica pesquisando os sentidos que os ACSs atribuíam ao ser agente comunitário de saúde, que teve como fruto minha Monografia de Conclusão de Curso de Psicologia, realizada na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto e intitulada “Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de ‘ser agente’”, concluída em 2005. Tal estudo possibilitou um contato diferente com o universo dos ACSs, não apenas pautado pela minha experiência prática e concepções pessoais do trabalho deles, mas pelo interesse do conhecimento dos sentidos que eles atribuíam para esse trabalho na conversa comigo.

Tendo em vista o tempo de execução de uma Monografia de Iniciação Científica, foi possível explorar alguns sentidos sobre “ser agente comunitário de saúde” explicitados pelos ACSs, através da análise em profundidade de duas entrevistas.

Diante do meu interesse em continuar os estudos sobre o ACS e da disponibilidade de um material que já havia sido submetido a algumas leituras e considerado pertinente para novos estudos, decidimos explorar tal material, lançando um olhar mais sistematizado para as

questões que envolvem o trabalho do ACS e para as sobrecargas existentes na realização desse trabalho. Além disso, buscamos também analisar as concepções de saúde dos ACS – exploradas na realização das entrevistas, mas não analisadas na Monografia de Conclusão de Curso – entendendo que as concepções de saúde permeiam formas de atuação.

Minha experiência prática no Programa Saúde da Família foi norteadora deste caminho investigativo que, por sua vez, contribuiu não para prover respostas para todos os meus questionamentos, mas para viabilizar o compartilhamento de reflexões realizadas ao longo de todo este percurso.

1. INTRODUÇÃO

1.1. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde

O período de 1980-90 é marcado por uma profunda crise econômica, pela crise da Previdência Social e pelo processo de redemocratização do País. No plano econômico tem-se o rompimento com o Estado desenvolvimentista sustentado por uma aliança liberal-desenvolvimentista de corte conservador. A década de 80, conhecida como década perdida, é marcada pela deterioração da situação cambial, da aceleração inflacionária, da recessão e da ruptura de um padrão de crescimento apoiado na articulação entre Estado, empresas multinacionais e empresas nacionais privadas. Nesse sentido, o Estado que sustentou as elites nacionais passa a ser considerado o vilão da crise econômica, surgindo, assim, propostas neoliberais de um Estado mínimo (MENDES, 1995).

Anteriormente a esse processo, a Previdência Social passa, na década de 60, a não beneficiar apenas determinados trabalhadores (como era no sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões), mas com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social ocorre a extensão dos direitos sociais a todos os trabalhadores (DONNANGELO, 1975). A crise da Previdência Social no final da década de 70 ocorre devido aos altos custos dos serviços e baixa eficiência da assistência médica, à crescente insatisfação dos usuários e prestadores de serviços e ao grande número de fraudes no setor. Com o crescimento da urbanização e da deterioração das condições de vida tem-se o aumento da necessidade da utilização dos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que se impõe uma política econômica recessiva para tentar controlar a crise financeira na década de 80. Identifica-se a assistência médica como um dos focos geradores dos problemas financeiros da Previdência Social, buscando-se soluções reguladoras na saúde previdenciária (MENDES, 1995).

As transformações no cenário político, econômico e social brasileiro ocorrem no período de redemocratização do País. Com as campanhas para eleições diretas, instala-se a Nova República com a eleição do Presidente Tancredo Neves. Ocorre, assim, a transição de uma situação autoritária para um pacto democrático realizado entre as elites brasileiras (MENDES, 1995).

Nesse cenário histórico, intelectuais, profissionais da saúde e de outros setores iniciam um movimento onde questionam os efeitos do sistema econômico sobre o sistema de saúde e propõem novas formas de se conceituar e se fazer saúde, visando, principalmente, promover a democratização do acesso à mesma e a humanização do atendimento. Esse movimento ficou conhecido como Movimento Sanitário (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005).

Novas proposições no âmbito da saúde enfatizam mudanças do modelo assistencial priorizando ações de prevenção da doença e promoção da saúde.

Segundo Campos (1994b) a composição de diferentes modelos assistenciais não estão restritos a um conjunto de normas e regras, mas são “modos como são produzidas ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las” (p.53).

Mendes (1996) enfatiza que a uma mudança do modelo de atenção não deveria estar centrada unicamente na racionalização do sistema, constituindo-se também numa mudança estrutural. Nesse contexto, o autor propõe o que denominou “processo de construção social de um novo sistema de saúde” (p.234). Para tanto três mudanças seriam fundamentais, a saber: na concepção do processo saúde-doença, no paradigma sanitário e na prática sanitária. O processo saúde-doença mudaria de uma concepção com maior vinculação com doenças, seqüelas e mortes, relacionada à negatividade, ou seja, à ausência de doenças, para concepções mais ligadas à qualidade de vida, considerando a saúde em sua positividade.

A mudança no paradigma sanitário ocorreria através da superação do paradigma flexneriano centrado nos seguintes aspectos: no mecanicismo, ao comparar o corpo a uma máquina; no biologismo, ao enfatizar os aspectos biológicos do ser; no individualismo, ao considerar o indivíduo como foco de atenção; na especialização, através da fragmentação do corpo em partes cada vez menores; na tecnificação, com a incorporação cada vez maior da tecnologia nas práticas em saúde e no curativismo, ao priorizar ações curativas às práticas de prevenção e promoção. Conforme apontado, o autor propõe a construção do paradigma da “*produção social da saúde*” (p.239) que é como um circuito em que o agir socialmente poderá produzir/acumular saúde ou doenças (MENDES, 1996).

Finalmente, a mudança na prática sanitária ocorreria através da transição de uma prática centrada na atenção médica, na disponibilidade do maior número possível de serviços médicos individuais, com o objetivo de curar ou reabilitar o paciente através do uso crescente de tecnologias, para a de vigilância da saúde, que implica ação integral no processo saúde-doença, entendendo por ação integral as ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e atenção curativa (MENDES, 1996).

Cabe ressaltar que o repensar as práticas e o conceito de saúde não se constitui exclusividade do cenário brasileiro, sendo que em âmbito internacional foram realizados movimentos, onde as ações de promoção de saúde são privilegiadas na tentativa de reorientação dos modelos assistenciais, visando à redução de gastos e à melhora nas condições de vida. Dentre os vários encontros com essa temática e diretriz para a saúde, destacar-se-ão duas conferências que foram marcos na história da saúde, a saber: a Conferência de Alma Ata e a Conferência sobre promoção de saúde em Ottawa. A Conferência de Alma Ata sobre Atenção Primária à Saúde foi realizada em 1978, na qual foram priorizadas as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças (BUSS, 2003).

Sobre a promoção da saúde, Buss (2003) aponta que, para além das motivações ideológicas e políticas, ela surge como reação à acentuada medicalização da saúde. Segundo o autor, Sigerist (1964)¹ foi um dos pioneiros a referenciar o termo promoção da saúde ao definir as quatro tarefas essenciais da medicina, a saber: promoção da saúde, prevenção das doenças, recuperação dos enfermos e reabilitação.

Na década de 70 os países desenvolvidos são fortemente questionados sobre os impactos em saúde. Têm-se nesse cenário o crescimento da demanda por serviços de saúde ao mesmo tempo em que novas e caras tecnologias surgem. Inicia-se, então, um processo de regulação de recursos humanos e físicos e o sistema de saúde continua ineficiente e inequitativo. Novas concepções do processo saúde-enfermidade-cuidado surgem, articulando saúde e condições de vida (BUSS, 2003; HEIDEMANN, 2006).

Nesse cenário, surge o movimento moderno de promoção da saúde no Canadá em 1974. Divulga-se o documento denominado Informe Lalonde de autoria do Ministro da Saúde Marc Lalonde, que questiona a abordagem exclusivamente médica para as doenças e propõe os “determinantes da saúde”, decompondo o campo da saúde em quatro componentes, a saber: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde (BUSS, 2003; HEIDEMANN, 2006).

Apesar de o Informe Lalonde propor quatro determinantes da saúde, Simon (2003) analisando programas de promoção da saúde enfatiza a predominância do componente “estilo de vida” principalmente em programas criados na década de 70 e 80.

A abordagem de estilo de vida, segundo Simon (2003), responde à demanda da ciência moderna caracterizada pelo conhecimento (enquanto verdade absoluta) como algo adquirido através de apropriação, transmissão e informação. Nesse sentido, o profissional da saúde é o

¹ SIGERIST, H. The social sciences in the medical school. In: SIGERIST, H. (org) **The University at the Crossroad**. Nova Iorque: Henry Schumann Publisher, 1946.

detentor desse conhecimento e tem legitimado seu papel de determinar o que é melhor para os usuários.

Sendo uma perspectiva voltada para a doença, a abordagem de estilo de vida também cumpre a função de evitar gastos elevados com os tratamentos através de práticas de caráter preventivo. Além disso, tal abordagem é apontada como forma de transferir para os indivíduos a responsabilidade que deveria ser do governo, na medida em que aponta a forma como o indivíduo gerencia seu estilo de vida fundamental no desenvolvimento ou não de problemas de saúde (SIMON, 2003).

A transição epidemiológica das doenças infecciosas para as doenças crônico-degenerativas também contribuiu para a priorização da abordagem de estilo de vida, ao se tornar necessária a busca de modelos preventivos, além dos curativos, no intuito de evitar que o indivíduo pudesse desenvolver doenças e possibilitar ao mesmo tempo a promoção de sua saúde (SIMON, 2003).

Cabe ressaltar que os significados atribuídos ao termo estilo de vida nos programas de promoção da saúde diferem dos propostos por Lalond. Segundo ele, o indivíduo não tinha o total controle sobre suas decisões e seu estilo de vida não era determinante ou causa de uma dada doença. Por outro lado, foi como determinante e decisão pessoal e voluntária que o termo estilo de vida foi empregado (SIMON, 2003).

A referida Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde realizada em Alma-Ata teve uma ampla repercussão para a saúde pública e especificamente para a promoção da saúde, uma vez que reforçou as estratégias de promoção da saúde e privilegiou a reorganização dos serviços de saúde através da Atenção Primária. Tal conferência estabeleceu como meta “Saúde para todos no ano 2000”, recomendando para isso a adoção de oito elementos essenciais, a saber: educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle; promoção do suprimento de alimentos e nutrição

adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e distribuição de medicamentos básicos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978; BUSS, 2003; HEIDEMANN, 2006).

Na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986 na cidade de Ottawa, foi elaborada a Carta de Ottawa, que define promoção de saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua saúde e no controle da mesma. Nesse documento o conceito de saúde foi revisto e ampliado, sendo concebido como acesso à educação, alimentação, moradia, justiça social, emprego, ecossistema estável, paz e equidade, numa perspectiva biopsicossocial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

A Carta de Ottawa preconiza cinco campos de ação para a promoção da saúde, a saber: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986; BUSS, 2003).

A conceituação de promoção de saúde contida na Carta de Ottawa representa uma concepção moderna da mesma, enfatizando o papel dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, compreendendo, conseqüentemente, a necessidade de políticas públicas e ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e ressaltando a capacidade dos indivíduos e das comunidades (Sutherland e Fulton², 1992 apud BUSS, 2003).

Retomando as transformações ocorridas no cenário brasileiro, destaca-se a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), por contar, pela primeira vez durante uma Conferência Nacional de Saúde, com a participação da sociedade civil nas deliberações sobre

² SUTHERLAND, R.W.; FULTON, M.J. Health Promotion. In: SUTHERLAND, R.W.; FULTON, M.J. (org) **Health Care in Canada**. Ottawa: CHPA, 1992.

políticas de saúde. Além disso, pré-conferências estaduais foram incentivadas e houve ampla divulgação da temática a ser discutida na referida Conferência para a sociedade em geral (SCOREL; BLOCH, 2005).

Durante as discussões ocorridas na VIII Conferência Nacional de Saúde, o conceito de saúde também foi problematizado, sendo redefinido como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p.382). A saúde passa, então, a ser vista não mais em sua negatividade como a ausência de doença, mas insere-se uma dimensão social da saúde, devendo a mesma ser agora conquistada pela população através de suas lutas cotidianas.

Com o objetivo de reformular e reorganizar o Sistema Nacional de Saúde, foi proposta, ainda durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, uma ampla reforma sanitária que culminou com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ficou decidido que o Estado deveria gradativamente se responsabilizar pelo financiamento do sistema de saúde, através de uma ampla e profunda reforma tributária (BRASIL, 1986).

Segundo Mendes (1995), a VIII Conferência Nacional de Saúde “constitui o momento apical de formatação político-ideológica do projeto de reforma sanitária brasileira” (p.42). O autor define o que entende por reforma sanitária:

um processo modernizador e democratizante de transformações nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive eficiência, eficácia e equidade (MENDES, 1995, p.42)

A Constituição da República Federativa do Brasil em 1988 foi denominada “Constituição Cidadã” e considerada um marco na redefinição das políticas públicas na área da saúde, concebendo a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Tal Constituição aponta como princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde a **universalidade**, a **equidade** e a **integralidade**, ou seja, todo brasileiro tem direito ao acesso às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Além disso, é proposta como diretriz a composição de uma **rede regionalizada** onde os municípios têm autonomia para administrar seus recursos, investindo de acordo com as necessidades locais; **a hierarquização** com a organização do serviço de saúde através de níveis crescentes de complexidade tecnológica; **descentralização**, com direção única em cada esfera de governo e a **participação social**.

Segundo Borges (2002), a criação e regulamentação do Sistema Único de Saúde foram um marco na história da Saúde Pública, uma vez que foi a “primeira ferramenta legitimada e garantida em lei para a construção de uma saúde digna, humana, eficaz e universal” (p.9), representando um ganho não só para a população que estava prejudicada no acesso à saúde, mas também para toda a sociedade, na conquista de um direito básico. A autora comenta que o SUS vem tendo dificuldades em sua implementação e uma das várias justificativas é a de que a cultura hegemônica da saúde no Brasil ainda tem como base o tratamento individualizado e voltado para a supressão de sintomas clínicos.

1.2. O Programa Saúde da Família

Nesse contexto de mudanças na área da saúde, foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), que tem como foco principal oferecer ações de prevenção da doença e promoção da saúde aos indivíduos e à família, de forma integral e contínua, ao contrário do modelo tradicional centralizado na doença e no hospital, que privilegia ações curativas e uma medicina de alto custo (BRASIL, 2000).

O Programa Saúde da Família foi considerado a proposta de mais largo alcance para a organização da Atenção Primária à Saúde e sofreu influências diretas de outros modelos de saúde, principalmente do canadense, do cubano e do inglês. Origina-se através do Programa de Agentes de Saúde, instituído pela Secretaria de Saúde do Ceará em 1987, como parte de um programa de emergência de combate à seca que, por seus resultados satisfatórios, teve uma ampla repercussão política, expandindo-se para todo o País como programa permanente com a denominação de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Com a implantação do PACS, a família, ao invés do indivíduo, passa a constituir-se foco das ações em saúde (MENDES, 2002).

O PACS foi elaborado numa perspectiva prevencionista para resolver a dificuldade de acesso aos serviços e a falta de credibilidade na prestação dos serviços públicos de saúde, de informação sobre cuidados básicos de saúde e falta de resolutividade na atenção à saúde. Tal situação era reforçada pela ausência de identificação entre comunidades e os serviços de saúde, buscando-se, assim, a figura dos Agentes Comunitários de Saúde como mediadores e articuladores entre serviço e comunidade (LIMA; MOURA, 2005).

Outra inovação promovida pelo PACS no fazer em saúde, constitui-se em, através das visitas domiciliares, não esperar a demanda surgir espontaneamente nos serviços de saúde, mas agir sobre a mesma preventivamente, mudando a organização e o atendimento à população (VIANA; DAL POZ, 1998).

Mendes (2002) aponta dificuldades na implantação do PACS que, apesar das repercussões positivas, isoladamente constituiu-se enquanto uma proposta de atenção primária seletiva, focado em regiões e pessoas pobres sendo, portanto, incompatível com os princípios do SUS. Além disso, sua operacionalização acabou por gerar uma demanda por serviços de saúde que exigiu tecnologia de maior densidade.

Como forma de disseminar as propostas bem sucedidas do PACS e tentar modificar algumas de suas incongruências surge o Programa Saúde da Família. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), o Programa de Saúde da Família tem os seguintes princípios: atuar em caráter substitutivo das práticas convencionais de assistência à saúde, caracterizando-se como porta de entrada do sistema local de saúde e visando à integralidade e hierarquização – compondo o primeiro nível de ações e serviços no sistema de saúde, garantindo o acesso a outros níveis de maior complexidade e responsabilizando-se pelo acompanhamento dos indivíduos e famílias em todo o processo de referência e contra-referência; territorialização e adscrição de clientela, atuando numa área específica e, conseqüentemente, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a comunidade e possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade tanto da equipe quanto da comunidade. A recomendação é de atuação em equipes multiprofissionais, sendo que cada uma deve ficar responsável por uma área onde residem entre 600 a 1.000 famílias, com limite máximo de 4.500 habitantes.

As equipes mínimas de saúde do PSF são compostas por um médico generalista (ou da família), um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, e quatro a seis agentes comunitários, residentes na própria comunidade em que atuam. Recentemente, as equipes passaram a incorporar um odontólogo e um atendente de consultório dentário ou um técnico de higiene bucal. Além disso, outros profissionais como assistentes sociais e psicólogos também podem ser incluídos, de acordo com as necessidades do local no qual a equipe se encontra inserida (BRASIL, 2000).

O PSF emerge, portanto, como uma tentativa de reestruturar e reorganizar o nível de atenção primária e, conseqüentemente, de ser um instrumento para viabilizar a execução das propostas e doutrinas do SUS.

Apesar da denominação “Programa”, o PSF não possui as mesmas especificidades dos outros programas criados pelo Ministério da Saúde, uma vez que não se constitui enquanto

uma intervenção vertical em problemas ou grupos específicos, como, por exemplo, o Programa de Aleitamento Materno. O PSF se constitui enquanto “estratégia” para programação e organização das atividades de saúde como um todo de um território determinado, com o objetivo de enfrentar e resolver problemas identificados nesse território específico.

Cabe à equipe de saúde da família realizar um levantamento de indicadores epidemiológicos e sócio-econômicos, através das visitas domiciliares, realizando o cadastramento das famílias da área de abrangência e o seu contínuo acompanhamento, visando planejar ações/intervenções em saúde de acordo com a necessidade do local (FRANCO; MERHY, 1999). O olhar da saúde focalizado na família amplia as perspectivas de ação em saúde e de relação com a comunidade, tornando o trabalho em saúde mais complexo pelas especificidades e peculiaridades de cada família.

Além disso, com a proposta da descentralização das ações do PSF, as tomadas de decisões devem ser mais horizontalizadas, buscando maior participação e coresponsabilização da população, através do vínculo e laços de compromisso entre equipe de saúde e comunidade, rompendo, assim, com as posturas mais hierarquizadas do modelo biomédico.

Silva Júnior (2006), analisando a proposta “Em Defesa da Vida” como forma de pensar os modelos tecnoassistenciais, cita princípios que norteiam a relação da Unidade de Saúde com os usuários e que são compartilhados pelo PSF, a saber: vínculo e responsabilidade, onde o vínculo entre usuário e equipe é personalizado, ao mesmo tempo em que se investe na promoção da autonomia dos usuários diante de questões de saúde; acolhimento, que seria o estabelecimento de uma relação humanizada pela capacidade da equipe em solidarizar-se com as demandas dos usuários; resolutividade, através da resolução

dos problemas dos usuários pela Unidade Básica, encaminhando somente o que ultrapassa sua possibilidade tecnológica.

Tendo em vista a recente implantação do PSF, alguns desafios na execução do mesmo podem ser apontados, a saber: a concentração do PSF em regiões mais carentes, como periferias urbanas, áreas rurais e pequenos municípios que acaba imprimindo ao PSF características de atenção primária seletiva e dificultando a execução da universalidade do atendimento; formação dos profissionais para o trabalho em Saúde da Família; o trabalho em equipe multiprofissional, sendo complexa a interação entre as ações dos diversos profissionais envolvidos e a delimitação da competência de cada profissional em particular e a dificuldade de superação do modelo médico hegemônico centrado na prática clínica curativista.

1.3. O Agente Comunitário de Saúde

Conforme descrito anteriormente, o Programa de Agente de Saúde teve início no Ceará e foi uma tentativa de fixar profissionais da saúde em locais sem recursos econômicos e sociais, atendendo a recomendações da Organização Mundial de Saúde de criar opções viáveis para amenizar os problemas de saúde da população (SILVA, 1997).

O slogan “a saúde bate à sua porta” criado pelo Governo do Ceará destaca a importância política do Agente de Saúde, a mudança preconizada do “fazer” saúde e sua posição estratégica junto à comunidade, já que tem acesso aos domicílios e pode estar ligado às famílias por laços afetivos e até de parentesco (SILVA, 1997).

O Programa de Agentes de Saúde do Ceará teve como objetivo geral melhorar a capacidade da comunidade de cuidar de sua própria saúde, focalizando ações de cuidados às mães e crianças, tais como redução de risco de morte no parto tanto das mães quanto dos bebês, incentivo ao aleitamento materno e redução de mortes causadas pela desidratação

resultante da diarreia, preconizando, para tanto, a atuação dos agentes de saúde juntamente com outros integrantes da comunidade que já executavam ações de saúde na mesma, como os curandeiros e as parteiras (SILVA; DALMASO, 2002).

A inserção do Agente de Saúde também é marcada por críticas, uma vez que no processo de municipalização, os prefeitos se limitaram a compor a equipe mínima exigida para tal processo e adotar o Agente de Saúde como elemento central da assistência à saúde – o que foi considerado uma substituição de profissionais de nível superior por uma mão-de-obra barata (SILVA, 1997).

Nesse sentido, os profissionais de nível superior receavam que tal substituição teria como consequência a queda da qualidade da assistência prestada à população pelo Agente de Saúde, denunciando, assim, o desinteresse do governo estadual quanto às demais categorias do setor saúde (SILVA, 1997).

Apesar da criação do Programa de Agentes de Saúde não ter sido um fato consensual, em 1991 expandiu-se a inserção do Agente de Saúde em todo o País através da criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, sendo firmado convênio entre a Fundação Nacional de Saúde, Conselho Federal de Enfermagem, Associação Brasileira de Enfermagem e Federação Nacional de Enfermeiros. Por pressões, em âmbito nacional, das entidades representativas dos diversos segmentos da enfermagem, os enfermeiros foram eleitos os responsáveis pelo acompanhamento e profissionalização do Agente de Saúde (SILVA, 1997).

A seleção dos Agentes de Saúde não poderia ser realizada através de concurso público convencional por conta da exigência de residir na comunidade assistida, optando-se, portanto, pela eleição dos mesmos realizada pela própria comunidade (SILVA; DALMASO, 2002).

Cabe ressaltar que o Programa de Agentes de Saúde teve como papel, além de minimizar os problemas de saúde, aumentar a oportunidade de empregos principalmente para

mulheres que puderam complementar a renda familiar ou até mesmo tornar-se a principal fonte de renda familiar (SILVA, 1997).

Segundo a referida autora, o Agente de Saúde encontra-se profissionalmente, no ponto entre a enfermagem e o serviço social, uma vez que desenvolve atividades dos dois campos de saberes – ações em saúde e ações de organização comunitária.

Pensando o enquadramento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em categorias profissionais como forma relevante para defesa de interesses corporativos, Nogueira, Silva e Ramos (2000) apontam duas interpretações, a saber: o ACS pertencer ao grupo de enfermagem por realizar cuidados de saúde para com as pessoas; o ACS ser um trabalhador genérico e incomum, entendido tanto como não sendo um profissional, quanto no sentido de que suas funções transcenderem o campo da saúde, por lidar com múltiplos aspectos das condições de vida da população, através de ações intersetoriais.

O ACS tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS. São consideradas atividades do ACS: a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade; a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; a realização de visitas domiciliares periódicas, para monitoramento de situações de risco à família e participação em ações que fortaleçam os elos entre setor da saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Uma característica peculiar dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) é o fato de pertencerem à comunidade em que trabalham e não terem como exigência para o ingresso na profissão a conclusão prévia de curso técnico específico na área da saúde. Pertencer à

comunidade pressuporia familiaridade com os problemas da mesma, permitindo realizar ações de educação em saúde, identificação de fatores de adoecimento e proposição de estratégias mais eficazes, resultando, conseqüentemente, numa maior eficiência de ações e conquista de confiança dessa comunidade. Tais trabalhadores são selecionados a partir do capital social de que dispõem – ou seja, da rede de relações sociais informais e estabelecimento de confiança entre os participantes dessa rede – facilitando os objetivos do PSF de obtenção de informações gerais sobre saúde e o atendimento básico em saúde da população (NUNES et al., 2002; LIMA; MOURA, 2005).

Inicialmente, no processo seletivo dos ACSs exigia-se ser alfabetizado e ser maior de dezoito anos de idade - além de morar na comunidade há pelo menos dois anos, conforme já citado. Atualmente, com reconhecimento da categoria profissional em 2002 através da Lei nº 10.507 e com a publicação da Lei nº 11.350 em 2006 que regulamenta as atividades do ACS, exige-se, residir na área em que irá atuar desde a data da publicação do edital do processo seletivo público, o Ensino Fundamental Completo e a conclusão com aproveitamento de curso introdutório de formação inicial e continuada (LIMA; MOURA, 2005; BRASIL, 2002; BRASIL, 2006).

Sob a forma de contratação dos ACSs, cabe ressaltar que, segundo Lima e Moura (2005), as relações de trabalho dos ACSs eram em grande parte terceirizadas, com repasse de verbas do Ministério da Saúde para a prefeitura que, por sua vez, repassavam para associações e/ou cooperativas, inexistindo vínculos empregatícios diretos com o Estado. Muitas vezes, em alguns municípios os contratos eram apenas verbais, implicando recebimento de um salário mensal, sem obrigações sociais e sem os direitos vinculados a um contrato formal.

Na tentativa de evitar a precarização do trabalho do ACS, começou-se a discutir a necessidade de regularização dos vínculos de trabalho desses profissionais. Sendo assim, de acordo com a Lei nº 11.350, a contratação de ACS deverá ser precedida de processo seletivo

público de provas ou de provas e títulos. Além disso, a referida lei veda a contratação temporária ou terceirizada de ACSs, salvo em situações emergenciais como no combate a surtos endêmicos (BRASIL, 2006).

A figura do Agente Comunitário de Saúde emerge, conseqüentemente, como um elo entre a comunidade e o sistema de saúde. Acredita-se que, por serem parte da comunidade em que vivem e para quem trabalham, conhecem melhor as necessidades desta, compartilham um mesmo contexto social e cultural e um mesmo universo lingüístico e, portanto, estão mais aptos a lutarem pelos direitos da comunidade (SILVA; DALMASO, 2002).

Nunes et al. (2002) apontam que o fato dos Agentes Comunitários de Saúde compartilharem o mesmo contexto com a comunidade aumenta a eficácia das ações de educação em saúde, uma vez que ajuda na identificação de causadores de adoecimento e o desenvolvimento de estratégias que facilitariam a adesão às recomendações médicas. Além disso, a entrada no mundo familiar é sinônimo de contato com a intimidade das pessoas, com o seu universo privado, trazendo novas construções relacionais e novos sentidos para essas relações. Pertencer à comunidade na qual trabalham torna as fronteiras entre ACS e comunidade menos rígidas, criando expectativas e definindo novos papéis.

Ferraz e Aerts (2005) explicitam que os ACSs, ao atuarem na mesma comunidade em que vivem, acabam por tornar mais forte a relação entre trabalho e vida social. Tais autores também citam a incorporação do ACS no trabalho em saúde como um fator de acréscimo nas oportunidades de emprego para populações de baixa escolaridade, uma vez que era necessário apenas saber ler e escrever para se candidatar ao cargo de ACS. Atualmente, conforme já mencionado, são candidatos aptos ao cargo aqueles que completaram o Ensino Fundamental.

O estudo conduzido por Pupin (2005) através de entrevistas com ACSs, aponta que o fato de ser um elo entre a equipe e a comunidade foi ressignificado pelos mesmos como sendo a “porta de entrada” para o serviço de saúde, ao mesmo tempo em que se constitui porta de

entrada para insatisfações da comunidade com o serviço de saúde. O morar na área de atuação profissional também foi abordado pelos ACSs que enfocaram o envolvimento emocional com a comunidade, mas que por outro lado tornam tênues os limites entre a vida profissional e particular do ACS, ou seja, o ACS nem sempre deixa de ser visto pela comunidade como ACS quando está fora do horário de serviço.

Pertencer à comunidade e trabalhar na equipe de saúde transformam os ACSs, segundo Nunes et al. (2002), nos atores mais intrigantes no que se refere à relação de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médicos-científicos. O fato dos ACSs conviverem com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde moram e o fato de trabalharem e serem formados a partir de referenciais biomédicos fazem deles veículos de contradições e, ao mesmo tempo, permitem-lhes realizar um diagnóstico profundo entre esses dois saberes e práticas. Sendo assim, tais autoras levantam a hipótese do ACS ter um papel híbrido e polifônico, possuindo uma posição estratégica de mediador entre a comunidade e a equipe de saúde, servindo ora como facilitador ora como empecilho nessa mediação.

Segundo Lima e Moura (2005) como características fundamentais para a atuação do ACS pode-se apontar a credibilidade, o ser confiável e ter liderança. Tais critérios transformam o capital social do ACS, ou seja, o conhecimento da comunidade e da realidade local, a liderança e a solidariedade como requisitos prévios às qualificações técnicas adquiridas num segundo momento com o treinamento continuado da equipe.

Em relação às expectativas de atuação do ACS, Nunes et al. (2002) explicitam haver um “fogo cruzado”, onde a comunidade espera uma atuação predominantemente pessoal e afetiva e a equipe de saúde espera do ACS uma prática mais técnica e pedagógica. Os ACSs, entretanto, somam à expectativa de conhecimentos técnicos a valores e conhecimentos que estão arraigados à sua cultura. Tais autores acreditam que o potencial transformador do ACS reside justamente na possibilidade de reflexão sobre o conflito entre práticas técnicas e

práticas mais pessoais e afetivas, permitindo uma abertura de fronteiras no que antes era restrito ao domínio único do saber e prática biomédica.

Ainda sobre a atuação do ACS, Silva e Dalmaso (2002) identificam duas dimensões principais: uma mais técnica, relacionada ao atendimento aos indivíduos e famílias, intervenção para a prevenção dos agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos e outra, mais política, não apenas de solidariedade à população e da inserção da saúde no contexto geral da vida, mas também no sentido de organização da comunidade e de transformação das condições de saúde.

Além disso, as funções dos ACSs de orientar as famílias na utilização dos serviços de saúde e informar a equipe sobre a dinâmica da comunidade, seus recursos e necessidades exigem conhecimento sobre o processo saúde-doença e outros saberes que os capacitem nesse processo de interação cotidiana com a comunidade e no levantamento de suas necessidades, demandando, ainda, uma interação entre esses saberes (NUNES et al., 2002).

Além das atribuições formais do ACS listadas pelo Ministério da Saúde e da ênfase no seu lugar estratégico junto à comunidade em que atua, Lunardelo (2004) em trabalho realizado na cidade de Ribeirão Preto, no interior do estado de São Paulo, com ACSs, acrescenta como potencial do trabalho do ACS o seu papel formador já que, no contexto do estudo, os ACSs trabalhavam em Núcleos de Centro Saúde Escola e, segundo a autora, participavam na formação/capacitação de estudantes de graduação, residentes e da equipe de saúde. A autora acrescenta que o ACS decodifica esse papel formador como a possibilidade de ajudar os estudantes e profissionais a lidarem com o lado humano, a terem contato com outra visão do processo saúde-doença, a serem acolhedores e solidários e a entenderem a família.

Silva e Dalmaso (2002) apontam, também, alguns desafios para o saber fazer e saber ser agente comunitário, dentre eles: a enorme variedade de contexto, exigindo flexibilização

em sua operação e nos processos e metodologias de preparação de pessoal; a amplitude das finalidades do Programa, exigindo ora uma vertente mais assistencial e de vigilância e ora de promoção de saúde e qualidade de vida; o desenvolvimento de tecnologia de trabalho adequada às necessidades; o trabalho em equipe; a identidade do agente, compondo dimensões técnicas e políticas do trabalho e a necessidade de uma formação adequada dos profissionais da saúde da família.

Diante desta complexidade, os autores destacam a importância de diversos aspectos, a saber: o desenvolvimento de planos integrados para a área social comprometidos com a equidade, o envolvimento dos agentes em atividades coletivas e comunitárias e a necessidade das supervisões dos trabalhos dos ACSs e de investimentos em pesquisa.

2. OBJETIVOS

Tendo em vista a reestruturação das práticas em saúde através da mudança do conceito de saúde, da implantação do Programa de Saúde da Família e da inserção do Agente Comunitário de Saúde no mesmo, busca-se através desse estudo analisar as concepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre saúde e sobre seu trabalho.

3. METODOLOGIA

3.1. Aspectos éticos

O projeto de Mestrado foi enviado ao Comitê de Ética do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (CSE/FMRP – USP) para apreciação, sendo o mesmo aprovado – protocolo 0203/CEP/CSE-FMRP-USP (Anexo 1).

O estudo foi realizado através de um banco de dados, uma vez que o material foi coletado durante a Monografia de Conclusão de Curso junto à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Para a realização da referida coleta foi enviada ao Comitê de Ética citado acima uma cópia do projeto de pesquisa de Iniciação Científica, sendo o mesmo aprovado – protocolo 0112/CEP/CSE-FMRP-USP (Anexo 2).

Antes da realização das entrevistas, os participantes foram esclarecidos a respeito dos objetivos do estudo, de sua participação voluntária, da gravação em fita de áudio e da posterior transcrição da entrevista, da possibilidade de interromper a entrevista a qualquer momento caso desejasse e da liberdade para não responder certos assuntos que não quisessem. Os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

Para a análise dos dados para o Mestrado, o Comitê de Ética solicitou que todos os participantes da pesquisa fossem contatados novamente para esclarecer os novos objetivos da pesquisa e pedir uma nova autorização para a utilização dos dados na atual pesquisa. Portanto, os participantes leram e assinaram um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

3.2. Participantes

Foram entrevistados onze Agentes Comunitários de Saúde de cinco Núcleos de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, vinculados à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo – FMRP – USP. Cada Núcleo de Saúde da Família referido possuía cinco Agentes Comunitários de Saúde, sendo vinte e cinco o número total de Agentes que trabalhavam nesses Núcleos. Foi realizado um sorteio aleatório de dois Agentes Comunitários de cada Núcleo, totalizando dez Agentes. Um ACS não sorteado demonstrou interesse em participar do estudo e optou-se por realizar essa entrevista, totalizando, portanto, onze entrevistas.

A realização das entrevistas ocorreu no período de maio a julho de 2004.

Cabe ressaltar que de acordo com a metodologia qualitativa de pesquisa, o número de participantes não tem a intenção de ser representativo do universo pesquisado, mas busca-se o aprofundamento e a abrangência da compreensão do objeto pesquisado, sendo que a amostra ideal seria aquela capaz de refletir a totalidade do problema nas suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2004). A amostragem qualitativa é considerada suficiente quando a mesma permite certa reincidência das informações.

3.3. O contexto do estudo

O estudo foi desenvolvido na cidade de Ribeirão Preto, situada na região Nordeste do Estado de São Paulo, a 313 km da capital e tem aproximadamente 550.000 habitantes (RIBEIRÃO PRETO, 2008).

O município de Ribeirão Preto está dividido em cinco Distritos de Saúde com o intuito de compatibilizar as necessidades advindas do crescimento do município com a melhora do acesso aos serviços de saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2008).

Os Distritos são regiões com áreas e populações definidas a partir de critérios econômicos, sociais e geográficos. Cada Distrito tem uma Unidade Básica Distrital de Saúde que funciona como referência de algumas especialidades para as Unidades Básicas de Saúde pertencentes ao Distrito (RIBEIRÃO PRETO, 2008).

A pesquisa foi realizada no Distrito Oeste (Sumarezinho), que é co-responsabilidade do município e da Universidade de São Paulo – USP e é composto por uma Unidade Básica Distrital de Saúde (referência para os Núcleos de Saúde da Família onde a pesquisa foi realizada), um Centro de Saúde Escola, um Centro Médico Social Comunitário, e sete Unidades Básicas de Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2008).

O Distrito Oeste (Sumarezinho) caracteriza-se por englobar uma área carente de recursos, abrangendo famílias com sérias dificuldades sócio-financeiras e também uma população de classe média e média-baixa com acesso mais amplo a recursos tais como assistência médica privada. A co-responsabilização da Universidade de São Paulo pelo Distrito de Sumarezinho acaba por acrescentar característica peculiar aos serviços: a prática de extensão através da oferta de serviços à população, recebendo, portanto, estudantes de graduação de diversos cursos oferecidos pela Universidade de São Paulo, tais como: medicina, enfermagem, odontologia, farmácia, psicologia, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia.

Sendo assim, os Núcleos de Saúde da Família onde a pesquisa foi realizada encontram-se no Distrito de Sumarezinho e, como os outros serviços-escola do referido Distrito, recebem estudantes de graduação que realizam estágios curriculares através do trabalho direto com os profissionais da equipe e usuários do Programa Saúde da Família, além de residentes de Medicina.

3.4. Trabalho de campo

A escolha pela entrevista deu-se por considerá-la um instrumento útil para apreender valores, crenças e opiniões e também para compreender relações. Neto (1994) conceitua a entrevista como sendo uma conversa a dois com propósitos bem delimitados, sendo, portanto, pretensiosa e não neutra.

Foram realizadas entrevistas abertas com os tópicos “conceitos de saúde” e “ser Agente Comunitário de Saúde”. Para tanto, utilizou-se da metodologia proposta por Figueiredo (1998) de evocação-enunciação-verificação. O momento de evocação consiste em pedir ao participante que reflita sobre o que acha mais relevante com relação ao tema proposto; a enunciação trata-se da redação das associações do participante pelo próprio participante e a verificação é a etapa de averiguação das enunciações redigidas.

Num primeiro momento foi realizado o estabelecimento de um “rapport”, onde algumas informações gerais sobre o participante foram coletadas, como por exemplo: idade, escolaridade e tempo de trabalho como Agente Comunitário de Saúde.

Em seguida, uma folha e caneta eram entregues ao participante e era pedido que o mesmo pensasse sobre ‘saúde’ e sobre ‘ser Agente Comunitário de Saúde’ e redigisse suas idéias. As associações redigidas pelos ACSs encontram-se no Apêndice 3.

Após a redação das associações, explicava-se que uma conversa se realizaria sobre o que o participante redigira, consistindo este, portanto, num momento de exploração das associações feitas. Nesse momento realizava-se a gravação em fita de áudio, previamente autorizada pelo entrevistado.

As entrevistas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora e, para evitar a possível identificação dos participantes, optou-se por identificá-los através da sigla “ACS” acrescida por um número que diferencia os participantes.

Para tornar a transcrição das entrevistas mais fidedignas ao momento vivenciado, algumas diferenças de entonações e expressões não verbais foram anotadas ao longo da transcrição no momento em que ocorreram. Cabe ressaltar que momentos como os de interrupção da entrevista aparecem escritos em *itálico* ao longo da transcrição.

Segue abaixo o Quadro 1 indicativo das marcações realizadas nas transcrições e seus respectivos significados e o Quadro 2 relativo às informações gerais obtidas dos ACSs participantes.

Quadro 1 – Marcações realizadas pela pesquisadora nas transcrições, seguidas de seus significados

Símbolo	Significado
Palavras escritas em negrito	Ênfase na voz; fala mais alto
(risos)	Momento de risos
...	Fala a palavra mais pausadamente
(pausa)	Pausa antes do início da fala ou no término de uma frase.
(...)	Recortes feitos durante a apresentação de trechos da transcrição na análise do material

Quadro 2 – Dados relativos à idade, escolaridade e tempo de trabalho como ACS dos participantes

ACS	Idade	Escolaridade	Tempo de trabalho
ACS1	28	Fundamental Completo	3 anos e 4 meses
ACS2	35	Médio Completo	3 anos e 4 meses
ACS3	53	Superior Incompleto/ Técnico Enfermagem	1 ano
ACS4	42	Superior Incompleto	1 ano e 7 meses
ACS5	21	Médio Completo	1 ano
ACS6	61	Médio Completo	3 anos
ACS7	31	Médio Completo	3 anos
ACS8	24	Médio Completo	1 ano
ACS9	44	Fundamental Incompleto	4 anos
ACS10	24	Médio Completo	3 anos
ACS11	42	Médio Completo	3 anos

Observa-se no Quadro 2 que a escolaridade dos ACSs participantes variou de Ensino Fundamental Incompleto a Superior Incompleto, com predomínio do Ensino Médio Completo (n=7). A idade variou entre 21 e 61 anos e o tempo de trabalho como ACS entre 1 a 4 anos, com predomínio de 3 anos ou mais (n=7).

3.5. Procedimento de Análise dos Dados

3.5.1. Abordagem metodológica

No presente estudo, optou-se pela Abordagem Qualitativa em pesquisa, uma vez que se entende que as concepções de saúde e do trabalho do Agente Comunitário de Saúde – objeto deste estudo – envolvem relações sociais e subjetividades cujos significados são passíveis de investigação através de tal abordagem.

Segundo Minayo (2004) as metodologias de pesquisa qualitativa são “capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais” (p.10).

Nesse sentido, a pesquisa social considera que o investigador não é neutro, ou seja, a própria escolha do objeto a investigar já é imbuída de interesses subjetivos e o seu olhar sobre o objeto também é marcado por suas concepções, pelos princípios de sua relação com a realidade.

Além disso, a pesquisa social é uma atividade de indagação e descoberta da realidade e, considerando que pesquisador e participante são sujeitos históricos, a atividade de aproximação da realidade nunca se esgota, já que esta realidade é construída sócio-historicamente (MINAYO, 2004).

Minayo (2004) cita que a pesquisa social, por ser produção do pesquisador, carrega suas concepções e subjetividades. A autora cita como critério de cientificidade da pesquisa social a objetivação que descreve como sendo o rigor no uso do instrumental teórico e técnico adequado ao que se pretende investigar, visando reduzir a incursão excessiva de juízos de valor na pesquisa.

Spink e Lima (2000) concebem o rigor como a “possibilidade de explicitar os passos da análise e da interpretação de modo a propiciar o diálogo” (p.102). Associam, portanto, o rigor da pesquisa à visibilidade dos passos da análise, sendo essa visibilidade o que as autoras ressignificam como a objetividade possível no âmbito da intersubjetividade.

A análise dos dados foi realizada utilizando-se princípios da Análise de Conteúdo, conceituada por Bardin (1977) como um conjunto de técnicas para análise das comunicações, utilizando-se de procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição do conteúdo das mensagens, com o objetivo de obter indicadores que possibilitem a inferência de conhecimentos dessas mensagens.

A análise de conteúdo foi realizada em três etapas, a saber:

- Pré-análise: consiste na leitura flutuante das comunicações, tomando contato exaustivo com o material e com seu conteúdo. Nessa etapa, realiza-se a constituição do *corpus*, organizando o material na tentativa de responder a normas de validade – exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Portanto, tal etapa consistiu na realização de leituras exaustivas das onze entrevistas realizadas, buscando organizar os conteúdos a serem analisados.

- Exploração do material: realiza-se essencialmente a codificação do mesmo, entendida como o processo de transformação dos dados, feita através de recortes, agregação e enumeração, permitindo atingir uma representação do conteúdo capaz de esclarecer o analista

acerca das características do texto. Nessa etapa, os conteúdos foram recortados e agrupados em categorias para facilitar a posterior interpretação.

- Tratamento dos resultados e interpretação: o pesquisador realiza inferências a partir da análise do material. Essa etapa constitui-se na análise propriamente dita, ou seja, a partir da categorização, recortes e agrupamentos elaborados foram realizadas interpretações sobre o conteúdo que se pretendia analisar.

Nesse estudo, optou-se pela análise temática, consistindo em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição (no caso de estudos quantitativos) pode significar alguma coisa para o objetivo analítico proposto. Segundo Bardin (1977, p.105) o tema é:

“... a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. O texto pode ser recortado em idéias constituintes, em enunciados e em proposições portadores de significações isoláveis”.

Para a construção dos temas e seus respectivos conteúdos utilizou-se o processo de categorização semântica. A categorização é um processo de classificação de elementos constitutivos de um conjunto através de diferenciação e posterior reagrupamento segundo os critérios previamente definidos.

Como critérios para construção das categorias, a referida autora propõe: a exclusão mútua, ou seja, um elemento não deve ser susceptível de ser classificado em duas ou mais categorias; a homogeneidade – um mesmo conjunto de categorias só pode funcionar com um registro e com uma dimensão de análise; a pertinência – a categoria deve estar adaptada ao material de análise escolhido; a objetividade e a fidelidade – as diferentes partes do material ao qual se aplicam as categorias devem ser codificadas da mesma maneira; e a produtividade – as categorias devem fornecer resultados férteis, ou seja, auxiliar no processo de análise dos dados de acordo com os objetivos da pesquisa.

3.5.2. Fundamentação teórica

Como fundamentação teórica utilizou-se estudos de teóricos da saúde coletiva, tais como Merhy (1997, 2002), Campos (1997), Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005), dentre outros.

Ao refletir sobre o trabalho relacional, Merhy (1997) descreve a micropolítica do trabalho em saúde, que enfatiza o espaço entre trabalhador/usuário como possível propiciador de escuta, de troca de informações, de mútuo reconhecimento dos direitos e deveres e espaço de decisões que podem resultar em intervenções pertinentes de acordo com as necessidades dos usuários, entendido pelo autor como *“um ser que em potência ‘deseja’ ser, deseja positivamente existir, ser mundo e parte dele”* (p.88).

Para Merhy (1997) a finalidade do serviço de saúde é centrar no usuário e intervir a partir de seus problemas e suas necessidades, visando à melhoria da saúde entendida como ganhos de autonomia no seu “modo de andar a vida”.

Em relação ao trabalho de maneira geral, Merhy (1997) diferencia o trabalho morto – que são produtos-meios (equipamentos) envolvidos no processo do trabalho e que são produtos de um trabalho humano anterior – de trabalho vivo – que está em ação, acontecendo e que pode fazer uso do trabalho morto, podendo, inclusive, utilizar-se de certa autonomia/autogoverno nesse processo.

O trabalho morto pode ser entendido como um trabalho destituído de sentido, do ato criativo e marcado pela automatização dos procedimentos ao passo que o trabalho vivo envolve o fazer criativo, permeado pela autonomia e pelo constituir-se sujeito no processo do trabalho.

Merhy et al. (1997) classifica as tecnologias que permeiam o processo de trabalho em saúde em: tecnologias leves, de relações que permeiam o encontro de subjetividades, a

saber: produção do vínculo, autonomização e acolhimento; tecnologias leve-duras que compreenderiam os saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde e tecnologias duras que envolvem as máquinas-ferramentas, ou seja, os equipamentos tecnológicos.

Para conceituar o trabalho em equipe – âmbito de inserção do ACS – Gomes, Pinheiro, Guizardi (2005) usam a metáfora da orquestra, ou seja, consideram que o agir dos profissionais de saúde de uma equipe, assim como o dos músicos de uma boa orquestra que trabalham em harmonia, deve ser um agir em concerto. Assim, deve-se superar a fragmentação atual presente no trabalho em equipe não homogeneizando práticas e saberes, mas garantindo a presença das especificidades relativas aos campos de saber profissionais a favor de um objetivo comum – o usuário. O trabalho - sinfonia - só ocorre com a presença de todos, mesmo que em alguns momentos determinados instrumentos sobressaíam.

Campos (1997) propõe os conceitos de núcleo e campo de competências e responsabilidades para pensar a relação entre os diversos profissionais da equipe e a constituição da identidade profissional de cada um. O núcleo compõe o conjunto de saberes e responsabilidades específicos a cada profissão, já o campo engloba os saberes e as responsabilidades comuns a várias profissões. Nesse sentido, as tecnologias leves poderiam (e deveriam) compor o campo de competências e responsabilidades dos profissionais de saúde.

Neste estudo utilizou-se como fundamentação teórica os estudos no campo da saúde pública sobre as tecnologias do trabalho, sobre o espaço relacional entre trabalhador e usuário e sobre o trabalho em equipe de saúde.

4. RESULTADOS

Através das leituras flutuantes e do agrupamento e reagrupamento do conteúdo das entrevistas, foram levantados três temas considerados relevantes para o objetivo da pesquisa, a saber: “Concepções de saúde”, “Concepções do trabalho” e “Sobrecarga”. Cada tema é composto por subdivisões que explicitam seus núcleos de sentido.

4.1. “CONCEPÇÕES DE SAÚDE”

O tema “Concepções de saúde” engloba as descrições realizadas pelos ACSs a respeito de saúde e seus determinantes. Além disso, os conceitos de prevenção de doenças e promoção da saúde também foram mencionados enquanto concepções de saúde. Sendo assim, o tema “Concepções de saúde” foi subdividido em “saúde para além do mal físico”, “prevenção de doenças” e “promoção da saúde”. Tais subdivisões serão pormenorizadas abaixo.

Quadro 3 – Tema “Concepções de saúde” e suas subdivisões com as respectivas definições.

TEMA “CONCEPÇÕES DE SAÚDE”	
SUBDIVISÕES	DEFINIÇÕES
Saúde para além do mal físico	Concepções de saúde que vão além da ausência de doenças, envolvendo ações a serem realizadas pelo indivíduo
Prevenção de doenças	Descrições de conceitos de prevenção de doenças
Promoção da saúde	Descrições de conceitos de promoção da saúde

4.1.1. “Saúde para além do mal físico”

“Saúde para além do mal físico” agrupou a temática da concepção de saúde não apenas como a ausência de doença, mas a saúde percebida de maneira ampliada, relacionada a fatores diversos como moradia, alimentação, infra-estrutura, lazer e trabalho. Nesse sentido, as concepções de saúde perpassam a saúde física, a saúde mental e a saúde social.

Não só na parte das doenças que às vezes entre aspas são... falsas doenças, mas às vezes a pessoa tá com problema emocional. Então ela quer conversar, ela quer pôr pra fora um problema que ela tem. É um desemprego, é um atrito na família, é um problema às vezes com o marido, com a filha, ou com o filho... (ACS3; linhas 29 a 33)

É porque eu acho assim, você ter saúde não é só você não ter uma doença, que você precise tomar um remédio e ir no médico. É um conjunto de coisas mesmo. Que você tendo um emprego, você tendo... podendo sustentar sua família, dando, pelo menos o básico do que comer, o estudo dos seus filhos. Tudo isso, esse conjunto de coisas, faz com que você também... tenha um pouco de saúde, né. (...) Eu acho que saúde não é só a ausência da doença mesmo. É um conjunto mesmo. (ACS7; linhas 4 a 12)

Falar em saúde para os Agentes Comunitários de Saúde entrevistados envolve, como relatado acima, mais que a preocupação com o biológico e com a medicalização. Os aspectos citados na concepção de saúde para além do mal físico englobam lazer, trabalho, moradia e infra-estrutura e alimentação e atividades físicas.

Os ACSs apontam o lazer como modo de manutenção da saúde. Como formas de lazer citam o passeio (sair de casa), a conversa e a atividade física realizadas para evitar o não estar só, para ter um tempo para si e também como uma forma de distração.

ACS9 – olha, por exemplo, o lazer, ele seria assim, a pessoa que ela sai de casa, vai passear, vai fazer uma atividade física, conversa com outras pessoas, ela vai ter mais saúde. Por quê? Porque como saúde física e como mental, né. Então, por isso que eu pensei num lazer.

PESQUISADORA – Então o lazer seria uma atividade física...

ACS9 – isso. Passear com a família, né, não ficar uma pessoa só isolada dentro de casa. Procurar integrar com outras pessoas, né.

PESQUISADORA – e em que sentido isso ajudaria na saúde da pessoa?

ACS9 – (...) *Que procurar um lazer, por exemplo, ir num clube, ir num cinema, num teatro, tá, numa atividade física... então é onde ela encontra com outras pessoas, ela vai ter mais amor à vida, né. Pegar, por exemplo, num clube, por exemplo, uma pega o pessoal da família, pega os filhos e vão. Entendeu?* (ACS9; linhas 5 a 25)

Você ter... você ter um lazer, você ter alguém... uma pessoa sempre pra você conversar, um grupo de amigos... Lógico, não que se você tendo tudo isso você não vai ficar doente, você vai ficar fora do risco de ter aí uma hipertensão, uma diabetes, mas a gente consegue levar melhor tudo isso. (ACS7; linhas 20 a 23)

*É... assim, que, é que eu penso, assim, que saúde, a pessoa **ter saúde**, eu acho assim, que não é assim, não estar doente, entendeu? Não tomar remédio, não estar doente. Saúde também, é a pessoa, assim, ter um lazer, tá bem com ela mesma, entendeu? Ela ter uma cabeça boa, tá de bem com a vida, ser uma pessoa aberta. Eu acho que isso daí influencia muito... também.* (ACS1; linhas 7 a 11)

O lazer é apontado como contraposição à saúde apenas como ausência de doença e também ao uso de medicamentos como a única forma de cura e de estar saudável. Nesse sentido, ter um lazer influenciaria o estado de saúde da pessoa, como forma de ajudar na cura de certas doenças (psíquicas, como a depressão) e, embora sem o poder de evitar algumas, como um forte apoio no enfrentamento da doença (agudas, como hipertensão e diabetes).

Além disso, o lazer é visto enquanto uma forma de evitar o isolamento, significado pelos ACSs como ruim. Nesse sentido, a saúde também envolve concepções de socialização, de integração com as pessoas, sendo, portanto, o isolamento social visto como um causador de possíveis doenças.

Que às vezes a pessoa tá doente e não é falta de... comida, é falta de ter um alguém pra conversar. É a angústia de tá sozinho, tá solitário, de não ter ninguém pra conversar, com quem dividir os problemas. (ACS2; linhas 23 a 25)

Porque às vezes a pessoa fica sozinha em casa, fica... pondo coisa na cabeça que não existe, doença. Coisas na cabeça que não existe. (ACS8; linhas 20 a 22)

E... e, por exemplo, na igreja as pessoas se juntam e é da comunidade, né. Procura fazer, por exemplo, quermesse, festa junina. Então, tudo isso é saúde, né. (ACS9; linhas 245 a 247)

A gente ter amigos. Eu acho que é isso viver bem. Você poder é... porque às vezes você acha que é... ter saúde é só não ter doença, né? Tipo assim “aí eu sou diabético, eu sou doente. Não tenho saúde”. Eu acho que não é isso. De repente você pode ter diabete, ser hipertenso... ser tudo isso e viver bem, né. Assim, você tem uma família que te acolhe, você tem participação na... com seus amigos, você pode passear. Eu acho que assim que... que não é certas doenças... que eu acho que impede você de viver bem, né (ACS11; linhas 6 a 11)

O estar sozinho é descrito como gerador de angústias por não ter com quem compartilhar suas vivências e, segundo os ACSs, cria um espaço vazio onde a pessoa fica pensando em coisas “*que não existe*” (sic). O ter amigos, família e até apoio em instituições comunitárias e/ou religiosas permite, segundo os relatos, que as pessoas vivam bem independente de terem uma doença diagnosticada. Nesse sentido, utilizam o conceito de “*viver bem*” (sic) na concepção de saúde que vai além da questão biológica, ou seja, é possível ter saúde mesmo estando com uma doença diagnosticada, desde que se viva bem. Tem-se a noção de enfrentamento do indivíduo a uma situação adversa (doença diagnosticada) através do aprender a conviver (bem) com tal doença tornando-se, conseqüentemente, uma pessoa saudável. Assim, a doença em si não é um fator impeditivo de ser saudável.

Luz (2007) aponta como uma das representações da saúde o poder romper o isolamento existente nas sociedades contemporâneas marcadas pelo individualismo. A saúde seria uma vitória contra a morte social, ressignificada como forma de sair do isolamento social provocado pela pobreza, pelo envelhecimento e pela doença. Assim, atividades que promovam o restabelecimento da comunicação, a criação de interações sociais através da formação de grupos e redes marcadas pelas relações de solidariedade, cooperação e apoio mútuo representam o ponto de partida para a renovação da sociabilidade.

O lazer também é apontado como uma forma de dedicar um tempo para si mesmo, aparecendo uma dicotomia entre tempo para o trabalho/ tempo para as interações seja com os

outros ou consigo mesmo. O lazer possibilitaria um não pensar em outras atividades e, conseqüentemente, um pensar em si.

*Às vezes a pessoa não tá bem com ela, né? Com ela mesmo, com coisas que acontece com ela, assim e... daí talvez podem até surgir outras coisas, né. Às vezes a pessoa não... não... dedica o tempo dela pra **nada**, nada pra ela, de bem pra ela: um lazer, uma descontração, **nada** e acaba ficando sobrecarregada e isso pode trazer problemas, né. (ACSI; linhas 41 a 44)*

Lazer é muito importante é... que, que assim, emenda com a saúde mental, né, com o estresse e com a ansiedade. Porque... você trabalha. Se você não tem um lazer no final de semana, você tem que ter um tempo pra você, pra você arejar a cabeça, distrair. É... esse trabalho em si, e a saúde em si, pra cuidar dela, pessoas que já tem problema é muito estressante. Então, já vive tomando medicação e não sei o que... “aí, eu tô gordo...”, “tô com hipertensão, tô com não sei o que...” então, a pessoa fica naquela ansiedade, né, naquele estresse. Então, ela tem que ter um momento de lazer, porque esse momento vai propiciar uma melhora pra ela. Na... não no lazer assim, vai tomar um chopinho, né, não é bem esse o lazer. Mas uma coisa controlada, né. Que faça bem a ela, assim, na medida certa. Que não a prejudique, né. (ACSI0; linhas 22 a 31)

Cabe destacar a cisão entre trabalho e lazer, uma vez que os relatos permitem inferir que o lazer não está presente no espaço do trabalho, ou seja, o trabalho é visto como algo destituído de lazer e, portanto, de prazer. Nesse sentido, tem-se uma impossibilidade de viver, de forma integral, o cotidiano como saudável, necessitando-se do lazer – descrito como uma atividade separada de qualquer outra realizada – como fuga de um cotidiano cheio de obrigações desprazerosas.

Sendo assim, o lazer perpassa a concepção de saúde entendida para além das questões biológicas/físicas, sendo entendido como uma forma de socialização, como uma atividade benéfica na medida em que permite à pessoa ter um tempo para si mesmo e também ajuda a manter a “cabeça boa/arejada” (sic) e, conseqüentemente, proporciona a permanência no trabalho. Porém, o lazer aparece descrito de forma controlada, ou seja, apenas é lazer o que os profissionais de saúde legitimam como saudável. Nesse sentido, o lazer passa a ser algo prescritivo, não permitindo ao outro a autonomia de decidir o que constitui lazer para ele próprio, mas impondo lazers tidos como saudáveis e, portanto, aceitáveis.

Os Agentes Comunitários de Saúde descrevem o lazer e, conseqüentemente, a socialização como formas de saúde relacionadas aos aspectos mentais do ser humano, ou seja, o lazer e o estar com outras pessoas são formas de cuidado aos aspectos psíquicos, tanto por evitar o aparecimento de danos quanto por amenizar as tensões vivenciadas no cotidiano, como forma de apoio ao enfrentamento à doença.

Nesse sentido, as “doenças da cabeça” são descritas em contraposição à doença física e como consequência de uma série de comportamentos que envolvem: ausência de relacionamentos entendidos como saudáveis, agressividade e presença de pensamentos ruins.

Eu acho, assim, que existe vários tipos de estar doente. A pessoa pode assim, tá doente, ser uma doença diagnosticada, uma coisa pra ela ir lá e tomar um remédio. Uma dor em tal lugar, um... uma pressão alta, entendeu? E, e pode ser, assim, também, uma coisa da cabeça... que disso daí também pode vir outras causas, outras coisas, pode vir outros problemas. (ACS1; linhas 24 a 28)

Tá doente mentalmente... é... tem as doenças do corpo, né... do corpo físico, mas, pra mim, tá doente às vezes, assim, eu tô são, não tenho nada, mas a cabeça tá a mil, tô pensando bobagem, é... não... não... não consegue um... ter, assim, um relacionamento com uma outra pessoa, tá sempre agressivo, tá sempre “p” da vida, tá querendo matar... matar o que tá na frente, entendeu? Isso, pra mim, é ser doente. (ACS2; linhas 38 a 42).

As “doenças da cabeça” (sic), em contraposição às “diagnosticadas”(sic) são descritas como não pontuais e não curáveis através da medicalização e como consequências de estar com o outro de forma não saudável. Além disso, as doenças psíquicas são apontadas como fatores determinantes de outros problemas, incluindo aí os problemas biológicos.

O cuidado da alma e do espírito é apontado como uma forma de cuidado psíquico contrapondo, novamente, a doença física à doença psíquica. Ainda, como já descrito anteriormente, a medicalização não é descrita como a única forma de se lidar com a doença psíquica.

A gente tem que cuidar também da alma. Da parte do espírito. Porque eu acho que quando você tá com alguma coisa, assim, por dentro, é pior do que quando você tá com uma hipertensão, quando você tá com uma diabete...

porque você sente mal e você sabe que é devido àquela doença que você tá. Então, eu acho assim, que é... é muito mais importante você cuidar da cabeça mesmo. (ACS 7; linhas 16 a 20)

Por exemplo, uma pessoa que tem depressão. Se ela ficar só na medicação, ela não vai sarar de jeito nenhum, porque remédio não vai sarar ela. Porque a pessoa não nasceu com a doença, né. Então, ela vai pegando com o estresse do dia a dia, a pessoa vai ficando dentro de casa e só fica tomando aquele anti-depressivo e não procura melhorar. Então, a gente como trabalha... a gente procura, às vezes, até é... dá esse lado pra pessoa, mostrar esse lado, né. (ACS9; linhas 17 a 22)

Nesse caso, a doença psíquica é descrita como “doença de dentro” e como algo que pode sentir, mas não se tem um diagnóstico claro e fechado seguido de medidas prescritivas/medicalizadoras. A doença psíquica é apontada como pior que a física, sendo o seu cuidado descrito como mais importante. Além disso, nesses relatos a medicalização da doença psíquica aparece como não suficiente para a melhora, uma vez que a doença não é constitutiva do ser humano. A doença mental é valorada negativamente em comparação à física, na medida em que esta pode ser conhecida, quer dizer, pode ser devidamente diagnosticada e medicada e a doença psíquica pode ser sentida, mas seu diagnóstico não é tão claro quanto o da doença física e, ainda, seu prognóstico revela a importância dos aspectos psicossociais.

A doença mental/psíquica/da cabeça é descrita pelos Agentes Comunitários de Saúde em contraposição à doença física, numa dicotomia do corpo e da psique como instâncias separadas. Apontamentos sobre como evitar ou amenizar a doença da cabeça são levantados, a saber: evitar pensamentos ruins, evitar a agressividade, ter bons relacionamentos, ter momentos de lazer e cuidar da alma/espírito. Cabe ressaltar que, da mesma forma em que os ACSs pontuam prescrições do que é ou não um lazer saudável, apontam também o que se deve ou não fazer para ter uma boa saúde mental também de forma prescritiva, evitando possíveis excessos – de raiva, de estresse, de inimizades etc.

Nesse sentido, cabe pensar as dificuldades dos profissionais em trabalhar com a doença mental e o quanto o diagnóstico e a medicalização são atitudes que, de certa forma, tranquilizam os profissionais de saúde na medida em que deixam a impressão de que se fez o que poderia ser feito. O mistério que circunda a doença mental (pela ausência de um diagnóstico claro e fechado) acaba por transformá-la em uma doença considerada mais difícil de lidar em comparação com as doenças físicas.

Ainda no tema “saúde para além do mal físico” os ACSs apontam como fator de saúde o trabalho que é descrito como saúde por permitir cumprir as responsabilidades assumidas para com a família e por constituir-se como forma de arejar a cabeça das pessoas.

É porque eu acho assim, você ter saúde não é só você não ter uma doença, que você precise tomar um remédio e ir no médico. É um conjunto de coisas mesmo. Que você tendo um emprego, você tendo... podendo sustentar sua família, dando, pelo menos o básico do que comer, o estudo dos seus filhos. (ACS7; linhas 4 a 7)

[Saúde] É ter um trabalho. Isso mesmo. Por exemplo, a pessoa tá meio... que não tem um trabalho, ela fica doente, né. Então, se ela tem um trabalho, que ela leve de comer pros filhos, pra família, claro que ela vai ter saúde, né. E junta tudo, porque o trabalho já areja a cabeça das pessoas, né, não deixa, né, tempo vazio. E o dinheiro que vai levar alimentação dentro de casa. A pessoa não fica com aquele estresse, né, também. Então, o trabalho também é saúde. (ACS9; linhas 167 a 172)

A valorização do trabalho é inerente na sociedade capitalista, na medida em que possibilita a aquisição de bens. Ter um trabalho representa a possibilidade de cumprir o seu papel de provedor ou de auxiliar na manutenção da família. O trabalho permeia a construção da identidade da pessoa, permitindo, inclusive, a sua inserção na sociedade enquanto consumidor.

O trabalho foi apontado como uma forma de arejar a cabeça das pessoas evitando a ociosidade. A cultura capitalista prega a produtividade e, conseqüentemente, a ociosidade é vista enquanto “vadiagem”, ou seja, enquanto um momento de não produtividade. Na sociedade capitalista o trabalho além de representar a possibilidade de cumprir seu papel de

provedor ou auxiliar na manutenção da família, também possibilita transformar o tempo em útil, caracterizando toda ociosidade como negativa.

Contraditoriamente, ao falarem do lazer como concepção de saúde, os ACSs apontam-no como forma de fuga ao trabalho, uma vez que o mesmo pode ser física e emocionalmente desgastante e, conseqüentemente, ser o responsável por doenças diversas.

O trabalho visto como forma de arejar a cabeça pode estar relacionado ao contexto sócio-econômico onde os ACSs entrevistados residem e trabalham, ou seja, num contexto marcado por dificuldades, ausências e carências o trabalho, independentemente de causar qualquer dano físico ou mental ao trabalhador, permite um poder de consumo que pode minimizar carências mais imediatas. Além disso, o trabalho, num contexto sócio-econômico de carências, pode constituir-se em oportunidade de encontro com outras pessoas, favorecendo o estabelecimento de vínculos (SOUZA, 2001).

Além disso, Luz (2007) aponta que o processo de globalização atuou nas relações de trabalho, precarizando-as e provocando um processo de exclusão social de grandes camadas populacionais. A questão das condições de vida, emprego, trabalho e qualidade de vida ressurge como lugar privilegiado de discussão na definição de saúde. Para muitos, ter saúde é poder trabalhar, não no sentido de ter força física para o trabalho, mas sim no sentido de estar empregado e, na melhor das hipóteses, ter estabilidade no emprego. Ter saúde significa, muitas vezes, não ter o direito de adoecer, já que isso pode representar a perda do emprego. Cuidar da saúde, portanto, implica manter o emprego e, conseqüentemente, a sobrevivência.

Os ACSs também apontam como “saúde para além do mal físico” questões ligadas às condições de vida da população tais como moradia e infra-estrutura.

É bem mais fácil, se você tem, assim, que nem eu coloquei - uma moradia decente – assim, com um mínimo de infra-estrutura. Ter uma rede de esgoto, né. Aí... morar numa área, assim... decente mesmo. Que tenha as infra... a infra-estrutura. Então, eu acho que tudo isso faz com que a pessoa é... se fortaleça mais. (ACS7; linhas 8 a 11)

Ah, por exemplo, o saneamento básico também é. Porque os lugar que não tem esgoto também. É saúde a residência que tem um esgoto, porque o céu aberto, você sabe, dá várias doenças, né. A hepatite, a verme, né, várias coisas. Então, isso daí também é saúde. (ACS9; linhas 175 a 177)

As condições de vida da população são percebidas pelos ACSs como um conjunto de fatores que fortalecem o indivíduo no enfrentamento de outras possíveis adversidades. Além disso, a infra-estrutura é pensada em contraposição à doença, ou seja, ter essa estrutura evita o contato com determinadas doenças.

Também foram apontadas como “saúde para além do mal físico” a questão nutricional e a prática de atividades físicas. A prática de atividades físicas aliadas a uma alimentação saudável é referida como responsável pela perda de peso e por evitar agravos em portadores de doenças crônicas como hipertensão e diabetes.

PESQUISADORA – e depois você falou que é comer bem, mas não em quantidade, mas em qualidade. Então, comer bem estaria relacionado com a saúde também?

ACS9 – também.

PESQUISADORA – e quando você fala em ‘não em quantidade...’, me explica um pouquinho melhor isso.

ACS9 – assim, por exemplo, em quantidade que eu falo é assim: tem pessoas que é obesa. Certo? Então elas falam assim: “mas eu não consigo emagrecer”, né. E aí tem pressão alta. E aí desenvolve uma pressão alta. A pessoa também não consegue fazer aquele regime alimentar porque? Ela não consegue... ela come, por exemplo três vezes... “ eu só como três vezes por dia e não consigo emagrecer”. Mas toda vez que ela come é aquele prato de comida. Você tá entendendo? Então, o que a gente orienta? Você tem que comer várias vezes ao dia mas pouco, né. Aí você se alimenta melhor. É... é, por exemplo, os alimentos é... em base de carboidrato de... é... aí meu Deus, esqueci como é que fala... alimentos que a gente precisa mesmo: verdura, legumes é... é... bastante verduras, frutas. Tudo isso daí a gente orienta eles a comerem. Mas assim, a fruta, verdura e legume você pode comer à vontade. Massa, pizza... claro que você pode comer, mas em pouca quantidade. Até a gente dá um exemplo assim, que a gente faz grupo de educação e saúde. Esses grupos mesmo é pra isso. Pra tá orientando as pessoas... e na residência a gente também faz. Como de hipertensão. Toda vez que eu vou fazer minhas visitas eu faço a orientação, né. De evitar comer um pouco de sal, né. Sobre isso daí. E sobre a alimentação que eu tava falando, é... a gente, por exemplo, quando vocês vão em festa. Vocês sabem se comportar em festa? Vocês não sabem, porque eu quero comer docinho, bolo... tudo ao mesmo tempo. Então, ou você escolhe uma coisa ou você escolhe outra, né. Ou se comer um docinho, ao invés de comer um inteiro, come metade, que você vai ficar satisfeita do mesmo jeito. Então é isso. É uma... a gente tem uma qualidade de vida melhor, mas como saber se

alimentar bem né. Porque, às vezes só come um prato cheio de comida, mas não come as coisas necessárias, né. Então é isso... o que o organismo da gente precisa, né. (ACS9; linhas 105 a 131)

PESQUISADORA - ...O que que alimentação saudável tem a ver com saúde?

ACS10 – uma alimentação saudável previne de você ter uma anemia, de você... ganhar... assim, de você comer coisas que não deve, você vai ganhar peso e isso contribui para uma hipertensão. Então, alimentação é muito importante tanto pra hipertensão, diabetes. A obesidade também é um problema que acarreta outros tipos de problema: colesterol, triglicérides... eu acho que contribui bastante uma alimentação saudável pra saúde.

PESQUISADORA – e exercícios físicos?

ACS10 – na ajuda da perda de peso é muito importante o exercício físico pra controlar a hipertensão, a diabetes. Ajuda bastante. O colesterol também. (ACS10; linhas 5 a 13)

PESQUISADORA – você colocou também perder peso...

ACS10 – é, perder peso é aquilo que eu te falei da alimentação saudável. Porque um puxa o outro. Você... é, uma pessoa obesa tem muito mais chance de ter hipertensão, de ter colesterol, de ter um enfarto. Então, você perdendo peso, assim, tando sempre no seu IMC correto, que é entre 23 e 25, você tá no parâmetro legal. Você não corre o risco de ter uma possível hipertensão. (ACS10; linhas 32 a 37)

A alimentação e os exercícios físicos aparecem como forma de evitar a aquisição de doenças ou o agravamento das mesmas. A alimentação aparece como devendo ser controlada tanto na sua qualidade (o que cada um come) quanto na sua quantidade já que a obesidade é apontada como um mal a ser temido, uma vez que pode ser a causa de várias doenças. Nesse sentido, prescreve-se a necessidade de manter sempre o Índice de Massa Corpórea (IMC) num intervalo considerado correto.

Desse modo, a alimentação e a atividade física também são descritas prescritivamente, ou seja, há uma forma correta de se alimentar e de se exercitar que passa a ser relacionada a práticas saudáveis. Leva-se pouco em conta, portanto, a autonomia da pessoa em saber e poder decidir o que comer e de que forma se exercitar ou não. Além disso, o contexto sócio-econômico da pessoa também não é levado em consideração, já que certos alimentos (como o “bolo”, o “docinho”) só estão disponíveis em determinadas ocasiões como, por exemplo, em festas.

Luz (2001) descreve que atividades e práticas anteriormente tidas como sociais passam a compor as atividades designadas como sendo de saúde. Sendo assim, esportes, dança, alimentação, dormir, caminhar e trabalhar compõem práticas de saúde. Além disso, a autora aponta como uma representação fundamental da saúde o comedimento, onde todo o excesso é visto como risco à saúde, sendo o próprio indivíduo apontado como culpado por não ser capaz de controlar-se.

A referida autora também aponta como modelos de saúde presentes atualmente a vitalidade/força/juventude/beleza, onde manter a saúde é manter a forma física, a vitalidade. Nesse sentido, a obesidade por si só já seria um não estar com saúde, sendo cada vez mais associada ao excesso de descanso, à inatividade física e, conseqüentemente, à falta de comedimento.

Sendo assim, os ACSs descrevem outros determinantes da saúde para além da questão biológica, mas tais conceitos ainda aparecem permeados por uma lógica prescritiva, deixando de considerar o contexto de vida do usuário e sua autonomia, inclusive enquanto participante ativo de seu processo saúde-doença.

Segundo Campos (1994a) o agir em saúde deve ter como foco a construção de sujeitos cada vez mais autônomos através da ajuda na compreensão, por parte do indivíduo, do seu processo saúde-doença, das relações sociais que influenciam tal processo e dos recursos potenciais para melhoria de suas condições de vida. Para Merhy (1997) saúde é a possibilidade do usuário ter cada vez mais autonomia no modo de andar a vida, alcançada através de processos de produção de atos de saúde “usuário-centrados” e não “procedimento-centrados”. Na mesma direção, Ayres (2001) aponta que a existência de um controle técnico – entendido aqui como atitudes normativas/prescritivas – não permite a emergência de subjetividades, transformando o sujeito em objeto de atuação.

Além disso, descrevendo suas concepções de saúde, alguns conceitos são naturalizados como ruins: afirmam a socialização como componente da saúde, naturalizando o “estar só” como algo que deve ser evitado por ser ruim, da mesma forma em relação ao trabalho, naturaliza-se o ficar parado (sem emprego) também como algo que deve ser evitado e sobre a alimentação e atividade física, consideram que qualquer excesso de peso é negativo do ponto de vista da saúde.

Relacionando a concepção de saúde ao comedimento, todo excesso acaba sendo descrito como doença: isolamento social, inatividade e excesso de alimentação, o que parece trazer novos problemas pela inabilidade de se estabelecer um limite entre o excesso e a falta: busca-se o não isolamento social pelo excesso de participação/pertencimento social, busca-se a não inatividade pelo excesso de atividade laboral e física e busca-se o corpo ideal pelo excesso de controle alimentar.

Nesse sentido, todo excesso é criticado utilizando-se, para tanto, normas rígidas a serem prescritas na tentativa de impedir ou amenizá-lo, sem uma reflexão sobre os seus possíveis significados ou determinantes.

4.1.2. “Prevenção de doenças”

A segunda subdivisão do tema “Concepções de saúde” denomina-se “prevenção de doenças”. Para os ACSs entrevistados, saúde também está relacionada ao ato de prevenir-se e, portanto, alguns conceitos sobre prevenção de doenças foram descritos pelos mesmos.

A prevenção em saúde é definida, segundo Czeresnia (2003), como intervenções voltadas para evitar o surgimento de doenças específicas e para reduzir sua incidência e prevalência na população. Ainda segundo a autora, o conhecimento epidemiológico moderno norteia o discurso preventivo que se utiliza da divulgação de informações científicas e de

recomendações normativas de mudanças de hábitos para controlar a transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos.

Os relatos dos ACSs apontam a prevenção como forma de evitar certas doenças e também de evitar agravos provocados por doenças através de um diagnóstico precoce.

Então, se você previne antes, aí com certeza a pessoa vai ter uma vida melhor, vai poder estar sempre... não que vá tá isento de ficar doente, mas pelo menos prevenir pra que não chegue na doença propriamente dita, né. (ACS2; linhas 10 a 13)

Pra mim, saúde é... a gente tá... em cima daquilo... – saindo fora dos padrões do hospital – saúde é aquilo que a gente pode conseguir pro pessoal, é... como eu já te falei, ajudar no que precisa, sem deixar agravar pra doença. Sempre procurar... conseguir... descobrir as coisas que o pessoal quer, sempre no começo, pra não ter um motivo de agravamento, não ter... complicações... Eu acho que é por aí. (ACS5; linhas 19 a 23)

Não deixar de cuidar de quem ainda tá doente. É... e também tentar ajudar eles a enfrentar o que já existe e não deixar acontecer outros tipos de problemas. Iniciar outros tipos de problemas, né. (ACS7; linhas 80 a 82)

A forma de evitar doenças e agravos aparece de forma diversificada: pode ser através do cuidado prévio; do conseguir recursos para a comunidade – ajudá-la no que precisa; e conseguir ajudar no enfrentamento da doença – através do cuidado ao doente. Porém, todas as formas descritas são subsidiadas pela concepção de que o diagnóstico e intervenção precoce evitam a ocorrência de uma doença ou a evolução de uma doença já instalada.

Em alguns trechos a prevenção de doenças aparece nos relatos dos ACSs principalmente como uma forma de atuação médica, ou seja, caberia ao médico (e não à outros profissionais da saúde) realizar as ações de prevenção.

*Então, eu penso assim: que muita gente procura, naquilo que eu te falei: quando tem alguma queixa, pra ajudar naquilo, curar e pronto. Eu acho, assim, que **não**, que a pessoa tem que aprender, aqueles que, por exemplo, que não fazem nenhum acompanhamento, **nada**, ir, assim, uma vez por ano, fazer suas rotinas normais, tal. (ACS1; linhas 101 a 104)*

*Pra mim, é porque a pessoa acha que saúde é só assim quando a pessoa tá doente, vai e procura um médico, toma medicação... às vezes toma, às vezes não toma e tal. Então, **pra mim**, a prevenção é que a pessoa procure um*

médico regularmente, faça um cuidado para que não precise estar doente para procurar o médico. (ACS2; linhas 7 a 10)

PESQUISADORA – e a prevenção seria a pessoa tá sempre procurando o médico... de não tá indo...

ACS2 – no médico não só quando ele tá doente. Que tá precisando da medicação. É procurar, é tentar conversar, expor os problemas, pra que não fique aquilo dentro dele angustiando. Porque isso, aí sim, vai se tornar doença, vai transformar isso numa dor, num... numa ferida, em alguma coisa. Então sabe, ela expor pra fora e tentar... solucionar isso pra não ficar guardando. (ACS 2; linhas 50 a 56)

É ir ao médico, porque a gente, mesmo que a gente tá bem a gente tem que tá fazendo um acompanhamento pra que... pra que a gente não seja pega de surpresa por um problema. Então, se a gente tá sempre fazendo o acompanhamento direitinho, se você corre o risco de ter uma hipertensão ou um diabetes, você tá com o seu acompanhamento em dia, então, você pega a doença logo no início. É até uma chance maior de você se tratar e viver uma vida mais, assim, mais tranqüila. Então, tem que ir ao médico. (ACS 10; linhas 15 a 20)

Nesse sentido, a prevenção aparece descrita como a realização de um acompanhamento médico regular, ou seja, o hábito de fazer *check-up*. Além disso, a prevenção também é descrita como forma de conversar, de expor problemas e, conseqüentemente, aliviar sintomas psíquicos que são ditos prejudiciais na medida em que podem causar doenças quando não “expostos para fora” (sic). Portanto, não somente os exames físicos feitos regularmente são apontados como forma de prevenção, mas também a possibilidade de ter um espaço de escuta.

As concepções de prevenção de doenças aparecem permeadas por uma vigilância constante através do auto-controle e auto-cuidado, descrita na pesquisa como evitar o surgimento de doenças ou agravamento de doenças estabelecidas mantendo-se afastado de fatores de risco e também pela procura rotineira dos acompanhamentos médicos. Não se deve negar os avanços e benefícios propiciados por tal vigilância, mas também não se pode deixar de mencionar o caráter ideológico de tais concepções: um processo de delegação de responsabilidades individuais com a saúde através da busca por controle contra os riscos (CASTIEL; DIAZ, 2007).

Sendo assim, a procura por atenção médica sem justificativas do ponto de vista clínico pode aumentar quantitativamente, uma vez que a prerrogativa da responsabilidade individual é a culpabilização e uma das formas de se evitar o sentimento ou a imposição de culpa é aceitar e subordinar-se ao que dizem os especialistas da saúde (CASTIEL; DIAZ, 2007).

A prevenção de doenças também foi definida como envolvendo um trabalho de orientação tanto com relação às doenças quanto com relação à necessidade de se fazer um acompanhamento médico.

Então, eu acho assim, saúde é as pessoas tem que ainda conscientizar que elas têm que prevenir, né, pra ter uma boa saúde. Então é isso. E isso é ao longo do tempo, porque né, porque começou isso há pouco tempo, não é de uma hora pra outra que vai conseguir o objetivo geral, mas é isso. É a pessoa aprender a conscientizar que ela precisa se cuidar para ela ter uma boa saúde. (ACS2; linhas 45 a 49)

*Não que ele não precise tá procurando médico. Não é isso. Porque tem que procurar também, mas, assim, já é um... porque muitas pessoas às vezes nem procura médico, mesmo que esteja doente lá em casa, ou na casa, não procura. Então a gente vai, **mostra** pra ele aquela situação, fala que ele tem que cuidar... e com isso, ele vai vendo que realmente ele tem que procurar, ele tem que vir, e... tenta solucionar o problema. (ACS2; linhas 87 a 91)*

Olha, de prevenção seria a questão, assim, de ori... de orientação pra que as pessoas, né, tenham... um seguimento, assim, médico... médico?... não só médico, como assim, relacionado a saúde. E que isso... quer dizer, principalmente o médico, né, pra evitar, assim, agravos na questão da saúde dele. Então, assim, prevenindo ele pode evitar muitas coisas. (ACS4; linhas 10 a 14)

A prevenção seria, por exemplo, a doença é o hipertenso que dá aquelas crises de hipertensão, que não toma medicação direito, não faz o regime alimentar direito, né. Então, ele tá doente, né. Então, já que ele tem a doença, eu vou fazer uma orientação na residência, pra ele não ficar doente. Por exemplo, se ele pegar... pra dá uma crise de hipertensão nele, ele pode dar um derrame, um AVC, o que que pode acontecer? Ele vai parar no hospital ou no pronto atendimento. Se eu fazer uma orientação pra ele, pra tomar a medicação na hora certa, todos os dias, porque a hipertensão é uma doença que não tem cura, que ele tem que... se ele tomar o remédio certinho ele vai controlar ela e não vai subir a pressão, né. E não vai provocar uma queda, por exemplo, pressão alta ela pode provocar queda de rim. A pessoa pode ter problema de rim. Ela pode ter derrame, né. Pode ter vários fatores aí que complica tudo. Então, pra ela não ter isso, eu vou lá, oriento sobre regime alimentar, pra ela não comer muito sal e ela fazendo certinho, a pressão dela não vai subir. E, por exemplo, problema emocional. Por exemplo, tem um senhor que outro dia, que ele fica muito nervoso, diz que a família vai lá e mexe nas coisas dele e ele não gosta, então a pressão sobe. O que que acontece? Então, você tem que pôr ordem na sua casa. “Oh, isso

daqui é meu. Eu não quero que mexe mais nas minhas coisas”. Então, parece que todas as vezes que ele vai lá as coisas dele tá mexido. Então, ele que tem que pôr ordem na casa dele. “Ó, essa gaveta é minha. Eu não quero que mexe nas minhas coisas”. Então, a pessoa que tem que caminhar sozinha, né. Então, é isso que a gente orienta pra ele. “Oh, sua pressão vai subir, o senhor vai ficar doente, né”. (ACS9; l linhas 188 a 207)

A prevenção de doenças, aí você entra com a orientação, já que o médico te passa, orientação de medicação, aí entra também a atividade física, a alimentação que tem que ser, assim, com menos gordura, com menos sal – que é assim que a gente traduz pra pessoa – fala “oh, não pode comer muita massa. Muito macarrão de domingo. Come só um pouquinho. Não come muita feijoadada.” (ACS10; linhas 255 a 259)

A prevenção é baseada numa orientação realizada de forma prescritiva, ou seja, há uma série de normas/regras do que é permitido e do que é proibido ou que deve ser evitado. Sendo assim, em contraposição à descrição da prevenção de doenças como atuação exclusivamente médica através de exames de rotina, a mesma passa a ser descrita como uma atividade de orientação que pode ser realizada por outros profissionais e que, além disso, depende de uma conscientização/aceitação da prescrição por parte do outro.

Listar normas de como o usuário deve andar a vida pressupõe uma concepção de prevenção de doenças ainda pautada no estilo de vida, ou seja, a descoberta pela ciência de condições não saudáveis de vida, como falta de exercícios, uma dieta pobre, abuso de certos produtos, exposição a produtos químicos de risco, fez com que a preocupação da saúde pública se voltasse para o implemento de iniciativas educativas que visassem informar indivíduos de como mudar seus hábitos de vida para evitar doenças (PETERSEN; LUPTON, 1996).

Além disso, a descrição dos ACSs sobre as diversas atuações profissionais para prevenção de doenças possibilita pensar na dificuldade de se realizar um trabalho de prevenção em equipe, onde cada profissional poderia ter uma atuação diversa desde que as mesmas fossem planejadas conjuntamente, pensando na possibilidade da complementaridade entre tais atuações. Além disso, práticas de convencer o usuário a aderir às orientações

denotam atuações pouco voltadas para a pessoa inserida num determinado contexto sócio-econômico-cultural e, portanto, portadora de necessidades e potencialidades diversas.

Em contraposição à prevenção de doenças restrita aos procedimentos médicos, a prevenção foi descrita como dependendo de uma postura ativa de cada um e ao mesmo tempo de todos para a busca de conhecimento sobre os recursos existentes para possíveis transformações.

PESQUISADORA – e o que que seria prevenir?

ACS6 - prevenir? Por exemplo, a gente pode fazer isso – e pra isso nós somos agentes, eu digo assim, não agente comunitária, todas as pessoas são agentes, né. Agentes pra que as pessoas tenham informações, tenham formação, conheçam o que pode ser feito, entendam o que não podem, né, e consigam promover através de... comunitariamente, de suas relações onde ela vive e fora dela, onde ela achar recursos. (ACS6; linhas 17 a 22)

Nesse sentido, a prevenção é descrita como dependente da mobilização social no sentido de busca de informações sobre seus direitos, visando conquistar recursos através de ações intersetoriais e também dentro da própria comunidade.

4.1.3. “Promoção da saúde”

A terceira subdivisão de “Concepção de saúde” denomina-se “promoção da saúde” e engloba descrições dos ACSs de conceitos de promoção da saúde.

Segundo a Carta de Ottawa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986), promoção da saúde consiste na capacitação comunitária para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, envolvendo para isso uma maior participação no controle desse processo. Definem-se cinco campos de ação da promoção de saúde, a saber: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço das ações comunitárias, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorganização do sistema de saúde.

Nesse sentido, promoção da saúde envolve a idéia de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a complexidade de fatores condicionantes da saúde. Envolve para além de medidas técnicas e normativas ligadas ao conhecimento científico, construção da capacidade de escolha e utilização dos conhecimentos (CZERESNIA, 2003).

Nas entrevistas realizadas, a promoção da saúde é descrita enquanto forma de socialização, ou seja, através de grupos desenvolvidos pela equipe de saúde promove-se a formação de uma rede de apoio social entre os moradores da comunidade. Além disso, a promoção da saúde também é descrita como forma de oferecer atividades às quais a comunidade dificilmente teria acesso.

PESQUISADORA – e... quando você fala de tá promovendo a saúde, o que seria promover a saúde?

ACS7 – ah, eu acho que é esses grupos de convivência que a gente tem aqui no núcleo, né. Que nem os cursos que tão acontecendo de... de macramê, de ponto-cruz, fuxico... isso é uma promoção, né. Nós chegamos a fazer cinema, sessão de cinema uma vez por semana, baile. Então, isso tudo é promover, porque tem muita gente que não sai porque não tem dinheiro pra pegar o ônibus e ir até o cinema, então, tando aqui pertinho eles vem. E vem fazer o curso, tá saindo de casa, tá conhecendo outras pessoas. Às vezes mora tudo aqui, no mesmo bairro e um não conhece o outro. E através aqui do núcleo, desses cursos, um conhece o outro, pode tá combinando outras coisas, né, que nem o grupo de caminhada que a gente teve que aí as mulheres já foram participar do PIC [Programa de Integração Comunitária]. Que não saíam de casa pra nada. Através da caminhada foram participar do PIC. E tão até hoje nas atividades lá do PIC, que eles fazem no PIC. Então, isso faz com que eles... promover saúde também é tirar um pouco essas pessoas que ficam muito isoladas, tirar um pouco de casa. E elas vem mesmo, porque elas querem aprender, querem conhecer gente diferente, né. E... muitas vem mais é por isso mesmo, nem vai aumentar a renda da família nem nada, mais é pra isso mesmo. Muitas pessoas que estão em depressão, que já se isolaram, a gente tá conseguindo trazer nesses grupos. E tão melhorando. Tão conseguindo melhorar. (ACS7; linhas 111 a 128)

O grupo descrito como de promoção de saúde engloba aspectos de socialização e oferta de serviços diversos para a comunidade como cinema, baile e cursos. Cabe ressaltar que o contexto sócio-econômico em que a comunidade referida vive parece marcado por carências, sendo a oferta de serviços uma oportunidade de assistir de forma caritativa tal comunidade. Por outro lado, deve-se acrescentar que entendemos a promoção da saúde

também como forma de politização da comunidade, no sentido de oferecer recursos que viabilizem a luta pelos seus direitos através da participação e controle social, buscando, assim, autonomia e melhora na sua qualidade de vida.

Em sentido mais biomédico, tal grupo além de oferecer recursos é descrito como propiciador de melhora para pessoas com depressão, ou seja, a promoção da saúde também é descrita enquanto uma forma de “melhorar” certas doenças.

Como já mencionado, Luz (2007) aponta que romper o isolamento através da formação de grupos e redes que possibilitem a comunicação e a interação social imprime uma ressignificação da saúde para além de práticas centradas no individualismo e no cultivo do corpo perfeito.

Além disso, descreve-se a promoção da saúde também como forma de evitar o aparecimento de certas doenças.

É tipo assim, vamos supor, antes que a pessoa, um exemplo, antes que a pessoa tenha uma... uma depressão, a gente pode o que? A gente pode promover. Como que a gente pode promover? Com curso, indo na casa da pessoa, conhecendo ela, conversando – que é na visita. E os cursos, como que a gente tá tendo, que tá dando bastante resultado. (ACS8; linhas 6 a 9).

Então, a gente vai começar a trabalhar com os alunos. É igual eu falo, pra mim, isso é a promoção. Pra mim é a promoção. Então, a gente vai começar a trabalhar com as escolas, vai começar a trabalhar com o pessoal pra gente promover. Porque a gente não pode esperar acontecer, né? (ACS8; linhas 155 a 158)

Nesse sentido, a promoção da saúde é significada como uma intervenção precoce, ou seja, como forma de evitar o surgimento ou o agravamento de certas doenças, relacionada, portanto, à prevenção de doenças.

Aí, eu acho que isso seria promoção, né. Trabalhar com alguma coisa que você é... não sabe. Que você tá trabalhando pra prevenir aquilo. Pra promover a saúde e prevenir a doença, né. Se você trabalhar com um alcoólatra você já tá trabalhando com um doente já. (ACS10; linhas 245 a 247)

É. Promoção de saúde seria trabalhar com os hábitos alimentares, atividade física, perda de peso, né, uma alimentação saudável. (ACS10; linhas 253 a 254)

Nesse sentido, a promoção da saúde é descrita enquanto forma de trabalhar com pessoas que não apresentam uma doença diagnosticada, na tentativa de evitar que essa pessoa possa vir a desenvolver alguma enfermidade. Trabalhar com promoção da saúde não implicaria, segundo os relatos, trabalhar com doentes, mas trabalhar com pessoas sadias para evitar o surgimento de doenças.

As concepções de promoção da saúde descritas acima acabam por colocar o serviço de saúde no lugar do responsável por dar ou oferecer à comunidade o que ela necessita. Sendo assim, ocupando esse lugar, pouco espaço resta para questionamentos quanto ao papel da comunidade, no sentido de tornar-se responsável e ativa na luta pelos seus direitos.

Acreditamos ser fundamental o trabalho de politização da comunidade, no sentido de oferecer recursos que viabilizem a luta pelos seus direitos através da participação e controle social, buscando, assim, autonomia e melhora na sua qualidade de vida.

Segundo Campos, Barros e Castro (2004) a autonomia implica em maior capacidade de análise e co-responsabilização pelo cuidado consigo, com os outros e com o ambiente, sendo que políticas de promoção de saúde devem basear-se na construção de ações ligadas à auto-regulação dos sujeitos – sem que isso signifique a retirada das responsabilidades do Estado quanto às condições de vida – incluindo, também, ações visando a redução da vulnerabilidade da população.

Por outro lado, cabe ressaltar que apesar das transformações e incorporações de conceitos como promoção da saúde, a ênfase em modificações do comportamento individual e o foco praticamente exclusivo na redução de fatores de riscos para determinadas doenças ainda persistem. O foco sobre o indivíduo e seu comportamento está ligado à tradição da intervenção clínica e ao paradigma biomédico, sendo o indivíduo o responsável por seu estado

de saúde (BUSS, 2003). Nesse sentido, prevalece o discurso pautado no dever, onde cada cidadão deve estar consciente de suas responsabilidades e obrigações no sentido de tornar-se auto-regulado e produtivo, identificando e mudando estilos de vida não saudáveis ou de risco (PETERSEN; LUPTON, 1996).

Sendo assim, Petersen e Lupton (1996) usam o termo “saudismo” para se referir ao fato de que segundo a “nova saúde pública” todos devem trabalhar e viver para maximizar sua saúde. Os incapazes ou indesejosos de seguir as normas dominantes de saúde são passíveis de classificação pejorativa e punição por sua ausência de controle. Criticam as práticas de promoção da saúde centrada na regulação do comportamento individual por poder gerar uma intolerância daqueles que seguem as normas dominantes de saúde contra aqueles que não seguem ou não conseguem seguir.

Castiel e Diaz (2007) utilizam o termo “saúde persecutória” para descrever como a ideologia da responsabilidade individual com a saúde cria a necessidade pessoal de estar sempre antevendo possíveis riscos em todos os âmbitos da vida, vivendo numa atmosfera conspiratória, num terreno fértil ao desenvolvimento de pensamentos persecutórios, em que a suspeita de ameaça a nós pode se renovar a qualquer momento.

Cabe ressaltar que quando usamos o termo “autonomia” não estamos nos referindo à delegação de responsabilidades individuais para com a saúde, mas problematizando formas de cidadania que incluam o questionamento do papel do Estado e de determinantes macro-estruturais e não somente do indivíduo no processo saúde-doença.

Refletindo acerca da integralidade, Mattos (2001) afirma que a mesma implica uma recusa ao reducionismo e à objetivação do sujeito. Relata alguns sentidos da integralidade e, principalmente, compreender o conjunto de ações e serviços de que o usuário necessita e não só levantar os fatores de risco de outras doenças possíveis. Consideramos que a possibilidade da prática da integralidade perpassa a visão que a equipe tem das necessidades e

potencialidades da comunidade e também no foco do trabalho com toda a família e não apenas com o indivíduo isolado. Pensar a integralidade apresenta-se como alternativa às práticas clínicas-interventivas centradas na modificação de comportamentos individuais, possibilitando pensar o indivíduo como participante de uma rede social ampla e portador de necessidades que vão além do biológico.

Buscando uma diferenciação entre prevenção de doenças e promoção da saúde, Buss (2003) cita que Gutierrez et al. (1997)³ pontuam o enfoque da promoção da saúde na identificação e enfrentamento dos macrodeterminantes do processo saúde-doença, buscando transformá-los favoravelmente na direção da saúde. A prevenção, por sua vez, está focalizada nas ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de determinadas doenças, ou seja, busca que os indivíduos fiquem isentos da doença. Nesse sentido, para a prevenção a ausência de doença seria um objetivo suficiente, enquanto para a promoção o objetivo contínuo é um nível ótimo de vida e saúde, não conquistado apenas pela ausência de doenças uma vez que após qualquer nível de saúde registrado sempre haverá a possibilidade de promover um nível melhor e condições mais satisfatórias de vida.

Czeresnia (2003) aponta que, uma vez que a promoção da saúde refere-se a medidas não voltadas para determinadas doenças, mas sim para incrementar a saúde e o bem-estar de formas gerais, as estratégias de promoção de saúde devem envolver uma abordagem intersetorial, buscando transformações das condições de vida e de trabalho que são responsáveis pelos problemas de saúde.

Mattos (2001) aponta outro sentido da integralidade: a organização dos serviços de saúde não exclusivamente para responder às doenças de uma população, mas para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população. Nesse sentido, acreditamos que a integralidade envolve práticas de intersetorialidade que, por sua vez, pressupõe um trabalho

³ GUTTIERREZ, M.L. et al. La promocion di salud. In: ARROYO, H.V.; CERQUEIRA, M.T. (org). **La promocion de la salud y la educación para la salud en América Latina**. San Juan: Editora de La Universidad di Puerto Rico, 1997.

integrado dos profissionais da saúde, onde não só o ACS é responsável pela busca de ações intersetoriais, mas toda equipe deve trabalhar junta para o levantamento tanto de necessidades quanto de possibilidades de atendimento a essas necessidades dentro e fora da comunidade.

Por outro lado, a promoção da saúde é descrita enquanto uma forma de divulgar a existência de toda a rede de serviço de saúde disponível para a comunidade.

Agora, a promoção né, aquilo seria... a promoção...de... do serviço mesmo, né, de maneira geral também, estimulando mais as pessoas a ver isso como, assim... uma coisa importante na vida deles. Tanto assim, na parte social, acho que não é só, assim, a doença em si, a prevenção da doença, a qualidade mesmo. Tipo assim, atividades... sei lá, um monte de coisas que pode melhorar a qualidade de vida.... da família.

PESQUISADORA – promoção seria essas atividades? Seria a promoção do serviço que tem aqui no posto?

ACS4 – não... digo assim, do serviço, né, em si que... que... é lógico, não só do posto, porque a gente também poderia, eles vindo aqui, vamos supor, que é uma promoção de um tipo de... vamos supor de um tipo de necessidade que ele precisa e que aqui a gente não tem, mas daqui será encaminhado. Entendeu? Orientado: “olha, você precisa disso, procura”, ou o que tá no nosso alcance particular também é feito por aqui. (ACS4; linhas 14 a 25)

A promoção da saúde é descrita aqui como forma de propagar os serviços oferecidos à comunidade, na tentativa de estimular a utilização dos mesmos pelos usuários. Cabe ressaltar que o conceito de promoção foi descrito como no dicionário Aurélio, a saber: “conjunto de atividades que visam a fortalecer a imagem de uma marca, instituição, indivíduo etc., ou influenciar as pessoas na escolha de determinado produto ou serviço” (FERREIRA, 1999, p. 1648), demonstrando a amplitude do uso do termo. Desse modo, o termo “promoção da saúde” parece ser usado pelos ACSs para abarcar conceitos diferentes, demonstrando ser usado algumas vezes como um jargão pelos profissionais da saúde, destituído de seus sentidos originais. Cabe afirmar que as mudanças em saúde fazem parte de um processo histórico-social que envolve tempo para incorporação desses novos conceitos na prática, ressaltando que mudanças teóricas não garantem, necessariamente, mudanças práticas, e que muitas vezes novos conceitos são incorporados diferentemente por cada profissional da saúde.

Portanto, o fato dos ACSs apontarem alguns conceitos de “prevenção de doenças” e “promoção da saúde” na temática “Concepções de saúde” demonstra uma descrição de saúde ampliada ao ressaltar aspectos para além da ausência de doença, mas ao mesmo tempo tais conceitos podem ser usados como jargões, destituídos de seus significados propostos pela área da saúde.

Além disso, acreditamos que as concepções de saúde dos ACSs podem exprimir, de alguma forma, a reprodução de um discurso acadêmico característico de Núcleos de Saúde da Família que são vinculados a uma Universidade pública. Estar em contato direto com estudantes de graduação, residentes e docentes pode facilitar a apropriação de um discurso muito presente no meio acadêmico.

4.2. “CONCEPÇÕES DO TRABALHO”

O tema “Concepções do trabalho” abrange as descrições dos ACSs a respeito de seu trabalho que, através de leituras exaustivas das transcrições das entrevistas, foi subdividido em: “estabelecer o vínculo”, “descobrir e passar informações para a equipe”, “realizar orientações”, “traduzir (linguagem leiga)”, “ter ética”, “remediar a situação entre equipe e comunidade”.

Segue abaixo um quadro com as descrições resumidas das subdivisões elencadas a partir do tema “Concepções do trabalho”.

Quadro 4 – Tema “Concepções do trabalho” e suas subdivisões com as respectivas definições.

TEMA “CONCEPÇÕES DO TRABALHO”	
SUBDIVISÕES	DEFINIÇÕES
Estabelecer o vínculo	Atitude de estar implicado com o outro, possibilitando um contato que envolve confiança e implica, na maioria das vezes, ampliar o olhar sobre o usuário. Contato longitudinal entre o trabalhador (Agente Comunitário de Saúde) e o usuário do serviço baseado em práticas como escuta e acolhimento.
Descobrir e passar informações para a equipe	Tal subdivisão remete às descrições do trabalho do Agente Comunitário de Saúde de descobrir e compartilhar informações a respeito do usuário que seriam de difícil acesso para outros profissionais da equipe.
Realizar orientações	Envolve descrições do trabalho de passar informações e orientações para a comunidade usuária do serviço de saúde e o cuidado no uso da linguagem nas orientações.
Traduzir (linguagem leiga)	Engloba descrições do trabalho de passar a linguagem médica para a linguagem popular.
Ter ética	Descrições de atitudes que os Agentes Comunitários de Saúde devem tomar na tentativa de preservar e respeitar o usuário do serviço
Remediar a situação entre a equipe e a comunidade	Tal subdivisão engloba as descrições do trabalho do ACS de contornar as demandas e expectativas frustradas do usuário com relação ao serviço de saúde, mais especificamente com relação aos profissionais de saúde.

4.2.1. “Estabelecer o vínculo”

Sobre o estabelecimento de vínculo, Merhy (1994) afirma que envolve o estabelecimento de relações tão próximas e tão claras a ponto de fazer-nos sensibilizar com todo o sofrimento do outro e responsabilizar pela vida do usuário através de práticas que não são burocráticas nem impessoais.

O vínculo para Cecílio (2001) é algo como o “rosto” do sistema de saúde para o usuário, uma vez que possibilita ser uma referência e estabelecer uma relação de confiança. Acrescenta que para além de uma adscrição a um serviço ou a um programa, o vínculo significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, calorosa e intransferível, por ser um encontro de subjetividades.

Para o estabelecimento de vínculo entre usuário e profissional da saúde consideramos que o acolhimento e a escuta são ferramentas que favorecem o encontro. Franco, Bueno e Merhy (1999) concebem como acolhimento a possibilidade de olhar para a relação entre usuário e serviço de saúde por intermédio da questão da acessibilidade, ou seja, das ações de recepção dos usuários no serviço. Nessa perspectiva o acolhimento teria o objetivo de ampliar o acesso dos usuários ao serviço, humanizar o atendimento e reorganizar o processo de trabalho, na medida em que possibilita aos profissionais o uso de tecnologias leves como receber, escutar e solucionar os problemas de saúde trazidos pelos usuários, atendendo, portanto, à demanda espontânea.

O processo de acolhimento é descrito por Teixeira (2003) como um acolhimento-diálogo, entendendo-o como dispositivo conversacional essencial às atividades de um serviço de saúde, englobando o acolhimento moral do usuário e de suas demandas, acompanhado de um diálogo na tentativa de entrar em contato com as necessidades deles que não são imediatamente transparentes e nem claramente definidas. Na mesma direção Silva Jr, Merhy e Carvalho (2003) concebem que

o acolhimento pressupõe escuta e acrescentam que a dificuldade de ouvir as demandas dos pacientes e tratá-los como sujeitos com crenças, desejos e temores tem sido uma das causas do fracasso na relação entre usuários e profissionais da saúde.

No tema “Concepções do trabalho” “estabelecer o vínculo” engloba descrições do trabalho do ACS enquanto um contato longitudinal com o usuário do serviço, permitindo, assim, com o mesmo uma aproximação facilitadora da abertura ao diálogo na medida em que envolve confiança na relação.

Sabe, porque assim, é... você atende as pessoas mais de perto, você tem um contato mais próximo. Não é ir lá no médico, vai lá na consulta e acabou, né. Você tem um vínculo, é diferente. Sabe, você atende melhor, você tem como atender melhor, tanto você como o médico, como a equipe inteira.(ACS1; linhas 158 a 161)

Então, a per.... aquela dor na perna é uma maneira dela tá procurando... é... mostrar que ela tá com uma outra dificuldade que ela não quer falar às vezes. Então isso... o que faz a pessoa às vezes relatar isso pra gente é a maneira de... da... do vínculo que a gente vai adquirindo no dia a dia, à partir do cadastro que a gente faz dos pacientes, das áreas, das famílias. E eles passam a ter... assim, um respeito pela gente, uma liberdade... que às vezes a gente chega pra fazer visita e “ai que bom que você chegou aqui, eu tava te esperando”, ou então “você foi o anjo da guarda que Deus me mandou. Hoje eu tava tão deprimida, precisava tanto de alguém pra vir aqui, que eu preciso tanto de conversar”. Então, às vezes é coisa antiga, que a pessoa deixa lá guardado... “porque se você não viesse aqui eu ia ficar chorando. E eu converso e desabafei.” Aí a gente sai e “ai bem, brigada. Foi... é... o anjo da guarda que veio aqui... tô aliviada”. Então, assim, é como se a gente fosse uma psicóloga... quer dizer, às vezes eu comento aqui, a gente trabalha aqui como... é... agente comunitário, é... psicólogo, assistente social e... muitas vezes... e a gente tem certas atitudes que a gente não pode tá tomando porque não é da nossa... da nossa área tá fazendo isso (ACS3; linhas 13 a 27)

*Olha, sei lá... de repente... quando, eu acho assim, depois de uma certa liberdade, por exemplo, hoje se eu entro na casa da (cita o nome de um membro de uma família que ela visita) eu posso falar: “**nossa!** Aqui é a tua casa? Tá desse jeito? **Não!** Você não mora aqui.”. Porque eu fui visitar a família essa semana e a casa tava assim: cozinha até no teto... “você mora aqui? **Não.** Eu não conheço essa casa. O que que tá acontecendo?”. Sabe, eu acho que com o tempo você consegue falar isso. Como com o tempo eu posso chegar na casa de uma amiga e falar: “**nossa!** O que que aconteceu? O que que tá acontecendo?”. Então eu acho que tudo bem devagarinho. Com o tempo. Você consegue, dependendo da abertura que você der e dependendo do jeito que a pessoa te acolhe. Porque você acolhe ela, mas ela também vai te acolher. Porque se você não tiver feito essa troca, nada acontece. Eu acho. (ACS11; linhas 127 a 137)*

O vínculo é significado como um contato cotidiano que possibilita a intimidade e o levantamento de informações relevantes para facilitar o atendimento ao usuário. Cabe ressaltar que a proximidade favorecida pelo vínculo promove respeito e confiança entre ACS e usuário, destacando, portanto, a descrição do ACS como o “*anjo da guarda*” (sic), sendo o responsável por resolver os problemas dos usuários, principalmente os psicossociais. Tal descrição é acrescida pelo uso da especialidade para relatar a sua identidade no trabalho como “*psicólogo*” e “*assistente social*”, ou seja, recorre-se a descrições do trabalho de especialistas para descrever o próprio trabalho.

Além disso, há a percepção de que o vínculo depende de um acolhimento realizado como uma via de mão dupla, ou seja, tanto o ACS quanto o usuário devem estar abertos e disponíveis para esse contato. Sendo assim, o vínculo para ser estabelecido depende de posturas de acolhimento ao outro, indicando, conseqüentemente, a complementaridade entre atitudes de acolhimento e o estabelecimento de vínculo.

Nesse sentido, práticas como escuta e acolhimento são ferramentas para a realização do trabalho de estabelecer o vínculo.

Porque, o papel do agente, a gente não pode chegar numa casa que tem vários vasos com foco de dengue, tem entulho, tem um monte de problemas e você chegar lá e falar “não, eu sou agente comunitária, tal, tal e tal. Vim pra fazer isso, isso e isso. A senhora tem vaso e não pode ficar...” e já... sabe, rezar o sermão. Não pode. O meu ponto de vista é esse: não pode. Você tem que ouvir a demanda da pessoa. Porque, às vezes o problema dela é o filho que tá mexendo com droga. Não é... ela não tá preocupada com o foco da dengue. Aquilo lá é o menor problema dentro daquela casa. Então, você tem que ver a demanda que a pessoa te traz. Aí você, sabendo ouvir, você vai ter o vínculo com a pessoa. (ACS10; linhas 76 a 83)

A escuta envolve o estar aberto e receptivo às necessidades do usuário para além das obrigações impostas ao trabalho do ACS, ou seja, apesar de existirem procedimentos de rotina na sua prática, em determinados momentos deve abrir mão desses procedimentos escutando a demanda imediata e urgente do usuário.

Ayres (2004) aponta que não é a escuta que faz a diferença na relação usuário-profissional, mas a qualidade da mesma. Quando a prática é orientada pela morfofuncionalidade e seus riscos, a escuta se voltará para a obtenção de subsídios objetivos para monitorar a saúde, sendo os aspectos existenciais do sujeito considerados subsidiários, quando não ruídos. A dimensão dialógica envolve um autêntico interesse em ouvir o outro, deixando emergir sua subjetividade. Ainda sobre a escuta, Cecílio (2001) aponta que o desafio da integralidade da atenção à saúde passa pela preocupação e compromisso de, no encontro equipe-usuário, fazer a melhor escuta possível das necessidades das pessoas que podem, muitas vezes, estar camufladas em demandas específicas, realizando, assim, o que Franceschini (2005) denomina de “escuta para além do evidente”.

Para além do estabelecimento de vínculo, a proximidade entre usuário e ACS possibilita o discernimento de situações relatadas pelos usuários que possam demandar uma intervenção e as que são “*de momento*” (sic).

O estabelecimento do vínculo através de práticas como acolhimento e escuta permite uma ajuda ao usuário na medida em que alivia uma “*pressão interna*” (sic) e também seja um contato propiciador da atitude de ultrapassar o biológico para chegar ao problema afetivo, ou seja, usa-se do biológico como forma de poder falar do psíquico.

“O que que tá acontecendo?”. Aí eu sento do lado da pessoa, converso, o que que tá acontecendo e tal, tal. “Ai ACS3, tá acontecendo isso! Eu tô com problema... ou eu tenho que pagar tal coisa e não tô conseguindo dinheiro...”. Ou aí vem outros problemas, às vezes familiar mesmo, de atrito, de briga. Então, assim, são coisas que... não é aquela dor aqui, não é aquela pressão, mas sim uma pressão interna. É o psicológico... pra mim, assim, é o psicológico deles. E como o psicológico taca dor pra qualquer lado, então... é isso. E o acolhimento é assim: você tá conversando, você tá lá escutando. (ACS3; linhas 256 a 263)

*E... já teve casos de paciente aqui que - eu participo do grupo de hipertensão - de paciente que tinha problema de pressão alta. E ele não queria sarar da pressão alta. Ele queria sempre ter a pressão alta. **Por quê?** Porque ele tendo a pressão alta, ele era acolhido pela família toda. E quando ele tava bom, ninguém, ligava pra ele. Era uma carência. Aí: “mas por quê? Se o senhor tem pressão alta, o senhor tem que tomar a medicação certinha, fazer a dieta, fazer... um exercício precisa ser feito...”. Até que um*

*dia esse paciente falou: “não. Eu não quero sarar da minha hipertensão. Porque se eu sarar, minha mulher vai continuar brigando comigo, ela vai ficar me xingando... e se eu tô com a pressão alterada, ela é carinhosa, ela cuida de mim, ela me escuta, ela vem conversar comigo.”. Então, são tipos, assim, do... não sei explicar... doenças... doenças... como se fosse **fantasia**. Uma maneira de chamar a atenção pra ter o... as pessoas do lado, chamar a atenção do... da... às vezes da própria família. E tem muitas famílias que fazem isso mesmo porque se tá tudo bem, é um pra cada lado e não tá nem aí. Aí se tem um problema, a família reúne pra poder tá... ali cuidando da pessoa. (ACS3; linhas 267 a 280)*

Ao apontar o “*psicológico taca dor pra qualquer lado*” (sic), diz-se da influência dos aspectos psicossociais na saúde, ou seja, as condições de vida, de trabalho e vivências afetivas são apontadas como relevantes na manutenção da saúde do ponto de vista fisiológico/biológico. Há, portanto, uma maior integração entre mente e corpo, ou seja, a saúde deixa de ser descrita como determinada apenas por agentes patológicos, trazendo a relevância dos aspectos psicossociais. Ampliar a concepção de saúde permite ao ACS ter um olhar para outras questões além dos aspectos biológicos, sendo possível entrar em contato, portanto, com os aspectos da “*pressão alta*” (sic) que englobam a carência afetiva e a tentativa de evitar discussões entre marido e mulher.

O acolhimento foi significado pelos ACSs como forma de ir além do cuidado físico/biológico, compartilhando o que Merhy (2002) descreve como a possibilidade de transpor a prática centrada em procedimentos técnicos, clínicos, burocráticos e administrativos, que promovem a exclusão camuflada dos usuários, para uma prática centrada no cuidado de sujeitos e, conseqüentemente, nas subjetividades. Apontamos a importância do acolhimento estar presente na prática de todos os profissionais da saúde, concebido como uma postura que permeia a relação usuário-profissional marcada pela escuta e pelo interesse, possibilitando, assim, uma prática usuário-centrada e também a reorganização do processo de trabalho.

Por outro lado, a dificuldade em nomear esses tipos de “*doenças*” (sic) e a opção por descrevê-las enquanto “*fantasia*” (sic) – entendida aqui em oposição à realidade – explicita o

quanto os discursos dos ACSs estão ora voltados para uma abordagem mais holística da saúde (biopsicossocial) na medida em que aponta determinantes afetivos da saúde, ora voltados ainda para uma postura biomédica, ou seja, nesse caso, os aspectos psíquicos são descritos como não reais, como fantasia.

O estabelecimento do vínculo possibilita uma maior intimidade e, assim, as informações obtidas também apresentam esse caráter. Diz-se de um momento específico no contínuo da formação do vínculo onde essas informações podem ser compartilhadas pelo usuário com o ACS – no momento que o usuário sentir-se “pronto” para isso, devendo o ACS respeitar esse tempo e manter-se disponível.

Ter problemas quase todas as famílias têm, é muito difícil uma que não tenha. Até eu falo que as que não têm é porque ela não tá pronta pra se abrir com você. E tem muito disso. Você tem que ir trabalhando com a pessoa, pra ela poder ter a confiança em você e falar “olha, tá acontecendo isso, isso e isso na minha casa.

PESQUISADORA – que às vezes você vai visitar uma família e a família fala que não tem nada...

ACS10 – “não. Tá tudo bom aqui”. E você sabe que acontece isso – porque eu moro dentro da micro área (cita o número da micro área), que é a da (cita o nome da agente responsável pela micro área). Então, ela vai visitar parentes meus. Minha mãe ela vai visitar. E... ela fala que os meus parentes a recebem e falam que tá tudo bem aqui. E eu sei que não tá, entendeu? Então, por isso que eu falo que a pessoa não tá pronta, não quer, parece que ela se sente invadida. Então, ela prefere se guardar. Se resguardar e ficar na dela ali.

PESQUISADORA – e aí, o que que você fala?

ACS10 – então, a gente vai trabalhando aquela coisa “olha, qualquer coisa, se você precisar...”. Deixa disponível. A gente não fica muito de cima, porque vai chegar uma hora que aquela pessoa vai... você vai pegar ela num momento que ela vai tá mais frágil e vai ter essa chance de poder ajudar. Entendeu? Aí você vai trabalhando ao longo do tempo – que é o trabalho de formiguinha – que vai ser sempre assim. Você vai trabalhando ao longo do tempo. É o único jeito. (ACS10; linhas 129 a 148)

É que as... as famílias passa a ter mais... um vínculo com a gente, ou melhor falando assim, eles passam a ter mais... liberdade de estar contando mais certas coisas pra gente, certo sigilo, certo segredo, assim, deles. Às vezes de alguma doença, de alguma outra coisa, de algum problema familiar, às vezes atrito, briga entre marido e mulher, que às vezes ele não quer comentar. É... agressão, ou às vezes de próprio marido e mulher, de filho com mãe. E...então, assim, são coisas que às vezes eles não têm coragem de chegar no consultório e falar. E às vezes eles acaba falando pra gente. Então, a gente acaba chegando na reunião e pega aquela pasta, tal, tal e... “olha, tô preocupada com aquela família por que aqui tá tendo agressão, tá

*tendo esse problema”. Então, assim, é uma... uma... liberdade. É uma... um confiar... eu digo, a pessoa ter uma... **confiança**. Eles confiam muito na gente. Porque às vezes você chega e eles “oi ACS3, vem cá, eu preciso falar com você. Eu tenho uma coisa pra te falar. Entra aqui”. Então, parece que a gente chegou na casa dele e é o confessionário. Então eles vão lá, aí você tá, escuta. Aí eles “nossa mais eu falei tanta besteira né?”. Falei “não, a senhora tá conversando o que a senhora precisa conversar”. (ACS3; linhas 133 a 146)*

O estabelecimento do vínculo é descrito como uma aproximação que possibilita um melhor atendimento ao usuário por toda a equipe, na medida em que se compartilham as informações obtidas com a equipe. Sendo assim, tal vínculo pode ser entendido como um contraponto a um atendimento impessoal, tornando o mesmo pessoal e singular.

O vínculo possibilita, ainda, através da confiança estabelecida entre os envolvidos na relação, que o usuário relate coisas sigilosas ao ACS, que assume o papel de “*confessionário*” (sic). Nesse papel, o ACS torna-se o responsável por mitigar toda a culpa e absolver o usuário de seus pecados. Cabe ressaltar que a descrição do confessionário pode não envolver o sigilo absoluto – como é o pressuposto de uma confissão – já que o ACS diz compartilhar esses dados na reunião de equipe. Além disso, esse compartilhar dados é também descrito como uma forma de contrapor os dados obtidos pelos outros ACSs, uma vez que há contatos que fogem do âmbito profissional do ACS – informações que eles têm de familiares, vizinhos, amigos etc.

O contato com o usuário permite ao ACS perceber seu trabalho enquanto um processo longitudinal que envolve tempo, espera, disponibilidade e paciência (“*trabalho de formiguinha*” (sic)). Tal processo de trabalho contrapõe-se ao regido pela urgência e produtividade, onde mais importante do que o vínculo é a resolução imediata do problema.

Ferramentas como escuta e acolhimento favorecem o entrar em contato com informações dos usuários que possam ser passadas antes da consulta médica e também como forma de deixar a pessoa mais tranqüila antes do atendimento médico.

*Aí você chega e “fulano de tal veio aqui, tá com problema de dor no **braço**, ou de dor na **perna**, mas ela tá com **outros** problemas...”. Aí eles já passam a ter uma visão do que que tá acontecendo lá... Às vezes dá tempo até da gente tá passando pro médico... Aí ela chega lá no consultório e já tá mais calma, tá mais tranqüila. (ACS3; linhas 263 a 267)*

Cabe pensar o papel do profissional médico diante dessa descrição, ou seja, é também papel dele realizar o acolhimento e obter informações que possibilitem o pensar para além do biológico, caso contrário, tal profissional poderia tornar-se um mero prescritor de receitas médicas. Além disso, fragmenta-se o usuário ao proceder a uma divisão do trabalho: alguns profissionais são responsáveis pela “*dor no braço, ou dor na perna*” (sic) e outros são responsáveis pelos “*outros problemas*” (sic). Diante disso, o usuário separa coisas que podem ser ditas ou feitas perante a presença do médico das coisas que podem ser ditas ou feitas na presença do ACS, ou seja, o usuário pode mostrar-se nervoso e tenso na frente do ACS, mas não levar essa tensão para o consultório médico, devendo estar mais tranqüilo.

O acolhimento não deveria ser atividade de um profissional ou de um grupo específico de profissionais, mas sim envolver toda a rede de serviços de saúde, em todas as suas especificidades. A recepção ao usuário, entendida como espaço de investigação, elaboração e negociação das necessidades do mesmo, é essencial ao processo do acolhimento, mas este não se restringe aos momentos formais da recepção e deve proliferar em todos os espaços onde há o encontro usuário-profissional – sendo, portanto, diferente de uma concepção de acolhimento como primeiro contato do usuário com o serviço (TEIXEIRA, 2003).

No relato do ACS percebe-se que a prática do acolhimento resulta numa fragmentação do trabalho, onde ele é o profissional da saúde responsável pela realização do acolhimento enquanto os outros profissionais centram sua prática no procedimento técnico. Nesse sentido, concordamos com Takemoto e Silva (2007) em que a prática do acolhimento acaba sendo responsabilidade de uma categoria profissional específica reduzindo sobremaneira o seu potencial de transformação do trabalho e ainda acrescentamos que, nesse caso, tal fato

explicita a fragmentação do trabalho realizado pela equipe de saúde. Tem-se, portanto, uma dificuldade de realização de um trabalho em equipe, o que pode dificultar, conseqüentemente, a integralidade da atenção em saúde.

Ao refletir acerca da intersubjetividade, Ayres (2001) cita Gadamer (1996)⁴ para afirmar que o saber dirigido para o êxito técnico constrói objetos e o saber voltado para o sucesso existencial constitui sujeitos.

Mattos (2004) relata que o conhecimento sobre as doenças e um número de ações capazes de interferir de alguma forma no processo saúde-doença é vastamente conhecido pelos profissionais da saúde. Mas, na perspectiva da integralidade, o sujeito não deve ser reduzido à doença, devendo ser necessário a ampliação do conhecimento para além da doença, englobando os conhecimentos sobre os modos de andar a vida dos usuários, através da interação e do diálogo, constituindo, assim, projetos terapêuticos individualizados.

Transformar um modelo de atenção “procedimento centrado” para “usuário centrado” implica, através do acolhimento, tentar construir um agir cumpliciado do trabalhador com a vida individual e coletiva do usuário, já que o mesmo sente falta de interesse e responsabilização dos serviços de saúde e não de conhecimento tecnológico no seu atendimento (MERHY, 2002).

Além do não compartilhamento de práticas de acolhimento e escuta entre os demais profissionais da saúde, a intimidade facilitada pelo vínculo entre ACS e usuário também parece não ser compartilhada no serviço de saúde, trazendo novamente a parcialização do trabalho.

Esse vínculo maior que a família mantém é através do agente. Porque às vezes tem coisas que ele fala pra gente e que não fala pro profissional, médico, por exemplo, enfermeira. Ou chega aqui na Unidade e fala. Você não! Você é uma pessoa que ele pode... que ele tem mais afinidade, ele tem aquela confiança pra daí falar aquelas coisas. Entendeu? E às vezes ele

⁴ GADAMER, H.G. **Verdad y método**: fundamentos de uma hermenêutica filosófica. Salamanca: Sigueme, 1996.

chega... aqui e já não significa mais nada aquele problema pra ele. (ACS4; linhas 98 a 102)

Por exemplo, como a pessoa me conhece melhor, ela tem um vínculo melhor comigo. O que que acontece? Ela procura se abrir comigo. Tudo aquilo que às vezes ela não conta nem pro médico. Aí, o que que eu faço? Eu venho na unidade, converso com os médicos, com a equipe de saúde que eu trabalho pra gente junto ver o que que a gente pode tá fazendo pra ajudar essa família. Porque, às vezes, ele tem vergonha de conversar com o médico. Porque, por exemplo, eles acham que o médico é uma pessoa, assim, é... que como é médico, tem um nível mais superior, então, eles tem vergonha. (ACS9; linhas 251 a 258)

O ACS descreve-se como o primeiro profissional que entra em contato com as vivências dos usuários por ter o vínculo estabelecido e este propiciar, como já mencionado anteriormente, a confiança e a afinidade necessárias para tanto.

Além disso, estabelece-se uma relação de autoridade com o profissional médico, marcada pelo distanciamento, ou seja, os médicos são vistos enquanto detentores de uma posição superior na equipe de saúde, inviabilizando uma proximidade entre este profissional e o usuário, tornando a relação objetiva, ou seja, centrada nos sintomas, diagnóstico e prognóstico, não tendo espaço para o “*se abrir*” (sic). Mais uma vez têm-se a fragmentação do trabalho: ao ACS cabe lidar com os aspectos mais subjetivos e ao médico cabem os aspectos objetivos, centrados no biológico.

Cabe ressaltar que a intimidade possibilitada pelo estabelecimento do vínculo aparece algumas vezes descrita como “*família*” (sic) e “*amizade*” (sic).

Ó, porque a gente acaba, assim... no momento do cadastro, às vezes a gente conhece aquela família, por morar na área. E às vezes a gente não conhece. E com o passar do tempo e com as visitas, a gente vai formando um vínculo tão grande com eles e eles com a gente que fica que nem uma família mesmo. Quando um adoecer, a gente sente aquilo como se fosse um membro da nossa família mesmo. E eles também tem isso. Acontece alguma coisa, o primeiro lugar que eles pensam é vir aqui. É... quando a gente chega na casa “aí, que bom que você veio, porque eu preciso te contar isso”. Tanto no momento difícil, quanto no momento também... alegre. Eles contam. Eles adoram contar pra gente as coisas. Então isso é o vínculo que a gente tem com as famílias, que é muito importante. (ACS7; linhas 62 a 70)

Porque eu já fiz o vínculo com as minhas famílias, entendeu? Eu já fiz o vínculo com elas. A gente já sabe já quem mora, o que que acontece. E

outra, a gente tá sempre aí. ... Eu acho assim, que a amizade que a gente fez é uma coisa que a gente vai levar pro caixão. A única coisa que a gente leva é a amizade. A amizade e o aprendizado da gente. É uma coisa que ninguém vai tirar da gente. Entendeu? Então, assim, o vínculo que você fez eu acho que não tem como alguém vim e tirar, entendeu? A amizade que a gente pega, eu acho que não tem como tirar. (ACS8; linhas 289 a 296)

Nesse sentido, a delimitação entre a vida profissional e a vida pessoal mostra-se confusa. O vínculo parece atingir proporções grandes a ponto dos usuários sentirem-se como parte da família ou como amigos. Cabe destacar que morar na área de atuação pode facilitar essa delimitação confusa, uma vez que diversos papéis podem ser desempenhados simultaneamente, a saber: vizinho, parente, amigo, entre outros.

A confiança conquistada através do vínculo possibilita eleger o Núcleo de Saúde da Família como referência em situações emergenciais.

Porque eles confiam muito na gente. Qualquer coisa eles vem contar pra gente. Eles procuram o núcleo, né. E, mesmo assim, numa emergência, sabe que tem que correr na Cuiabá, mas parece que se eles passarem aqui primeiro eles vão tá mais fortes pra ir pra Cuiabá, pra ir pra um hospital. Então, esse vínculo que a equipe do núcleo - não só os agentes, mas também os outros membros tem esse vínculo, né - esse vínculo que o... que a equipe do PSF tem com a comunidade eu acho que é muito importante. Porque uma pessoa vai, às vezes, num hospital ou vai mesmo na Cuiabá numa consulta, o médico fala “você tem diabetes, você tem que fazer tal dieta”. Mas ele não sabe o que que a pessoa... onde que ela mora, se ela tem condições de fazer aquela dieta, como que é a vida dela lá na casa dela. E nós, aqui do PSF, nós temos isso. A gente não conhece só aquele membro. A gente conhece a família toda. A gente conhece o espaço onde ela vive. O que que ela pode tá fazendo e o que que não tá no alcance dela. Então, isso ajuda muito a gente poder cuidar melhor da saúde deles. (ACS7; linhas 85 a 97)

Tal referência transforma o Núcleo de Saúde da Família em apoio necessário mesmo diante de situações às quais o mesmo não tem condições de atender à demanda por sua especificidade, destacando, assim, o seu papel, preconizado pelo Ministério da Saúde, de porta de entrada para os serviços de saúde. Além disso, o Núcleo é referenciado por permitir uma integralidade do olhar para o usuário, na medida em que conhece, para além da doença, a sua situação sócio-econômica-cultural.

A divulgação dos serviços de saúde à comunidade realizada pelo ACS é descrita como um fator propiciador do estabelecimento do vínculo entre equipe e usuário.

Então, eu acho que o... o vínculo que a equipe tem com a comunidade, a gente deve ao agente comunitário por fazer a divulgação do serviço pro pessoal. (ACS5; linhas 57 a 59)

Eu sei a importância que eu tenho pra equipe... não só eu, mas todos os agentes, nós sabemos a importância que nós temos pra equipe. Que não é pequena. É muito grande. Não que dependa da gente, mas nós somos um elo muito forte pra comunidade, já sendo da comunidade. Somos um elo muito forte. E a gente tá na luta todo dia pra tentar melhorar e... sempre ajudar o pessoal da comunidade, né. Então eles vêem a gente como um salvador da pátria, vamos dizer assim. (ACS5; linhas 68 a 73)

Ser o elo de ligação entre a comunidade e a equipe diz de um ACS que possui um vínculo com a comunidade, descrito aqui através da divulgação do serviço para a mesma. Além disso, esse elo de ligação possibilita à comunidade depositar no ACS as expectativas para resolução de seus problemas, transformando-o num “salvador da pátria” (sic). Descrevendo-se dessa forma, o ACS pode sentir-se na obrigação de atender às diversas expectativas da comunidade, frustrando-se muitas vezes pela complexidade de tais expectativas, uma vez que muitas das demandas fogem do seu âmbito de atuação, necessitando de ações intersetoriais ou multiprofissionais.

O vínculo diferencia o ACS da comunidade na qual pertence e trabalha uma vez que estabelece novos papéis entre ele e o usuário, na medida em que se transforma em profissional da saúde.

Porque a gente se sente importante pra eles, né. Apesar de ser da comunidade, a gente não tinha esse convívio. Mesmo sendo da comunidade a gente não tinha esse convívio de... de importância que a gente tem agora, né. Agora eles vê a gente diferente. Nós somos pessoas importantes pra eles. Não tem só aquele vínculo de amizade, né, mas sim aquele vínculo que... nós somos profissionais de saúde. (ACS5; linhas 42 a 46)

Nesse sentido, ser profissional da saúde diferencia o ACS da comunidade, fazendo o mesmo ocupar um lugar de importância que até então não ocupava, ou seja, ele passa a ter um

poder pela sua inserção no trabalho. Por outro lado, cabe ressaltar que um dos requisitos para tornar-se ACS é ser uma pessoa que já se destaque na comunidade enquanto uma pessoa politizada, ou seja, enquanto porta-voz das necessidades da comunidade e que tenha uma postura que favoreça a mobilização da mesma para lutar pelos seus direitos.

O ACS utiliza-se do trabalho de prevenção da saúde e do trabalho técnico como forma de conquistar o vínculo com o usuário.

Aí, se a pessoa... aí a gente... se for problema assim, mental, de estresse, a gente pergunta quanto tempo não faz o exame ginecológico, quanto tempo que não faz a mamografia... Então, a gente procura trazer ela pro... pro... tá certo que isso daí é uma prevenção também, né. Mas a gente procura pegar esse lado pra chegar no que a gente quer né. Porque aí ela vem na consulta, pega um vínculo com o médico, com a agente. Aí a pessoa vai se abrindo melhor, né. E aí você vai conhecendo né. (ACS9; linhas 63 a 69)

O contato entre ACS e usuário, marcado pelo biológico-preventivo, acaba sendo o precursor do vínculo, na medida em que ele é utilizado como forma de aproximar o usuário do serviço de saúde. Parece ser estabelecida uma relação de troca, em que o usuário vincula-se e se abre melhor com o ACS enquanto recebe uma série de serviços de saúde.

Ainda no contexto do contato marcado pelo biológico-preventivo, algumas descrições da escuta e do acolhimento denotam a utilização destes procedimentos não como tecnologias de saúde em si, mas como forma de viabilizar intervenções tais como proferir uma palavra “de conforto” (sic) e realizar uma orientação.

Porque, assim, às vezes a pessoa fica ali com aquela angústia, tendo os problemas e não tendo com quem conversar. E a gente chega, eles conversam. A gente às vezes nem faz muito, mas só o fato de tá ali ouvindo, às vezes uma palavra que você fala de conforto para aquela pessoa já é o sufici... já é o remédio que ela esperava, entendeu? Então é isso, é saber... é o acolhimento, né, em si... e tem mudado bastante. Eu acho que é o que se precisava... precisa ser feito, né. (ACS2; linhas 29 a 34)

Então... é isso, porque se você não souber escutar, ele não vai te contar. Você chega lá e “oi, tudo bem?”, “tudo bem”, “como é que tá?”, “ah, tô ótimo, tô super bem”. Aí você chega, pergunta da saúde, como é que tá a família e tal... “ih, meu filho tá com problema, aí minha filha também, meu marido tá com problema... senta aqui, vamos conversar. Você tá com

pressa? Senta aqui.”. Aí você senta... e a gente acaba sendo... é a escuta. É isso que eu falo da escuta. É saber escutar e... saber, assim, dar algumas respostas, encaminhar naquilo que a gente tem a possibilidade de tá encaminhando pra eles né, dos recursos que a gente tem. E mostrar que o caminho não é só aquele. Que tem outras opções. Então pra mim é... a escuta é isso. (ACS3; linhas 215 a 223)

E o que eu acho que a gente tem que tá muito atento na saúde é a gente poder agir. Sabe, você ouvindo e... às vezes assim, dando um tempo pra ver o que você vai falar, o que vai responder diante de certas coisas, eu acho que ajuda bastante. (ACS11; linhas 47 a 49)

Sabe, então quando os outros quer me contar, quer falar, eu deixo falar. Eu gosto... e, assim, eu acho que o que pega muito em você ser agente é você trocar a experiência com a pessoa, sabe? Ela tá num sofrimento muito grande, se você pode “nossa, olha, é...que horror.”. Mas sabe, você escuta, você pode falar “eu também já passei por isso, mas olha, aqui você conseguiu mudar. A gente consegue dar a volta por cima...” sabe, quando você já viveu algum tipo de experiência, você conhece alguma coisa que dá pra você poder colocar naquele momento, é muito legal. E a pessoa até fala. Tem caso, assim, a pessoa até mudou. Eu achei até engraçadinho o jeito que ela falou: “olha, eu fui lá atrás de psiquiatra, eu não preciso. Você está sendo a minha psiquiatra.”(Risos) Ainda eu achei até graça, porque eu falei assim “gente, eu vim aqui, doente...” eu falo “gente, eu tenho medo de entrar lá sozinha, né...”. Olha. E ela com o maior... sabe, aquilo pra mim... eu falei: “gente, eu com o maior medo dela” – medo, assim de... daquela situação, do jeito que eles falavam – e de repente ela me retribui de uma forma, você vê “não, olha, obrigado”. (ACS11; linhas 344 a 356)

Cabe ressaltar que apesar das práticas de escuta e acolhimento serem relatadas como forma de ajuda ao outro, também aparecem descritas como um trabalho pouco valorizado pelo próprio ACS na medida em que as descrevem como “a gente às vezes nem faz muito, mas só o fato de tá ali ouvindo... já é o remédio que ela esperava” (sic). Tal significação pode estar associada ao fato da escuta não ser visualizada como um trabalho técnico e, portanto, não ter a mesma valorização que procedimentos tidos como da área da saúde, ou seja, o caráter técnico de um procedimento o valoriza enquanto trabalho em saúde. Nesse sentido, escutar e acolher são associados à produtividade, na medida em que devem vir seguidas de uma prescrição para a vida do outro (“remédio” (sic)). O escutar/acolher, portanto, não é visto como um procedimento de ajuda em si mesmo, mas somente quando vem seguido de uma solução para os problemas do outro.

Além disso, a escuta e o acolhimento são vistos como forma de se obter informações ou de manter um diálogo que propicie ao ACS dar algumas respostas que vão desde encaminhamentos (“*mostrar que o caminho não é só aquele*” (sic)) até atitudes de seguir junto com o outro na adversidade, ou seja, relata-se um envolvimento com o usuário, perpassando práticas de humanização dos serviços de saúde, na medida em que o ACS mostra-se implicado com o outro em suas vivências. Além disso, um ACS relata que estar em contato com o outro na realização de seu trabalho possibilita aprender com a experiência e quebrar preconceitos, dando novos sentidos ao seu trabalho e ao outro. Assim, as práticas de escuta e acolhimento são descritas ora necessitando de uma ação complementar técnica – dar respostas – ora como tecnologias em saúde e práticas de humanização – entendidas aqui como caminhar com o outro na adversidade.

Concordamos com Merhy (1997, 2002) em que a escuta e o acolhimento compõem exemplos de tecnologias em saúde que permeiam o espaço relacional usuário-profissional. Porém, algumas vezes, escutar e acolher são descritos pelos ACSs como forma de possibilitar uma intervenção em saúde, ou seja, escutar e acolher não são descritas como formas de ajuda em si mesmas, mas como posturas do ACS que permitem entrar em contato com a demanda do usuário para pensar intervenções posteriores.

Finalizando, o vínculo estabelecido é descrito como de suma importância e como forma de trazer resultados.

O mais importante pra gente é o vínculo. Independente da gente poder tá trabalhando ali com a questão da dengue, da hipertensão, da diabetes, se a gente não tiver o vínculo nada vai adiantar. Porque a gente não vai conseguir resultados. (ACS10; linhas 182 a 184)

Utiliza-se, portanto, uma tecnologia leve em saúde não apenas como um meio de se obter uma relação com o outro, propiciadora do cuidado, mas com a finalidade de que esse

cuidado gere estatísticas favoráveis em termos de melhoras visíveis (e, portanto, quantificáveis) na saúde.

4.2.2. “Descobrir e passar informações para a equipe”

Tendo em vista a inserção do ACS na comunidade, principalmente através do vínculo estabelecido entre ele e o usuário, o trabalho realizado por eles é descrito enquanto captador de informações de difícil acesso para outros profissionais da saúde. Nesse sentido, caberia ao ACS compartilhar essas informações com a equipe visando beneficiar o trabalho da mesma.

Então a gente tem que saber abordar, saber... escutar, saber transmitir porque a gente é o elo da.... da nossa área, da nossa população para com o núcleo, né, e tá trazendo aquelas informações. Aí a gente passa nas reuniões que tem todo dia das sete às oito. Família tal, tá com problema assim, assim e assim, o que poderia tá sendo feito, o que poderia tá sendo... pra tá ajudando. E... no que tá no alcance... e quando a gente tá com um problema mais sério, a equipe toda se mobiliza pra tá tentando resolver aquele problema. (ACS3; linhas 120 a 125)

Então a junção dessas duas informações é que vai levar o médico a saber a causa do problema, entendeu? Que ele vai ver que não é aquilo ali... que o fato dela vir até ele não foi só por causa dela tá doente, é que ela queria falar algo mais. Que com isso, com a equipe, junto com os outros profissionais da equipe, aí tá conversando, tá discutindo e ver o que que realmente tá acontecendo. (ACS2; linhas 72 a 76)

Então, o que a gente sabe, o que a gente sente, a gente passa, fala. A mesma coisa eles, se eles vêem alguma coisa diferente, que a gente não viu, eles falam, relata. Então, quer dizer, é uma troca, né, que serve pra beneficiar tanto a gente como a outra pessoa que vai atender aquela família, aquela pessoa, né. Eu acho assim, que serve pra beneficiar, pra ajudar, pra você ver o que que é melhor fazer ali na hora da discussão tem sempre bastante gente, surgem bastante, dá bastante idéia, tal... (ACS1; linhas 193 a 198)

A descoberta de informações dos usuários e a transmissão das mesmas para a equipe é descrita como forma de ajudar a equipe de saúde na realização do seu trabalho.

Entrar no espaço privado do outro possibilita contatar com o que o outro normalmente não mostra por vergonha ou medo de recusa.

*E o fato de você entrar dentro da casa do outro, já é assim, você descobre muita coisa. Coisas que eles não conseguem falar, que não deixam as outras pessoas ver a gente vê, sabe? E traz pro grupo, fala. Porque muitas vezes a pessoa chega aqui é... arrumadinha, tudo, mas, assim, não sabe o que tá acontecendo lá na casa, porque eles tem vergonha de falar, tem medo de não ser aceita, de não ser bem entendida. E óbvio que isso daí não acontece com todas as famílias, é aos poucos a gente vai conseguindo essa confiança, adquirindo, para que elas possa tá falando. Porque, às vezes, sabe, eles contam coisas pra gente que não contam pro médico. Não conta pro auxiliar que atende ele pra fazer um curativo. Às vezes, aquele curativo não é aquela ferida só. Atrás daquela ferida tem muita coisa, que eles contam pra gente. Por isso que eu acho assim, o médico é importante? É. O restante da equipe é importante? É. Mas o agente **tem** o seu papel importante, porque **ele** que capta mais as coisas... fica sabendo de mais coisas né. E aí juntando as informações que um sabe e outro sabe, é que você pode tá montando a história daquele paciente, né. (ACS2; linhas 108 a 120)*

O ACS conquista e garante, portanto, seu lugar na equipe através da obtenção de informações a que outras pessoas não teriam acesso. Tornar público (para a equipe de saúde) o que é do espaço privado (o que está dentro da casa do usuário e ninguém vê) imbui o ACS de um poder e, conseqüentemente, de uma importância dentro da equipe pelo seu saber.

O fato do ACS ter acesso a informações privadas pode ser problematizado, uma vez que o ACS é um morador da comunidade que pode tornar-se responsável por perseguir (e vigiar) o que o usuário prefere deixar no espaço privado. Nesse sentido, acreditamos que o termo saúde persecutória descrito por Castiel e Diaz (2007) estende-se às atividades dos profissionais da saúde de perseguir sinais de falhas na responsabilidade do usuário pela sua saúde e compartilhar essas informações com toda a equipe de saúde.

Ao mesmo tempo em que esse papel de deter informações mais íntimas dos usuários é descrito como a forma de tornar-se importante para a equipe, coloca o ACS num papel de “pombo-correio” na medida em que ele deve fazer o trabalho de captar informações e levá-las para a equipe.

O elo, que o agente comunitário é o que vai lá e traz as informações e passa pra equipe. (ACS3; linhas 451 e 452)

Nós somos o elo de ligação da equipe com a comunidade. Então... porque tudo o que acontece lá a gente traz pra cá. E também quando eles têm alguma que eles passam pra gente, por exemplo, pra gente tá por dentro, né. (ACS5; linhas 55 a 57)

Além de ser o elo de ligação entre a unidade e a comunidade, ele traz problemas pra equipe, tentando solucionar (ACS5; linhas 115 a 117)

Nos relatos acima, parece que o ACS se limita a informar a equipe acerca das informações obtidas dos usuários, não demonstrando, porém, a existência de um trabalho de reflexão conjunta acerca dessas informações.

Além disso, a descoberta de informações também é usada como forma de contrapor os dados obtidos por outros profissionais da equipe.

É assim: agente comunitário, quando você vai prestar o concurso, já é falado que a gente tem que morar no mínimo dois anos na área pra gente tá conhecendo. Tem... quando a gente tem discussão de família, que, às vezes que a pessoa fala assim “o que que você acha?” “família verde”. Aí, às vezes a pessoa fala “não, peraí...” – que nem aconteceu esses dias aqui – “...essa pessoa aqui é meu vizinho. Eu não acho que é uma família verde. Eu acho que é uma família vermelha porque ele é alcoólatra”. Então, quer dizer, as cinco agentes comunitárias moram dentro da área de abrangência aqui do núcleo. Então, tem um que é meu vizinho e a pessoa que eu faço visita é vizinho de outra moça que é agente comunitária. Entendeu? (ACS8; linhas 84 a 92)

Desenvolve-se uma forma de trabalho em que a comunidade inserida na área de abrangência do PSF fica monitorada pelo serviço de saúde, tendo sua intimidade exposta. Mais uma vez saber informações que possam contrapor dados já obtidos dá ao ACS um poder dentro da equipe.

As informações obtidas pelo ACS parecem significar uma forma de auxiliar o seu trabalho no sentido de garantir o seu espaço dentro da equipe, ou seja, ter acesso a essas informações reafirma a importância do trabalho do ACS perante a equipe de saúde, porém, como já mencionado, tais informações parecem não subsidiar o próprio trabalho do ACS no sentido de se apropriar das mesmas como ferramenta de trabalho útil na ajuda ao outro.

Enquanto o ACS detém o poder e a importância na equipe pelo contato com informações de difícil acesso, o médico parece destituído de sua atividade investigativa na prática clínica.

Tem pessoas que vêm ao médico direto “aí, eu tô com alergia. Eu tô...” e a médica passa a medicação, aí aquilo não resolve. Aí passa outra. Aí, você vai lá na residência tem quinze gatos. Entendeu? Aí o que que a gente faz? “Olha, é os gatos que... tá acontecendo isso”. E traz pra equipe de saúde, porque a médica também não sabe que lá tem quinze gatos. E a gente sabe. Então, a gente passa pra médica pra tá conversando com ela. A gente conversa entre médicos também, né. É onde melhora. Aí eles não precisam dá nem mais a medicação. Aí resolve. Às vezes o gato dorme junto com a pessoa, né. Então, tudo isso... (ACS9; linhas 97 a 104)

De acordo com os relatos, atividades rotineiras de investigação na prática clínica parecem não ocorrer. O médico torna-se dependente das informações do ACS na realização da sua prática profissional, desenvolvendo um trabalho parcelar: o ACS investiga, descobre e passa informações e o médico prescreve.

4.2.3. “Realizar orientações”

Além de passar informações para a equipe, o ACS descreve o seu trabalho como englobando realizar orientação para a comunidade.

As orientações assumem caráter de encaminhamentos diversos como, por exemplo, para outros serviços de saúde, para atividades de lazer e para atividades ocupacionais.

Mas a gente sempre tá orientando, tá procurando... orienta pra tá vindo no núcleo procurar, no caso, o médico, a psicóloga se for necessário... encaminhamento pra outros setores... (ACS3; linhas 27 a 29)

*Então, sabe, isso é gratificante também: você saber ouvir, a pessoa desabafar com você, conversar, aí você acaba conversando sobre outros assuntos, sobre outras terapias, convidando aquela pessoa pra tá participando do PIC, fazer uma caminhada, a tá fazendo algum tipo de lazer, algum... tipo, bordado, alguma coisa que tem... na área pra oferecer. Então... **pintura**... aí a pessoa se sente é... com a estima elevada. Porque às vezes ela tá com a estima lá em baixo e você começa a conversar e a ver que*

tem outras opções, sair, tem um baile, tem o baile da pessoa... dos idosos aí... “ai, eu não sabia...”, “ai, eu comecei a ir lá e nossa eu adorei e tal...”. Aí quando você vai vendo os retornos, sabe, assim, é muito bom. É uma coisa muito gratificante. (ACS3; linhas 207 a 215)

E é onde que a gente vai orientando, já procura... às vezes ele dá a medicação para aquela pessoa e não precisa nem dá. Às vezes a gente indica atividade física, indica outras coisas. Aí, é onde a pessoa começa a se interar e descobre os outros prazeres da vida, né. Um trabalho. (ACS9; linhas 69 a 72)

Sobre orientação, né. Por exemplo, a pessoa talvez tá lá, dentro da casa, muito tempo, sem trabalhar e passando necessidades, a gente procura orientar pra tá trabalhando, porque trabalho não é vergonha. Pode trabalhar de doméstica, de faxineira... porque, qualquer trabalho é um trabalho. Vergonha é a pessoa sair roubando as coisas dos outros, né. Então, a gente mostra esses caminhos pra... pra ela tá ganhando o seu dinheiro. Tem outra que... que faz pão e sai vendendo. Pra ter esse negócio de assistência, pra ajudar na renda da família, né. (ACS9; linhas 266 a 272)

Cabe ressaltar que o encaminhamento pode ser visto como uma forma de resolver a situação vivenciada pelo usuário e também como propiciador de alívio para o ACS na medida em que ele se percebe fazendo algo de concreto pelo outro. Por outro lado, o encaminhamento também pode representar uma concepção ampliada de saúde, na medida em que acessos a determinantes como emprego, lazer e realização de atividades prazerosas no dia-a-dia são relatadas como ligados à saúde. Além disso, nos relatos acima, diferenciam-se orientações de prescrições, na medida em que o trabalho de orientar engloba oferecer opções para o usuário (“*mostra esses caminhos*” (sic)), diferentemente de impor opções, não permitindo ao outro decidir quais “*caminhos*” (sic) seguir.

Por outro lado, as orientações também podem assumir caráter prescritivo, normatizador e moralista.

De.... fazer... auxiliar o pessoal a... como eu posso te dizer... a seguir o caminho certo, a sair do caminho errado. (ACS5; linhas 11 e 12)
Então, a gente procura mostrar pra essas pessoas aonde que ela teria que empregar, talvez, até empregar o dinheiro melhor. Que ela nunca pensou nisso. Então, a gente mostra pra ela. Às vezes fala “ai, meu marido ganha tanto e o dinheiro não dá”. Não dá porque não sabe administrar o dinheiro. Então, às vezes a gente fala, tá certo, que a gente tem vontade de comer uma pizza, uma coxinha, mas não é direto. É uma vez ou outra né. Então, comprar uma dúzia de ovo não seria melhor porque aí dava pra fazer

mistura, dava pra fazer um bolo, dava pra fazer várias coisas que você aproveita melhor, né. Por exemplo, é... a casa. Tá toda mofada. A pessoa não se importa com isso. Isso prejudica. Não traz saúde pra ela. É onde que a pessoa tá sempre com alergia, não sai do médico. Então a gente mostra “olha, o tempo que você vai gastar dinheiro com isso, dá uma pintadinha na casa. Dá uma arrumadinha nas telhas, porque talvez tem alguma infiltração, né. A maioria das vezes eles não pensa que essas coisas todas traz... doença pra elas. Então a gente quer que leve saúde pras pessoas né. É... cortina junta poeira, se a pessoa é alérgica... a pessoa não percebe essas coisas. (ACS9; linhas 80 a 93)

A gente orienta eles a comerem. Mas assim, a fruta, verdura e legume você pode comer à vontade. Massa, pizza... claro que você pode comer, mas em pouca quantidade. (...) é... a gente, por exemplo, quando vocês vão em festa. Vocês sabem se comportar em festa? Vocês não sabem, porque eu quero comer docinho, bolo... tudo ao mesmo tempo. Então, ou você escolhe uma coisa ou você escolhe outra, né. Ou se comer um docinho, ao invés de comer um inteiro, come metade, que você vai ficar satisfeita do mesmo jeito. Então é isso. É uma... a gente tem uma qualidade de vida melhor, mas como saber se alimentar bem né. Porque, às vezes só come um prato cheio de comida, mas não come as coisas necessárias, né. Então é isso... o que o organismo da gente precisa, né. (ACS9; linhas 118 a 131)

Sei lá, que nem tem gente que bebe e fala que é por espor... por hobby, né. Bebe só socialmente. Mas quando você vai aplicar um Audit na pessoa, você vê que ela tá acima da dose padrão, da dose normal, né. Então, a gente tem, a gente fez um curso sobre alcoolismo e a gente sabe o que é uma dose padrão, que no caso seria uma latinha de cerveja ou uma dose de vinho ou conhaque na taça. E... então a gente tem uma orientação, de quanto que a pessoa pode tomar por semana e quanto ela pode tomar só por final de semana. Então, a gente acaba, as pessoas que tem esse problema a gente acaba orientando. Fala “olha, você sabia que uma dose de cerveja é igual uma dose de conhaque em termos de caloria, em termos de... de nível de álcool?” “Nossa. Eu não sabia. Achava que cerveja era mais fraca.” Você ouve bastante coisa. Aí você vai trabalhando com aquela pessoa e mostra. Você vai aplicar o Audit e fala “nossa. Deu 18 pontos. O normal é 7.” “Nossa!” A pessoa fica até assustada, né. Então você vai trabalhando esse tipo de coisa. (ACS10; linhas 226 a 237)

Nesse sentido, o ACS é o detentor do saber que se constitui poder em relação à vida do usuário, na medida em que o ACS pode discernir o que é certo e o que é errado. Isso abre espaço para o ACS poder guiar a vida do outro de acordo com normas pré-estabelecidas, ao mesmo tempo em que diminui o poder do outro de saber e de viver sua própria vida. Além disso, usa-se do temor para conseguir a adesão a essas normas, ou seja, mostra-se ao usuário o quanto ele está fugindo das regras e quais as consequências ruins deste modo de agir, como: ficar doente, ficar sem dinheiro para o próprio sustento, ficar obeso e tornar-se um alcoólatra.

Tais orientações assumem características de um discurso pautado no dever e na obrigação, ou seja, é responsabilidade do usuário seguir as normas propostas visando sua saúde, trazendo implícita a concepção de estilo de vida como causadora de doenças. Além disso, há uma tendência a culpabilizar os usuários por falharem na auto-regulação e no cuidado de si mesmos ignorando, assim, outros fatores na determinação do processo saúde-doença como, por exemplo, sociais, econômicos e étnicos (PETERSEN; LUPTON, 1996).

Trapé e Soares (2007), em estudo realizado sobre práticas educativas de ACSs, descrevem as intervenções ainda muito baseadas no tratamento individual ou familiar e na prevenção das doenças, sendo as práticas, conseqüentemente, permeadas por ações moralistas, usando o convencimento e o medo como estratégias para alcançar intervenções consideradas eficazes.

Na mesma direção, Silva e Dalmaso (2002) apontam que diante da diversidade de opiniões, valores e experiências com que convive, o ACS vê como estratégia melhorar a forma de convencimento, colocando-se como detentor do conhecimento verdadeiro e, conseqüentemente, não levando em consideração o saber e a opção do outro, o diálogo e a troca de opiniões. Sendo assim, a comunicação tem por objetivo alcançar maior aderência do usuário aos serviços oferecidos, utilizando-se para isso da autoridade e de estratégias de ameaça.

Assim, parece muito tênue o limite entre realizar orientações e impor práticas. Em determinados momentos, pode existir o desejo por parte do profissional de que tais orientações sejam seguidas, o que pode fazer com que ele transforme-as em orientações prescritivas e, por outro lado, o profissional da saúde representa para o usuário o detentor de um saber e, portanto, as suas orientações podem ser significadas pelos usuários como normas a serem cumpridas.

O cuidado com o outro aparece descrito no trabalho do ACS de realizar orientações na medida em que essas orientações são realizadas numa linguagem acessível e de ajuda, visando mudanças simples no cotidiano do usuário, mas que geram impactos na melhora da qualidade de vida.

A gente tá sempre orientando. Uma orientação básica. Tipo assim, tá frio, a pessoa é hipertensa. A gente pensa assim, “oh, vamos pôr uma blusinha bem fininha só pra...”- porque geralmente quando é frio, a pressão dá uma subidinha, né. Então, assim, é coisa mínima, mas que a pessoa... que a pessoa tem que entender. As coisa básica. Às vezes a gente pensa “ah, não. A pessoa sabe o que é básico”. Pra mim, às vezes não é pra pessoa. Tem muitos exemplos aqui também. De uma moça também, que a menininha dela tava tendo diarreia e eles falaram “ó, ela precisa de água... precisa ferver a água.” Ela pegou a água do chuveiro que é água fervida. E aí que a criança não melhorou de jeito nenhum. Aí, a hora que ela chegou, aí o pessoal perguntou “mas como que você tá fazendo?” Então, às vezes, a palavra pode mudar completamente, né. Então, tem que ser uma coisa bem simples, numa linguagem que todo mundo entende. (ACS8; linhas 40 a 50)

Orientação do acompanhamento médico, né, e o uso das medicações. O que ocorre é o seguinte: essa área do núcleo X (cita o número do núcleo) tem muito idoso. (...) Então, tem muito idoso que não tem leitura, então a gente é... ele vai no consultório e o médico não se atenta a esse detalhe de que a pessoa não sabe ler e passa a medicação e explica verbalmente. Fala “é assim, assim e assado”. Coloca horário, a dose e tudo e a pessoa fala “tudo bem”. Chega na visita, a pessoa pega e fala assim “por favor, você me explica isso daqui. Eu não entendi nada”. Aí você vai lá e faz um solzinho... a pessoa tem que tomar um de manhã e um à noite. Você faz um solzinho, faz uma luinha. Entendeu? Aí a pessoa vai... pega um calendário e a pessoa vai fazer “x” no dia que se ela tomou a medicação. Isso ajuda a pessoa a não confundir, né. Porque ocorre também de tomar a medicação errada. Quando toma várias medicações, confunde uma com a outra. E... até embalagem. Eles falam... “que remédio a senhora toma pra controlar a pressão?” “ah, aquele vermelhinho.” Como você vai saber? Aí a gente fala “ah, é propanolol. Ah, tá. Mas a senhora pega lá pra eu dar uma olhada?”. Aí você vai lá e confere na receita. “Esse vermelhinho...” – que ela já tá acostumada que é vermelhinho – então, “esse vermelhinho a senhora toma como?”. “Ah, esse eu tomo assim e assim.” “Não, mas a senhora tem que tomar três, não dois.” Aí explica, vai... faz, sabe, o desenho e a pessoa vai entendendo. Dá pra conciliar. Não é porque a pessoa não é alfabetizada que ela vai, vai se atrapalhar toda. Até isso a gente tem como ajudar, né. (ACS10; linhas 263 a 282)

a gente também tem muito exemplo de meninas que você vai, fala pra menina “ah, mas precisa usar preservativo, tal”. É uma coisa simples? É. Mas pra mim é e pra pessoa não. A pessoa não sabe como pôr. Se fica um pouco com ar, é onde engravida. Depois vem em cima do médico “pô, o médico falou pra mim usar, eu usei e aí?”. Então, assim, é onde eu falo das coisas simples que às vezes vem a dificuldade da pessoa. Então, eu acho que a gente tem que ser, assim, bem clara e tem que falar o mais simples que

puder. Pra pessoa entender. Teve um caso que a... a gente tem uma enfermeira voluntária aqui e ela tava contando que tava um grupo de adolescente, né, falando a respeito de sexualidade e tal, tal. E a enfermeira tava explicando num cabo de vassoura e a menina pegou e fazia no cabo da vassoura. Punha o preservativo no cabo da vassoura. Aí passou um tempo e ela falou assim “pô, mais isso daí não resolveu. Eu pus no cabo da vassoura...” Quer dizer, foi uma demonstração. Na minha cabeça, eu sei que não é assim, mas na inocência, assim das pessoas não saber, até por, assim, a simplicidade da pessoa, né, não saber. Então, é uma coisa bem clara. (ACS8; linhas 162 a 175)

Cabe destacar o cuidado ao outro na medida em que os ACSs mantêm uma postura de curiosidade e de atenção às necessidades do usuário, mostrando-se abertos para lidarem com a alteridade. Além disso, por serem parte da comunidade em que atuam, os ACSs podem estar ensinando à comunidade coisas que também tiveram que aprender durante o exercício da profissão, uma vez que para serem admitidos como ACSs não é exigida formação técnica prévia na área da saúde.

Além disso, as condições desfavoráveis em termos sócio-econômicos da comunidade são utilizadas pelo ACS como justificativa para a utilização de uma linguagem simples. Diante dessa situação, o trabalho do ACS consiste no cuidado ao outro no momento da fala, para evitar situações de mau-entendimento, que poderiam acarretar consequências inesperadas. Nesse sentido, o ACS reconhece a alteridade, ou seja, descreve o usuário como podendo ser diferente dele mesmo, necessitando, portanto, ver o outro em sua diferença para poder alcançá-lo através das orientações em saúde. Cabe ressaltar que a literatura aponta que o ACS, enquanto morador da comunidade em que trabalha, é visto como detentor da mesma linguagem da comunidade, o que facilitaria a comunicação entre ACS e comunidade (SILVA; DALMASO, 2002).

Segundo Fortes e Martins (2000) as informações fornecidas pelos profissionais da saúde aos usuários não necessitam ser exaustivas ou serem apresentadas num linguajar técnico-científico, mas devem ser simples, aproximativas, inteligíveis e respeitosas –

entendendo por estas características que tais informações devem ser fornecidas dentro de padrões acessíveis à compreensão intelectual e cultural do usuário.

O cuidado descrito no trabalho do ACS em seus diferentes aspectos é contraposto e talvez até uma consequência da falta de cuidado na relação médico-paciente, na medida em que o ACS descreve que a atuação do médico independe do usuário que está à sua frente, ou seja, o médico, no relato do ACS, não percebe as necessidades do usuário para além das questões da prescrição e remissão de sintomas, centrando sua prática no procedimento e não no usuário. Têm-se mais uma vez uma separação entre o trabalho técnico – de atuação do profissional médico – e o trabalho não técnico – de âmbito do profissional não médico.

Apesar de possuir uma escuta propiciadora do cuidado para com o usuário e uma linguagem até certo ponto compartilhada com a comunidade, o ACS diferencia-se da sua comunidade por deter e usar um conhecimento técnico adquirido com o trabalho que realiza (“*propanolol*” (sic)), ou seja, deter um conhecimento técnico-científico dá ao ACS um poder que o diferencia de sua comunidade.

O modelo médico de intervenção, baseado na busca objetiva da doença e sua remoção (resultando na cura), permite reduzir ao biológico todo o processo de adoecimento, na medida em que busca, através da subjetividade do sofrimento, a objetividade da doença (CAMARGO JÚNIOR, 1992). Anular o subjetivo implica em que a doença tome o lugar do doente na relação médico-paciente e, conseqüentemente, lidar com doença é lidar com o saber técnico.

Ayres (2001) aponta que lidar com as doenças é importante, mas não exclusividade como critério normativo de sucesso das práticas de saúde, ou seja, o sucesso não é apenas o êxito técnico.

Além da utilização de uma linguagem acessível, realizar orientações também envolve saber a forma e as palavras a serem usadas para conseguir a adesão a determinados serviços

oferecidos pela equipe de saúde e/ou a tratamentos propostos, além de obter informações mais fidedignas.

É igual se você fizer assim, um grupo de reeducação alimentar pra falar de diabete. O povo não aceita que é hipertenso, que é diabético. Não aceita, sabe. Agora se você mudar a frase... falá “vamos mudar a alimentação...” sei lá, mudar a frase. Eu acho que a pessoa vem. Agora falar assim “vamos fazer um grupo de hipertenso”, não adianta. E a pessoa também não tem... você fala “tá controlando a alimentação?”, aí ela fala assim “tô. Não tô comendo doce”. Pô, mas um diabético, o que que adianta ela não comer um doce, mas comer um refrigerante, fazer aquela montanha de arroz e feijão... então, a gente muda a conversa, sabe? Eu mesma mudei bastante. De quando eu entrei até hoje, depois de um ano. E cada vez que passa a gente vai aprendendo.

PESQUISADORA – aprendendo no sentido de...

ACS8 – de mudar, assim, a palavra. “A senhora controla a alimentação?”, aí eu falo “o que que a senhora come? Como que é a alimentação da senhora? Fala um pouquinho pra mim.” Então, quer dizer, você tem que mudar. Aí a pessoa fala e aí que você pode entender, dar orientação e tal. (ACS8; linhas 230 a 244)

O trabalho do ACS, nesse sentido, implicaria em saber a melhor forma de questionar ou convidar a comunidade para determinada atividade, com o intuito de obter os melhores resultados possíveis – aqui subentendidos como adesão a comportamentos saudáveis e obtenção, por parte do ACS, de informação da comunidade que possa auxiliar toda a equipe na ajuda ao usuário. Nesse caso, o ACS teria que aprender uma linguagem não apenas técnica, mas sim uma linguagem e uma postura que dêem ao outro a possibilidade de falar de si mesmo.

4.2.4. “Traduzir (linguagem leiga)”

Por “traduzir (linguagem leiga)” compreendem-se as descrições do trabalho do ACS que envolvem a função de “tradutor” da linguagem dos profissionais da saúde para a linguagem da comunidade. Por “tradutor” entende-se aquele que realiza a transposição de um texto ou de uma linguagem verbal de uma língua para outra. Para ter-se alguém no exercício

da função de “tradutor” é necessário, portanto, haver a presença de duas línguas diferentes, não comunicáveis entre si.

Compartilhar a linguagem com a comunidade e também aprender uma linguagem técnica coloca o ACS no papel de intermediário entre comunidade e equipe, cabendo a ele a função de “tradutor” ao ter que passar a linguagem médica para a linguagem da comunidade.

Às vezes o médico fala uma palavra mais difícil e a pessoa não entende, né? E como a gente já é mais, assim, do meio deles, como é que se fala, tem a fala mais popular, então, é onde que ele se abre melhor. Então, nessa forma eu procuro tá ajudando melhor essa pessoa (ACS9; linhas 258 a 262)

Ao mesmo tempo que você tem que conhecer um pouco da... da... dos termos médicos, de como tratar uma hipertensão, do que que é uma dieta hipocalórica, você tem que saber traduzir isso pro paciente, na língua que ele vai entender. Não adianta você falar pra um hipertenso que ele precisa fazer uma dieta hipocalórica, que ele não vai entender. Hiposódica, piorou. Então, aí você tem que falar na língua dos médico e falar na língua da população – que é a sua própria língua, porque você vem da população pra ser agente. Então, pra gente é meio caminho andado, entendeu? Porque a gente já tem aquele vínculo com as pessoas, porque são do seu meio, conversam as mesmas coisas e você aprende a lidar com os médicos e transformar aquilo pra pessoa entender. (ACS10; linhas 65 a 74)

Novamente destaca-se a cisão entre atividades realizadas pelo ACS e realizadas pelo médico, já que ao médico cabe a fala “*mais difícil*” (sic) e ao ACS cabe “*traduzir isso pro paciente*” (sic), como se na relação médico-paciente o primeiro não tivesse que se preocupar em falar de forma compreensível e conceber o usuário como participante ativo do diálogo e, conseqüentemente, do seu processo saúde-doença.

Craco (2006), analisando os encontros e desencontros entre profissionais da saúde e usuários, aponta que o uso por parte dos profissionais de uma linguagem codificada constitui-se numa barreira para comunicação e diálogo entre esses atores. Além disso, a linguagem utilizada pelos técnicos perde seu caráter comunicacional, transformando-se em instrumento de poder, uma vez que se tornam códigos secretos, não acessíveis a todos e impeditivos de uma comunicação democrática.

Ayres (2001) aponta o grande desafio de superar as barreiras lingüísticas que o jargão técnico coloca a uma verdadeira interação entre profissionais e população, estabelecendo, ao invés da intersubjetividade, um espaço vazio entre sujeito-profissional e sujeito-população. Portanto, apontamos a linguagem também como cuidado em saúde e que para além de se ter um profissional específico que realize essa tradução da linguagem técnica para a linguagem popular é necessário que todos os profissionais estejam aptos a participarem da construção da intersubjetividade através de verdadeiros diálogos.

Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) apontam como produtos da prática assistencial e especializada relações usuário-profissional marcadas pela impessoalidade e pelo mecanicismo de suas ações. Além disso, Rodrigues et.al. (1996) citam que tais relações são um monólogo-tecnocrático e não um encontro, buscando o diálogo apenas enquanto for necessário para o profissional montar seu quadro diagnóstico. Nesse sentido, cabe a reflexão sobre o trabalho de tradutor do ACS que pode encobrir mais um problema do sistema de saúde: ao traduzir a linguagem do profissional da saúde para a linguagem da comunidade, o ACS faz o que deveria ser responsabilidade de todos os profissionais e não deixa espaço para reflexão de quão impessoais ou mecânicas estão sendo as práticas em saúde.

Nesse sentido, o trabalho do ACS fica marcado por uma atuação exatamente onde há falha no sistema de saúde, ou seja, os profissionais têm dificuldades em manter um diálogo com os usuários por utilizarem-se de uma linguagem mais técnica, elegendo-se, portanto, alguém da comunidade para fazer essa intermediação entre equipe e comunidade. Sendo assim, não há uma reflexão dos profissionais quanto à inadequação de certas linguagens para o estabelecimento de um diálogo e as práticas permanecem as mesmas, já que se espera de outro profissional – o ACS – o trabalho de manter tal diálogo com o usuário.

Acreditamos que, para que o processo de mudança nas práticas em saúde aconteça, são necessárias mudanças na concepção do trabalho em saúde que englobe um agir conjunto

visando o cuidado ao usuário. A inserção de uma nova figura no cenário da saúde (ACS) não garante tal transformação, uma vez que conforme visto nos relatos persiste uma divisão mecânica do trabalho, sem a integração das equipes. As novas concepções de trabalho envolvem a busca pela integralidade das ações em saúde através da cumplicidade com o usuário e com a comunidade através de um olhar para os mesmos não apenas como portadores de sintomas que devem passar pelo processo de remissão, mas como pessoas bio-psico-sociais.

4.2.5. “Ter ética”

A subdivisão “ter ética” envolve a atuação do ACS centrada em posturas que visam proteger as informações dos usuários, respeitar o outro no seu espaço privado e realizar procedimentos dentro do que é permitido a eles realizarem.

A proteção às informações dos usuários envolve o cuidado com a forma de passar essas informações para a equipe, o cuidado para não deixar que cheguem ao conhecimento de outros moradores da comunidade e o respeito com as informações obtidas do usuário.

*Porque é uma responsabilidade muito grande. É uma... ética muito grande, porque tem muitas coisas, igual eu te fa... igual eu te comentei a gente não pode tá relatando tudo. Eu principalmente... tem muitas coisas que eu não coloco no relatório. Porque se ela confessou aquilo pra mim e pediu pra que eu não comentasse, quer dizer, é uma coisa dela, que ela quis desabafar, conversou comigo, falou tudo que tinha. Às vezes já fez algum aborto, às vezes ela provocou e... ela nunca contou isso pro médico, e pra gente ela chegou, me contou **tudo** certinho, como é que foi, o que que ela fez, o que que aconteceu... Enfim, aí eu passo na equipe, mas eu não vou passar de uma maneira como ela me falou. Eu passo com as minhas palavras, tentando poupar... sem expor os pacientes. Porque eu acho que isso aí é uma ética que a gente tem que ter em respeito à população. (ACS3; linhas 147 a 157)*

E tem que ter muita ética, eu acho. Sabe, ele tem que... é... porque eu penso assim, imagina, vem um agente na minha casa, eu desabafo com ele, ele chega em certo local, onde ele vai falar daquela minha angústia, daquela minha dor e todo mundo ri, vai virar fofoca... então, eu penso assim. Eu acho que todos, pelo menos, assim, deveriam refletir assim, se pôr no lugar.

Poxa, se a agente vem na minha casa, desabafo e tal, vai chegar lá e... entendeu? Quer dizer, eles não imaginam – eu acho – que essas famílias não sabem como a gente trabalha, tá? Eu acho que eles não sabem que você vem, discute a família deles. Eles não sabem que é assim. Eu acho que à partir do momento que você...

(alguém entra na sala e interrompe a entrevista)

ACS11 – ... a partir do momento que você souber, que eles souberem, eu acho que vai ser uma coisa assim bem... diferente. Tipo assim, dependendo de quem for visitar, você entendeu?

PESQUISADORA – você acha que eles deveriam saber?

ACS11 – porque por exemplo, que nem, eu, quando eu visito, que tem algum problema e tudo, eu até coloco. Eu falo “olha, eu vou levar, vou conversar com o doutor. A gente discute o caso, né, a gente vai discutir, pra ver como vai poder ajudar. Como que o Posto pode ajudar...”. Eu não sei se eles entendem que seja isso. Então, eu acho... ah, eu acho que é isso, assim, nesse sentido. Porque eu, como agente agora, dependendo da agente que fosse, da pessoa que fosse, da pessoa que fosse... eu teria... iria ver se eu ia falar alguma coisa ou não. Ou se eu iria atender só na porta também. Você entendeu? Porque é aquela história... eu vou relatar lá... eu tenho, assim, aquelas coisas, assim, eu vou relatar que a casa do paciente é suja, é cheia de teia de aranha, sem higiene, sem isso e sem aquilo... e se a pessoa ri? Não é chato? Você entende? Eu penso nisso também. Então como que a gente vai poder tá ajudando nisso, sem tá colocando isso? (ACS11; linhas 103 a 127)

Ter responsabilidade. E ética também, que eu esqueci de colocar [refere-se ao fato de escrever “ética” no momento das associações]. Porque, é muito comum você sair de uma casa... a gente faz, dependendo do agente, porque cada agente tem um planejamento de visitas. Eu, por exemplo, pego minhas fichas por ruas e faço a visita naquela rua toda. Então, eu saio de uma casa e entro na do lado. E o vizinho do lado quer saber o que que tá acontecendo com o outro. E é muito complicado isso. É a mesma coisa o médico. Você acha que o médico, eu chego aqui e vou perguntar pra você “e a filha doutora, como é que tava? Nossa, ela é virgem ainda? Não sei o que...”. Tem muito isso. Então, a gente tem que ter uma postura, né, uma ética pra não tá deixando escapar as coisas, as informações. Até, assim, o vizinho ele te tenta. Ele fala assim: “nossa, eu fiquei sabendo que aconteceu isso com o fulano. Verdade?”. Aí você tem que... você se vê naquela saia justa e você tem que falar “não. Eu não sei. E mesmo se soubesse eu não poderia falar, porque é uma questão de ética.” Aí você tem que deixar bem claro e pôr um limite na pessoa, pra nunca mais acontecer. Porque acontece. É uma situação delicada. Principalmente quando tem usuário de droga, é... HIV, várias coisas. Até uma menina que ficou grávida com 16 anos, 15 anos. Então, tem muito isso. (...) Muito assim, todo mundo sabe da vida de todo mundo. E isso é muito ruim. Atrapalha muito isso. (ACS10; linhas 151 a 170)

A ética é descrita como respeito ao outro, na medida em que o ACS diz que existe um limite do que se deve relatar à equipe sobre o usuário e, além disso, pelo fato de mudar a forma como passa à equipe o relato feito pelo usuário ao ACS. Uma vez que o vínculo foi

estabelecido entre ACS e usuário, relatar informações sobre o usuário pode ser considerada uma forma de ferir esse vínculo, devendo, portanto, ser evitado ou feito com muito cuidado. Por outro lado, cabe pensar na forma como a equipe recebe essas informações e as utiliza, ou seja, tais informações deveriam permear discussões multiprofissionais na tentativa de pensar formas de ajuda ao usuário.

Além disso, a mesma ética descrita pelo ACS deveria estar presente em todos os membros da equipe, facilitando o diálogo nas reuniões de discussão de famílias e não ser motivo de risadas ou fofocas como foi apontado no trecho posterior, onde o ACS problematiza se relataria ou não informações suas a determinados colegas de trabalho caso estivesse no papel de usuário do serviço.

Preservar informações dos usuários também envolve a comunidade como um todo, já que muitas vezes a comunidade busca obter, através do ACS, dados sobre um vizinho, um amigo ou um conhecido. Nesse sentido, o ACS relata que seu trabalho consiste em colocar um limite nessa ânsia de informações sobre o outro, para evitar a exposição de dados dos usuários para a comunidade.

Fortes e Martins (2000) descrevem como princípio ético a privacidade e a confidencialidade das informações. Entendem privacidade como um princípio derivado da autonomia que engloba a intimidade, a vida privada e a honra das pessoas, ou seja, os próprios indivíduos têm o direito de decidir que suas informações pessoais sejam mantidas sob seu exclusivo controle, assim como comunicar a quem, quando, onde e em que condições acharem conveniente. Do direito à privacidade do usuário deriva o dever do sigilo dessas informações por todos os elementos da equipe. Sendo assim, tais autores pontuam o respeito à privacidade do outro e a necessidade de sigilo, caso o usuário queira relatar informações pessoais.

Ainda sobre a questão ética, tais autores afirmam que o profissional da saúde deve transmitir à equipe de saúde apenas as informações necessárias para que cada profissional realize suas atividades em benefício do usuário. Nesse sentido, tais autores pontuam que o ACS, por possuir uma situação singular na equipe – residir na área em que atua e, portanto, vivenciar o cotidiano da comunidade e ser o elo entre equipe e comunidade – deve ter um maior cuidado no discernimento de quais informações compartilhar com o restante da equipe, sempre tendo em vista gerar benefícios para a comunidade na medida em que tais informações possam acionar ou orientar o trabalho da equipe. Tais autores colocam os ACSs no lugar de detentores de informações a que a equipe não tem acesso e pontuam a necessidade de um trabalho de seleção de informações que possam ser compartilhadas com a equipe toda.

Por outro lado, Valentim e Kruehl (2007), apesar de ressaltarem o lugar de detentor de informações do ACS pela confiança do usuário no ACS, o que possibilita que o usuário abra as portas de sua casa e forneça informações sobre sua vida, seus hábitos e necessidades de saúde, acreditam ser essencial que toda a equipe tenha atitudes que reforcem a confiança do usuário, através do manuseio ético das informações. Além disso, a confiança entre os membros da equipe também é essencial devido ao caráter multiprofissional da mesma e de sua responsabilidade direta pela saúde dos cidadãos. A transparência através do compartilhar as informações obtidas é um ponto chave para evitar a quebra de confiança. A falta de confiança entre os membros da equipe pode gerar conflitos durante o trabalho, comprometendo o relacionamento da equipe e o êxito do PSF. Sendo assim, tais autores apostam na não restrição de informações compartilhadas, apontando, para tanto, a necessidade de uma postura ética por parte de toda a equipe.

Fortes e Spinetti (2004) descrevem, por outro lado, a preocupação que os demais profissionais da saúde têm ao passar as informações dos usuários para os ACSs já que estes moram na mesma comunidade e não possuem garantia de sua permanência no serviço de

saúde, ou seja, os profissionais da saúde acreditam que informações obtidas pelos ACSs podem expor a comunidade a pessoas que, mais do que ACSs, são parte da comunidade. Nesse sentido, tais autores apontam que os outros profissionais da saúde consideram que informações sobre doenças que possam gerar estigmatização ou discriminação para os usuários não devem ser compartilhadas com os ACSs.

Percebe-se que a questão ética mostra-se complexa tanto em relação ao trabalho dos ACSs quanto em relação ao trabalho de toda a equipe. Acreditamos que o ACS possui uma posição e uma inserção na comunidade que o privilegia enquanto detentor de informações que seriam de difícil acesso para a equipe de saúde e, portanto, acreditamos ser inviável restringir informações dos usuários aos ACSs. Aliás, consideramos essa atitude de restringir informações tanto dos ACSs quanto dos demais profissionais da saúde uma medida paliativa que esconde em si um problema maior: a constituição de uma equipe de saúde pautada pelos princípios éticos e pela confiança entre os profissionais e principalmente o princípio maior de cuidado ao outro, o que inclui respeito para com suas informações, sejam elas confidenciais ou não. Portanto, acreditamos que a atitude de não compartilhar informações pode ser legítima desde que se acredita que isso será de cuidado ao outro, mas não por motivos de disputa de poder ou de falta de confiança na equipe como um todo.

O respeito para com o usuário envolve não só respeitar e preservar suas informações, mas também respeitar o seu espaço privado.

Então, assim, a gente tem que respeitar muito, porque a pessoa tá dentro do espaço dela. Então a gente tem que respeitar. Se eu chego, aí você vê, tem assim, família que te recebe dentro de casa porque tá com problema, tem... e essa mesma família tem vez que te põe e tem vez que não te põe. Então aí já tem uma diferença. Ela te põe quando? Quando ela precisa conversar com você, que você vê mesmo que tá sentindo a necessidade, aí é quando eles te põe. E tem mês que aquela família tá tudo bem, tá tudo tranquilo e que a pessoa, sabe, tá bem mesmo, ela te recebe no portão, aquela visita rápida. (ACS8; linhas 118 a 124)

Não entrar no espaço do outro em todos os momentos de visita domiciliar envolve respeitar a necessidade e a vontade do usuário em se mostrar por dentro, ou seja, nem sempre o usuário está disposto a revelar sua intimidade ao ACS, sendo considerada uma postura ética essa não invasão do espaço do outro.

Por outro lado, a ética também foi relatada como sendo o reconhecimento do limite de atuação dentro do preconizado para o ACS.

*Às vezes... outro dia eu até comentei com a X. (enfermeira), eu falei: “X., eu fiz uma coisa até anti-ética.” Eu fui visitar uma... família e... ela tinha tido bebê e ela veio “ACS3, vem vê o umbiguinho do meu bebê”. Quando eu vi, eu já tava com o cotonete na mão com álcool, limpando o umbiguinho do nenê. Eu falei “ai...”. Aí depois que eu fiz, eu falei “olha, eu agi pelo impulso”. Eu sei que é anti-ético eu fazer como agente, porque eu não posso. Mas sabe quando você esquece e naquele momento você vê, e ela tava muito insegura, com medo. Quando eu fui lá e eu vi eu já tava... Ela falou “não, você fez uma boa ação” (risos). Agora, por exemplo, às vezes um aparece e “ah, você não pode verificar a pressão?”. “Não. Aqui eu sou agente, não verifico a pressão, não aplico injeção e não posso fazer nada”. Porque, antes todo mundo me conhecia como ACS3 enfermeira. Agora eu sou agente. Eu não posso fazer isso (risos). E outro dia aconteceu isso, assim, então “mas porque que você não pode?”. “Ah, eu não posso, a ética não permite.”. “Ah bom”. Ainda bem, que eles tão... respeitou, porque graças a Deus já deu um ano e a única mancada que eu dei foi outro dia. Mas foi assim, pelo impulso mesmo. Eu vi aquele bebezinho pequenininho, a mãe morrendo de medo “ai, eu tô preocupada com o umbiguinho do nenê. Vê pra mim. Você passa o cotonete?”. Quando eu vi eu peguei o cotonete e... Cheguei e “ai X., fiz uma coisa que eu não podia ter feito”. Aí ela falou “não. Você ajudou a criança”. Eu falei “ai, um peso à menos”. Porque eu fiquei preocupada depois. Porque... tem umas coisas que a gente pode tá fazendo e o que a gente não pode fazer. Cada um tem o seu... **limite**. E a gente tem que saber respeitar esse limite também. (risos) (ACS3; linhas 426 a 446)*

O ACS relata uma situação quando realiza um procedimento técnico que não está listado como atividade sua, sendo significado, portanto, como um ato “anti-ético” (sic). Porém, cabe questionar o fato do ACS ter formação técnica e, como não atua especificamente no que é formado (auxiliar de enfermagem), não poder realizar tal tipo de procedimento, sentindo-se, inclusive, muito culpado e preocupado pelo que fez. Sendo assim, os procedimentos permitidos ou proibidos de serem realizados pelos ACSs parecem ser descritos

de forma estanque, não dando espaço para pensar na contradição existente entre atuação e formação. Além disso, nesse caso a ética é utilizada como uma explicação incontestável para a não realização de determinados procedimentos já que é tida como instância inquestionável tanto por parte do ACS quanto por parte da comunidade.

Ao mesmo tempo em que os ACSs problematizam normas de sua atuação, tal como relatar à equipe todas as informações obtidas dos usuários, utilizam-se da ética como instância reguladora de seus limites de atuação técnica. Cabe ressaltar que não defendemos a idéia de que basta o ACS ter uma formação técnica para poder atuar em outros procedimentos do âmbito de outros profissionais da saúde, mas questionamos a ausência de reflexão em equipe sobre o que Campos (1997) denomina de campo e núcleo de saberes, que poderia ajudar os profissionais da saúde na reflexão da delimitação entre a atuação dos mesmos e na tentativa de compor um campo de saberes comum a todos, o que facilitaria práticas centradas na integralidade das ações.

4.2.6. “Remediar a situação entre equipe e comunidade”

Por ter um vínculo estabelecido com o usuário através de práticas de escuta e acolhimento e, portanto, ter uma inserção e relação com o usuário diferente de toda a equipe de saúde, o ACS também descreve seu trabalho como sendo de “Remediar a situação entre equipe e comunidade” perpassando o trabalho de acomodar as insatisfações dos usuários com relação aos serviços de saúde.

Tem, às vezes deles fazerem queixa a respeito do serviço. Você também tem que estar preparada pra ouvir. É o que eu sempre falo: aí você tem que colocar na balança (mostra com as mãos duas partes em equilíbrio) defender aqui e acalantar aqui, pra ficar... na balança igual. Porque? Pra não perder a credibilidade, pra tentar... né, trazer de volta... de... ver o que que é que pegou... vamos resolver, vamos... Tem isso também né. (ACS4; linhas 118 a 123)

Elo é a pessoa que.. é a gente que divulga o serviço e tá sempre lutando pelo serviço. Apesar de ter sempre umas pessoas que falam mal do serviço, mas a gente é aquela pessoa que sempre tá em cima, que “não, não é assim. É porque acontece isso e aquilo”. Tentando sempre remediar a situação. Eu acho que isso é freqüentemente que a gente faz. (ACS5; linhas 63 a 66)

É... assim, não deixar as pessoas, por exemplo, é... confundir... pôr culpa, porque, às vezes tem muitas coisas que o problema é do paciente, eles botam a culpa na saúde. Então, a gente tem que amenizar isso daí. Quando o paciente tem razão, ele tem razão, mas quando a equipe de saúde também tem razão, eu procuro levar isso pras pessoas “olha, não é por aí, né. É... os médicos não têm culpa. A saúde não tem culpa.” Então, tem coisas que eles botam a culpa... quer, assim, brigar. Por isso que acontece muito de paciente querer bater nos médicos. E é errado. Então, os agentes da saúde procura, né, é... ficar dos dois lados: da saúde e da população. Porque, quando eu não era agente da saúde, então, eu via só um lado da coisa. Agora, como eu sou agente da saúde, então eu vejo o lado da população e o lado da saúde.

PESQUISADORA – ah, tá. E quando você não era agente você...

ACS9 – era do povo. Então, às vezes até eu criticava “nossa, que saúde. Ninguém atende”. Mas não é isso. Então, hoje eu vejo. Então, isso eu levo pra população, né. Pra eles compreende melhor. Porque eu tô aqui e tô lá também, né. Então, os dois lados. (ACS9; linhas 281 a 292)

Ter o vínculo estabelecido com a comunidade permite uma abertura no relacionamento entre ACS e usuário que transforma o ACS num agente de escuta e acolhimento também das insatisfações dos usuários. Porém, o trabalho de remediar a situação entre a equipe e a comunidade é descrito como forma de acomodar as insatisfações dos usuários em relação aos serviços de saúde. O ACS desempenha a função de justificar ou esconder falhas do serviço de saúde para que o usuário demonstre estar sempre satisfeito e o serviço pareça sempre adequado, mantendo a credibilidade do serviço, ao mesmo tempo em que mantém o usuário utilizando o mesmo. Além disso, manter a credibilidade dos usuários em relação ao serviço pode implicar em justificar as reclamações dos usuários, tornando-os sujeitos não críticos ou culpabilizando-os exatamente pelo que estão reclamando. Tal forma de atuação aparece descrita em contraposição ao trabalho de politização da comunidade na luta por melhorias nos serviços de saúde, uma vez que o ACS, ao invés de estimular a reflexão sobre os serviços e suas insatisfações, silencia o usuário ao ter uma justificativa para todas as falhas apontadas por ele.

De forma geral, as concepções de trabalho envolvem tecnologias leves tais como escuta, acolhimento, vínculo e ter a linguagem leiga, demonstrando uma preocupação com um trabalho que envolva a humanização das práticas em saúde. Por outro lado, tais tecnologias são descritas muitas vezes como não suficientes em si mesmo, necessitando de vir seguidas de atuações mais técnicas como prescrições, encaminhamentos e soluções. Trabalhar utilizando as tecnologias leves parece transmitir aos ACSs a sensação de estar fazendo “*nada*” (sic) e, conseqüentemente, tais tecnologias são utilizadas como facilitadoras ou precursoras de um fazer. Nesse sentido, as mesmas não são concebidas como forma de ajuda ao usuário, mas sim de ajuda ao trabalhador por possibilitar uma intervenção posterior. Cabe ressaltar que, segundo Franceschini (2005), a própria formação em saúde e a valorização de práticas prescritivas/interventivas acabam por privilegiar os procedimentos como suficientes para a resolução dos problemas de saúde.

Além disso, as concepções do trabalho também estão permeadas pela fragmentação do mesmo. Cada profissional responsabiliza-se por seu núcleo de atuação, tendo pouco ou nenhum espaço para a construção de um campo de atuação comum a toda a equipe. Parece que as práticas que deveriam compor tal campo de atuação e ser realizadas por todos os profissionais ficam restritas ao ACS, sendo que as práticas interventivas e técnicas são de responsabilidade dos outros profissionais que compõem a equipe.

Mesmo sem uma atuação marcada pelas práticas mais valorizadas socialmente e também pelos próprios ACSs – as técnicas/interventivas – as descrições do trabalho do ACS são permeadas por práticas e inserções que garantem a ele um poder tanto em relação à equipe quanto em relação à comunidade. Estar inserido na comunidade possibilita ao ACS a obtenção de informações que garantem o seu lugar de importância dentro da equipe, ao mesmo tempo em que compor a equipe do Programa Saúde da Família garante um lugar de importância e diferenciado na comunidade em que atua. A ênfase numa atuação mais técnica

e sua conseqüente valorização pode ser uma forma do ACS cumprir as expectativas da comunidade com relação à sua atuação enquanto profissional da saúde e, conseqüentemente, manter o seu lugar diferenciado e de prestígio na comunidade.

4.3. “SOBRECARGA”

Arantes e Vieira (2002) indicam que o trabalho pode constituir-se fonte de desgaste pelas condições de trabalho e fatores organizacionais, tais como: função exercida, condições hierárquicas, distribuição de responsabilidades, relacionamentos interpessoais e a interface trabalho-família.

Nesse sentido, pode-se descrever a sobrecarga atrelada às características do trabalho como envolvendo exaustão emocional, marcada por sentimentos de esgotamento, decepção e perda de interesse pelas atividades do trabalho (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

No presente estudo, o tema “sobrecarga” engloba os aspectos do trabalho responsáveis por um desgaste físico ou emocional por parte do ACS, sendo subdividido em: relacionamento com os usuários, relacionamento com a equipe, exigências do trabalho e falta de recompensa.

Quadro 5 – Tema “Sobrecarga” e suas subdivisões com as respectivas definições.

TEMA “SOBRECARGA”	
SUBDIVISÕES	DEFINIÇÕES
Relacionamento com os usuários	Sobrecarga pelo trabalho de lidar com o outro. Nesse sentido, não se sabe como será recepcionado pelo usuário ou pela família, e nem o que vai encontrar dentro do universo privado do outro e o não saber lidar com o outro.
Relacionamento com a equipe	Sobrecarga relacionada às dificuldades no trabalho com toda a equipe e descrições de momentos onde o apoio da equipe não é suficiente, apontando outras formas de apoio como necessárias.
Exigências do trabalho	Sobrecarga pelo cumprimento de exigências impostas ao trabalho do ACS. Tais exigências envolvem o residir na área de abrangência do Programa Saúde da Família e o trabalho burocrático de redigir todas as visitas realizadas – relatório.
Falta de recompensa	Sobrecarga pela ausência de sentimentos de valorização do trabalho, tanto através da remuneração, quanto através de perspectivas futuras para a carreira.

4.3.1. “Relacionamento com os usuários”

Trabalhar com os usuários envolve estar em contato com costumes, crenças e concepções de mundo diferentes das do ACS. Essa relação de proximidade com o diferente pode representar uma sobrecarga na realização do trabalho, na medida em que envolve o repensar as próprias crenças e, conseqüentemente, o trabalho.

Porque às vezes tem coisas que a gente não entende, né. Fica sempre perguntando porque. Eu até às vezes fico, assim, pensando... esses dias eu

tava assim “puxa vida, né. Porque que que tem certas pessoas que tem tantas chances e não conseguem valorizar isso, né”. Porque... eu penso, assim, muito na (cita o membro da família que visita), né. Olha, ela tem chance. Ela tem psicólogo, ela tem cesta, ela tem cartão disso, ela conseguiu emprego através da gente tá lá pedindo, conversando e ela foi uma das escolhidas. As crianças são bem atendidas. Conseguiram creche, conseguiram escola. Quer dizer, não tá tudo bem? Não taria tudo bem pra ela? E ela não consegue valorizar isso. Quer dizer, devagarinho ela vai perdendo uma coisa, ela vai perdendo outra... e tá perdendo tudo. Você entendeu? Aí depois ela pega e fala “aí eu sou mesmo... é não nasci pra ter as coisas, às vezes ela fala. Sou mesmo azarada.” (...) E aí você fica assim “ai, o que que será que eu não tô fazendo?”. Mas aí você vê que tudo... não depende de você as coisas. Que cada um – é aí onde entra – que cada um é cada um, entende? Não adianta você chegar lá e enfiar as coisas na cabeça do seu filho e falar “é assim que eu quero”. Não adianta. Você dá... abre o caminho, você orienta, você fica no pé – porque eu fico mesmo, né. Então, você sabe que a sua parte você tá fazendo. Então, se amanhã ele chegar aqui e qualquer coisa que der, assim, diferente, você sabe que não foi porque você não ajudou, porque você não orientou, entendeu? Você, pelo menos, esteve presente, né. (ACS11; linhas 178 a 202)

Mesmo que - como no meu caso, que sou agente comunitária no meio... vamos dizer... é... de pessoas que são excluídas do normal da sociedade. São pessoas... como eu trabalho apenas no interior da favela. Então, isso tem “n” impedimentos. Desde a falta de informação, até a opressão social, né, opressão até dos responsáveis que não encontram saída pra esses problemas difíceis e que vão se tornando cada vez maiores, né. São pessoas que normalmente são culpadas, são discriminadas. Elas são sempre bandidas. São sempre capazes de roubar. Não conseguem emprego porque moram na favela, entendeu? Então, é uma coisa muito difícil e muito demorada. A gente tem que fazer um vínculo muito forte e tem que ver bem o ritmo do lugar. Porque de repente, se você vai além do que é possível, você pode promover uma discriminação. Tornar-se diferente, né. E aí já não teria o mesmo acesso as famílias onde eu trabalho. Entendeu? Então eu vivo diariamente no meio de onde tá sujo, sabe, de onde não tem esgoto. Ou se tem não é bem utilizado. Há doenças... sabe, tipo constante. Verminoses, infestar-se, curar-se, reinfestar-se. As condições de higiene são precaríssimas. Podem ser mudadas. Podem ser mudadas. Mas eles ainda não sabem ou não valorizam, vamos dizer, foram é... relegados, tão relegados que já se acomodaram diante do ruim. “Ninguém me respeita mesmo. Sou da favela. Não tenho direito, não...”. Entendeu? É um achatamento, né. (ACS6; linhas 25 a 41)

Estar em contato com o outro em sua alteridade implica no respeito às condições e decisões de vida. Impor as suas próprias crenças e entrar no espaço do outro para além do que ele permite faz com que o vínculo entre ACS e usuário seja rompido, impedindo, assim, o trabalho do ACS.

Além do respeito ao outro, Ayres (2004) aponta que o encontro terapêutico promove a reconstrução identitária entre profissionais e usuários, ou seja, através do encontro com a alteridade têm-se um processo contínuo de reconstrução reflexiva da identidade.

O trabalho do ACS descrito como estar em contato com o diferente, implica estar em contato com diferentes problemas e situações adversas vividas pela comunidade, sendo o mesmo descrito como difícil pelo grande número e pela diversidade de problemas com que o ACS lida e, principalmente, pelo fato de que o ACS também tem os seus problemas que, por vezes, podem ser semelhantes ao que o usuário vivencia.

***Não é fácil! É muito pesado!** Tanto que a gente traz, conversa, procura... pede ajuda de um e de outro, porque a gente também tem os problemas da gente. Então você vai e depara com problemas de outro, que às vezes é maior que o teu, então isso vai juntando. Por muito que a gente queira separar a vida pessoal com... às vezes não tem jeito. Você bate de frente com muitos problemas que é o seu. Então isso se torna uma tonelada. Então é difícil. Mas a gente pelo menos, cê tem, a gente traz, a gente discute com as pessoas da equipe, né, aí já ameniza um pouco. E com isso a gente tenta ajudar o outro. **Mas não é fácil!** Não é fácil de jeito nenhum. (ACS2; linhas 94 a 101)*

Tem que gostar do que faz. Porque se não gostar, não ter dedicação, eu acho que não consegue fazer nada, porque é pesado, é complicado, é difícil. Porque você ouvir problema dos outros não é fácil. Você já tem os seus! E ainda vai ouvir mais os dos outros. (ACS2; linhas 174 a 177)

Você tá lidando com emoções, você tá lidando com problemas, coisas que as pessoas dizem podem até estar acontecendo com você, ou já terem acontecido. Então, é muito difícil você ter essa distância ótima. Mas tem que pelear pra manter isso aí, senão vira bagunça. (risos) (ACS10; linhas 95 a 97)

E... eu acho assim, o agente... como eles dizem, é uma peça fundamental mesmo. Importante. Porque o que a gente faz é... tem hora que você fala assim “não! não dá pra acreditar...”. Porque é tudo assim, de momento ali. Às vezes você dá com a porta na cara, às vezes você... é... eles exigem demais de você, sabe? O seu tempo é pouco. Você se envolve nos problemas de cada um, os mais íntimos, né. E só que aí também isso é... eu tô falando, assim, por mim, que às vezes eu entro muito em conflito com o meu eu por causa disso. Porque às vezes você... você chega, você chega com a mala cheia, entendeu? E você precisa dividir isso. E nem sempre dá pra você... é lógico, a gente tem esse espaço, mas nem sempre dá pra você dividir tudo isso pra te aliviar um pouco. E nem sempre é visto com o mesmo olhar que você que tava ali presente. Então, é por isso que eu falo, que o nosso desgaste físico e emocional é muito grande. (ACS4; linhas 49 a 58)

Lidar com problemas e ao mesmo tempo vivenciá-los também é visto como um acúmulo de problemas. Manter uma distância ótima entre os problemas do outro e os próprios é descrito como necessário para propiciar uma atuação de ajuda. Porém, o estabelecimento dessa referida “*distância ótima*” (sic) mostra-se como um trabalho complexo uma vez que o envolvimento do ACS é grande. Assim, dizer de uma distância ótima parece se tratar do uso da razão como uma defesa contra o sofrimento vivenciado no contexto do trabalho.

O contato com aspectos íntimos da vida do usuário faz com que o ACS vivencie as dificuldades e problemas dos usuários se posicionando enquanto um membro da sua família, ressaltando, novamente, a complexidade de se estabelecer a referida “*distância ótima*” (sic).

*E tem muitos problemas que às vezes a gente vai, a gente até fica triste, preocupada de tá resolvendo esses problemas. E muitas vezes é difícil porque a gente tem um... nem tudo pode ser resolvido assim momentaneamente. É passo a passo. Então, cada coisa que a gente consegue **resolver**, ajudar, amenizar... pelo menos pra mim é uma alegria, é um retorno muito grande. Às vezes uma família que... por exemplo, eu tenho um etilista que ele toma por exemplo, já tive casos de um senhor que tomava mais de um litro de pinga por dia e agora já tá fazendo dois meses, ele não tá tomando... ele é aposentado, ele voltou a tá trabalhando pra ter uma terapia ocupacional. Então, pra mim é um retorno tão grande, que eu vejo ele assim e... eu comento e as meninas até tiram sarro: eu falo, não, eu encontro com ele e falo “oi, que alegria, tudo bem? Eu fico contente, tá com cabelinho cortado, fez a barba” dou um abraço, um beijinho nele. E as meninas “**menos! Menos!**”. Falei não, mas é a verdade, é o que acontece. E pra mim é como se eu tivesse... ai, se fosse um parente meu, se fosse alguém meu. (ACS3; linhas 40 a 48)*

*Assim, e ser agente dentro da sua casa, você é... você... é, assim, difícil você conseguir separar, entende? Assim, às vezes você fala “ah, eu vou pra casa e acabou”. Não é fácil. Sabe, às vezes eu tô lá em casa e falo “ah, não. Eu não vou lembrar de **nada** disso”. Mas não dá. De repente quando você começa... quando... agora eu até me vigio um pouquinho mais, porque antes eu tava muito chata, também. Porque tudo eu tocava nos assuntos, sabe? Ah, porque... não citava, assim, nomes, essas coisas, mas assim, os problemas. Então aquilo era tão angustioso pra mim que eu precisava estar repartindo com alguém. Então eu ficava, contava pra um e pra outro, dentro da minha casa. Assim, “nossa gente, vocês reclamam disso, mas lá eles não tem nem isso. Eles comem o pão duro”. Sabe, aí você começa a ficar muito assim, você começa a ser até chata com isso. Então assim, eu acho que nessa parte eu já melhorei um pouquinho. Um pouquinho (risos). (ACS11; linhas 210 a 221)*

O ACS envolve-se nas dificuldades vivenciadas pelas famílias usuárias do serviço a ponto disso refletir em suas próprias vivências familiares, causando um impacto na rotina familiar pessoal.

Ao mesmo tempo em que o ACS descreve-se como um membro da família do usuário, há também a tentativa, por parte do ACS, de estabelecer um limite para esse envolvimento com o usuário, problematizando, mais uma vez, a necessidade de uma “distância ótima” (sic).

Só que a gente tem que saber pôr limites também, porque se eu entrar nesse... dilema, eu vou ter problema comigo também, com a minha saúde. Então, eu tenho que saber lidar com esse limite. Eu tô lá, eu sou agente, tô fazendo o meu trabalho. Só que, assim, eu saí daqui eu vou fazer outra coisa... é como eu sair da minha casa, lá eu sou a mãe, eu sou a esposa, eu saí de lá, fechei a porta eu deixei lá. Aqui eu sou agente. Saí daqui eu vou fazer minhas visitas tal, deu meu horário, tá tudo aqui, eu não costumo levar, por exemplo, os problemas pra mim. Tranquei, fica aqui pra resolver. Não deu pra resolver hoje, então amanhã a gente vai resolver. Vou tá passando pra equipe, vou ver quem pode tá me ajudando, quem é a pessoa adequada, quem que vai tá... se é o caso de uma paciente que precisa visita, se eu vou fazer a visita e a paciente tá lá com dor, tá com febre e tudo, eu já pego o telefone eu ligo aqui, converso com os enfermeiros, muitas vezes converso com a doutora, peço orientação, falo “olha, tá precisando fazer uma visita assim e assim” aí eles vão até o domicílio, faz a visita. Aí eu fico tendo aquele retorno, isso também é uma coisa muito gratificante, porque quando você volta “ô, ACS3, Deus te pague, bem. Porque aquele dia você me ajudou, você fez isso...”, quer dizer, eles não esquecem. “você fez isso, você fez aquilo...” eu falei “não, eu fiz o meu dever. É minha obrigação fazer isso.”. Então, assim, é uma coisa, assim, muito gratificante. Tem momentos que às vezes são... tristes. Mas é um trabalho que eu gosto muito de fazer. (ACS3; linhas 70 a 87)

Mas você tem que ter uma certa distância pra poder olhar por fora do problema e conseguir ajudar. Porque se você se envolve muito com a família, você acaba ficando neutra. Você não consegue ajudar a pessoa. A família. Porque você fica muito envolvida, você sofre junto com a família. Não que isso não seja possível, mas pra... assim, ter um lado profissional é ruim. Você tem que ter o vínculo mas saber, assim, ter uma distância pra poder ajudar a família.

PESQUISADORA – a distância seria não se envolvendo, não sofrer...

ACS10 – exatamente. É... exatamente. Esse tipo de envolvimento. Você fica pensando muito numa pessoa que faz uso de drogas e você quer ajudar aquela família. Então, toda semana você vai lá “e aí, o fulano de tal melhorou? Parou de usar droga?” “Ai, não. Tá usando droga de novo”. Aí a pessoa chora e você chora junto. Aí é falta de... assim, pra ser sincera, de postura até. Então, você tem que saber separar. (ACS10; linhas 83 a 94)

Esse limite para o envolvimento com o usuário, descrito através da “*distância ótima*” (sic) que permitiria ao ACS olhar o problema “*de fora*” (sic) e manter uma postura profissional, implica na tentativa de quantificar o envolvimento com o usuário, criando normas sobre quando e como esse envolvimento mantém o lado profissional preservado e quando pode prejudicar a atuação profissional do ACS.

Além do lado profissional, o ACS também cria mecanismos de defesa para evitar as consequências do alto envolvimento com o usuário em sua vida privada, ou seja, o ACS se recusa ficar pensando nos problemas dos usuários quando termina o seu horário de serviço, tentando separar as vivências profissionais das vivências pessoais – “*fechei a porta eu deixei lá*” (sic).

Por outro lado, esse limite para o envolvimento é descrito por um ACS como uma forma de enrijecimento da equipe de saúde para conseguir vivenciar situações de sofrimento, ou seja, a equipe de saúde através da prática cotidiana habitua-se aos problemas e demandas dos usuários e, segundo o ACS, perde a sensibilidade diante dessas situações, na medida em que não se envolve com os mesmos.

*Assim, eu também não penso que se eu continuar, vamos supor, se eu continuo sendo agente, que daqui dois, três anos eu vou tá diferente. Eu **não quero** tá diferente no meu sentido assim, de tá entendendo as pessoas. Eu não quero mudar assim, de me sensibilizar quando eu chego numa casa e vejo uma pessoa sofrendo e eu achar que é normal, sabe? Eu não quero ter essa mudança. Como a gente ouve falar “ah, é porque vocês são novas no serviço. É porque eu já tenho não sei quantos anos de Centro de Saúde. Eu já sou funcionária da saúde há não sei quanto tempo. E... ih, a fila pode ficar lá”. Sabe, eu não... eu fico assim... aí será que isso contagia? Então eu falo que essa sensibilidade pras coisas eu não quero perder. Eu quero continuar. Eu sei que a gente se fortalece, né. Você consegue, assim, segurar mais, né. Porque no começo... era muito duro pra mim. Todos os dias eu chorava quando eu chegava em casa. Todos os dias. Aí meu marido até falava assim “não. Você pode sair desse serviço”. Eu nunca tinha trabalhado fora. E sai pra trabalhar e chora todo dia? Que que é isso, né? (risos) (ACS11; linhas 156 a 168)*

E, assim, eu quero sempre, assim, melhorar. E eu não quero – igual eu já falei – eu não quero nunca é... chegar uma hora e não ligar se você tá sofrendo ou não. Sabe, eu não quero isso. Então, eu quero continuar sendo assim: quando alguém fala uma coisa, que eu sinto vontade de chorar – que

eu sou chorona e tudo - que eu chore normal, numa boa. E que, em determinado momento, eu tenho aquela força de poder falar alguma coisa pra pessoa que vai ajudar. Se eu não puder tá falando nada, pelo menos tá ouvindo. E não virar também as minhas costas, na hora que eu voltar, e ficar rindo do problema, ou recriminado, porque é isso ou porque é aquilo. Sabe, porque todos nós, a gente tem uma forma que a gente acaba julgando as pessoas. Tudo bem. A gente julga mesmo. Mas que esses julgamentos não seja uma coisa destrutiva. Pra destruir, pra humilhar. Mas, assim, pra conseguir entender o outro lado, né. (ACS11; linhas 650 a 660)

Tal ACS relata sofrimentos decorrentes do início do trabalho, ao mesmo tempo em que pontua a prática profissional tornando-o capaz de pensar outras formas de estar diante da dor, do sofrimento e dos problemas do outro. Porém, essas formas de atuação podem ser de auxílio no trabalho de ajuda ao outro – na medida em que o ACS “*se fortalece*” (sic) e consegue estar junto com o usuário na adversidade – ou podem dificultar a ajuda ao outro – quando se lida com a dor, com o sofrimento e com os problemas dos outros, através de um enrijecimento pessoal (o trabalhador não se deixa afetar pela dor do outro para conseguir dar continuidade à realização de seu trabalho técnico).

Portanto, esse enrijecimento é descrito em oposição à sensibilidade para com os problemas dos outros, ou seja, o ACS descreve situações quando a atuação na área da saúde faz com que a pessoa crie formas de defesa frente às situações adversas vividas pela comunidade e deixe de se sensibilizar com isso, podendo julgar e rir do problema alheio.

Tecendo comentários sobre a despersonalização nos cuidados em saúde, Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) apontam que, pelo fato dos profissionais da saúde lidarem com o sofrimento humano, um distanciamento torna-se necessário para evitar reações de pânico ou o imobilismo diante da dor do outro. Tendo em vista a complexidade da questão do envolvimento na relação ACS-usuário, acreditamos ser necessário que o ACS tenha suporte para que possa lidar com os envolvimento emocionais inevitáveis ao relacionamento humano, de tal forma que possam ser elaboradas as próprias angústias e recuperada a capacidade de ajuda ao outro. Faz-se necessário, assim, estabelecer espaços de reflexão, onde

se construa um novo fazer pautado pela responsabilização, implicação e a possibilidade de seguir junto na adversidade e no sofrimento.

Mantendo a proximidade com o usuário e vivenciando com o mesmo situações difíceis, o ACS descreve uma sobrecarga no trabalho, uma vez que ele depende da percepção da melhora do outro para enfrentar o acúmulo de problemas, podendo gerar, conseqüentemente, uma necessidade de estar sempre resolvendo os problemas dos usuários, acarretando um acúmulo de funções que pode ultrapassar as previstas para o trabalho de ACS, uma vez que acaba lidando com uma diversidade de problemas que incluem: biológicos, emocionais, econômicos entre outros.

Tem dia, que dependendo da visita que você faz, você sai daqui bastante carregada mesmo. Você tá ali às vezes almoçando e jantando, sabendo que aquela família tem criança pequena e não tem o que comer. Então, isso é muito... na hora você lembra e você até perde o apetite. Então, tem dia que a gente sai daqui bem sobrecarregada, principalmente as meninas que trabalham na áreas mais da favela, ali né. Que tem mais problemas assim. E... e aí, cada vez que a gente vê que eles conseguiram uma cesta, ou conseguiram um emprego, alguma coisa, isso que é gratificante. A gente fica... se fortalece um pouco, né. Mas tem dia que não é fácil não. A gente se frustra. Porque dependendo do trabalho, dependendo do que a pessoa, do que a família tá precisando, a gente não sabe como... como... onde recorrer, não depende só do PSF. Depende de outras pessoas, que às vezes o negócio é meio devagar. Então, a gente fica meio assim, “nossa, não consegui fazer nada por aquela família, né”. Mas eu acho que só da gente ir lá conversar, tentar ajudar, junto com eles pensar numa solução, isso já tá sendo de uma grande ajuda pra eles, né. (ACS7; linhas 136 a 148)

Porque a gente vai na casa. Aí eu chego lá, por exemplo, fulano: “olha ACS3, hoje eu tenho aqui água, alface e tomate. Eu não tenho nada pra comer”. Você fica numa situação... você olha, às vezes uma família com treze pessoas numa casa, assim, uma sala, dois quartos, um quarto com aquele monte de colchão tudo jogado no chão, a outra tem uma cama e outro colchão jogado no chão, uma cozinha pequenininha... Você pára e fala “gente, como que consegue viver assim, nessa casa tudo... essas crianças... essa família”. Então, você vê aquilo... você não acha... puxa vida, não tem condições. (ACS3; linhas 172 a 178)

Porque eles tratam a gente como se a gente fosse um assistente social, uma psicóloga. Porque, assim, tem coisas que eles confidenciam pra gente como se eu fosse uma psicóloga. Quer dizer, não só eu, mas todas as agentes. Ou... como se a gente tivesse fazendo uma terapia ali com eles. Às vezes a pessoa vem... problemas de cestas básicas, problema de alimentação, problema de pessoas que às vezes não tem nem a luz, cortou a luz, cortou a água. Então, é assim, em recursos que eles acham que a gente tá ali pra

resolver tudo. Então eu falo assim: “eu vou tá passando pra equipe. O que tiver no alcance a gente vai tá procurando ajudar, na medida do possível”. Mas assim, na hora a vontade que tem é que se a gente pudesse, é... resolver o problema. Mas às vezes não é. (ACS3; linhas 60 a 68)

Estar envolvido com as dificuldades dos outros implica, algumas vezes, para o ACS ser o responsável por solucionar as mesmas, ou seja, a sobrecarga criada pelo acúmulo de problemas conseqüentemente envolve outra sobrecarga – de funções – na medida em que o ACS sente-se aliviado após a percepção da melhora do usuário. Além disso, quando não se tem o arsenal técnico para ajudar na resolução do problema – atuar como psicólogo, assistente social – “só” (sic) conversar e estar disponível já é descrito como de ajuda ao usuário. Nesse sentido, o ACS pontua que a única opção restante de atuação é a escuta, demonstrando, porém, um desejo de resolver os problemas dos usuários, trazendo, portanto, a escuta como uma forma de pensar uma solução conjunta, ou seja, a escuta não é descrita como forma de ajuda por si só, mas é de ajuda apenas quando seguida de uma solução.

Diante de tal demanda, o ACS parece sentir-se impotente na realização de seu trabalho. O sentimento de impotência emerge com o trabalho cotidiano num contexto marcado por adversidades e carências, onde o desejo do ACS é de resolver todos os problemas da comunidade – o que envolveria ações intersetoriais. Além disso, a importância dada ao arsenal técnico faz com que outras ferramentas possíveis do trabalho sejam significadas como de pouca ajuda, tais como a escuta e o estar junto na adversidade.

O estabelecimento de vínculo por meio do convívio do ACS com a comunidade é muito valorizado pelas conseqüências favoráveis que produz, mas por outro lado pode gerar sentimentos de impotência, de cansaço, sofrimento e desgaste nos ACSs pelo seu limitado poder de resolução, uma vez que a comunidade solicita o atendimento às suas necessidades além do âmbito de atuação do ACS e o mesmo pode sentir-se sem condições de abarcar a grande cota de responsabilidades que lhes são imputadas (PEDROSA; TELES, 2001; OLIVEIRA; SPIRI, 2006; AZAMBUJA et al., 2007; TRAPÉ; SOARES 2007).

Além disso, o sentimento de incompetência diante das exigências dos usuários é intensificado já que os ACSs lidam com questões como fome, miséria, violência, falta de saneamento e infra-estrutura que dependem de ações intersetoriais, mas, por estarem inseridos na comunidade, os ACSs podem ter uma percepção de maior responsabilidade diante da resolução desses problemas (AZAMBUJA et al., 2007). Nesse sentido, como já relatado, acreditamos que a promoção de ações intersetoriais não é um trabalho de profissionais específicos e isolados, mas deve ser realizado por toda a equipe conjuntamente.

Estar em contato com diferentes usuários enquanto profissional da saúde também é descrito como angustiante, uma vez que o ACS considera que além de tentar solucionar a diversidade das demandas dos usuários, eles devem fazer isso exatamente no momento em que realizam as visitas, através de respostas aos problemas e orientações.

Então, eu acho que é o que eu te falei né, a gente escuta, tem que ter flexibilidade porque você tem que saber lidar porque cada caso é um caso, cada momento é um momento, cada situação é uma situação. É... através, assim, desse contato assim íntimo com essas pessoas, a gente também aprende a conhecer, né, o que é coisa de momento mesmo, se é um desabafo só, se realmente a situação é verdadeira tá, se vai continuar, vai... causar assim problemas maiores, tem que tomar uma providência. Então, você que tem que tá atento com tudo isso, você vai analisar “não...”.... ou às vezes você fica na dúvida também. (ACS4; linhas 70 a 77)

Mesmo assim, nem sempre eu... eu falo assim, o momento pior é você tá ali, no momento, vivenciando aquilo. E a hora que você traz já não é a mesma coisa, entendeu? Porque você tá ali diante da pessoa... e às vezes você tem que tomar certas atitudes ali no momento... não que você fala “você vai fazer...”, mas você tem que acolher a pessoa, deixar de uma maneira que ela fique mais aliviada. Até você trazer, até você discutir... você não pode deixar a pessoa daquele jeito, entendeu?

PESQUISADORA – então, quando você fala flexibilidade é porque... só pra eu entender... é porque você tem que agir na hora...

ACS4 – na hora! Porque trouxe e você tem que ver o que pode ser feito até você ter uma resposta. Ou tentar, pelo menos, aliviar mais. Mas naquele momento você tem que dar um alívio pra pessoa, entendeu? Então, o que que você tem que fazer: “não, não, isso... eu posso ver isso”. Vamos supor... a é questão é um problema que médico pode solucionar, o que que eu faço? Eu ligo tudo? Eu corro aqui na Unidade e falo “ó, precisa de uma visita médica urgente”. Ou... mesmo sabendo que a própria pessoa pode acionar uma ambulância, entra, tá entendendo? Mas eu acho que não é bem por aí. Nem todos os casos. Então, é o que eu tô te falando: cada caso é um caso, você tem que agir rápido pra não dar errado, né? (ACS4; linhas 78 a 93)

O ACS, assim, descreve a escuta como parte do seu trabalho, mas ela deve vir seguida de repostas ou orientações imediatas aos usuários, ou seja, o ACS diz não ser possível deixar o usuário sem pelo menos “*um alívio*” (sic), cabendo ao ACS discernir os momentos de “*desabafo*” (sic) de quando a “*situação é verdadeira*” (sic) para poder realizar o procedimento tido como correto. Novamente a escuta é vista como uma ação que carece de um complemento técnico, ou seja, a escuta não é descrita como uma intervenção em si, mas sim como precursora de uma intervenção técnica – respostas ou orientações.

Com essa necessidade prescritiva, ou seja, de dar respostas e orientações aos usuários logo após a escuta de suas necessidades, o ACS descreve o não possuir o conhecimento técnico como angustiante, na medida em que se descrevendo enquanto profissional da saúde, considera que deve possuir um saber técnico sobre saúde que o capacite a agir além da escuta.

No início eu ficava com aquela, aquele medo, aquela angústia, sabe? Eu ficava assim “ai, eu não vou saber fazer isso. Eu não tenho condições. Imagina. Como eu vou saber falar o que que é diabetes, o que que é... né”. Eu sou lerda mesmo, pra aprender as coisas, né. Tudo eu sou mais devagar mesmo. Então, às vezes, até hoje eu preciso ficar perguntando. (ACS11; linhas 251 a 255)

Assim, tipo assim, falar alguma coisa errada. Alguém perguntar e você não saber responder. Aí o pessoal foi falando né. E tem as nossas dificuldades também, né. E nem tudo a gente sabe. Às vezes a pessoa faz alguma pergunta, pergunta de alguma coisa que a gente não sabe. Antes eu se preocupava bastante com isso, falava “pô, eu to aqui, meu Deus, ela perguntou e eu não sei, e agora?”. E o pessoal, a gente conta isso e eles deixa a gente bastante tranqüila “olha gente, não tem problema. Fez visita, se a pessoa perguntar, não sabe, não tem problema. Vem aqui e a gente conversa, bate papo. Depois você pega e devolve pra pessoa”. “oh fulana, é assim, assim, assim...” então, quer dizer, nessas partes eu tinha muito medo, sabe. (ACS8; linhas 355 a 363)

Uma barreira surge no início do trabalho do ACS: como o mesmo é um profissional da área da saúde, ele pressupõe que deve possuir um conhecimento sobre saúde que o torne apto a ocupar esse cargo. A equipe é descrita como tendo um papel fundamental de aliviar essa cobrança interna do ACS, na medida em que legitima o não saber como possível e disponibiliza informações que, posteriormente, serão devolvidas pelos ACSs aos usuários.

Porém, deter o saber em saúde parece ser apontado por outro ACS como extremamente necessário, sendo que o mesmo se culpa por ter dificuldades de aprendizagem desses conteúdos e ter que recorrer sempre à equipe. Nesse sentido, o próprio ACS exige de si mesmo um saber que ele considera capacitá-lo para o trabalho em saúde.

Parece haver uma contraposição entre o saber leigo e o saber técnico. Apesar de valorizado no momento de seleção pelo conhecimento que possui da comunidade por ser morador da mesma e do seu capital social, os ACSs acreditam que possuir um conhecimento técnico em saúde poderia melhor capacitá-los na realização de seu trabalho.

Outra forma de sobrecarga descrita a partir do relacionamento com o usuário implica em lidar com resistências por parte do usuário quanto ao acesso a seu mundo privado no momento das visitas domiciliares, resultando diferenças de receptividade que os ACSs encontram nas famílias que visitam.

Porque, assim, tem todos os tipos de receptividade. Tem aqueles que te recebe muito bem, quer que a gente entra, quer que conversa, quer que demora. E já tem aqueles que despacha rapidinho. Então, assim..., tem... famílias receptivas e aquelas... Aí, muitas vezes eu pergunto: “você não é obrigado a tá me recebendo. Se você não quiser, eu posso tá te trazendo um papel pra depois...”. “Não. Eu quero que você continua a tá vindo aqui. Só que hoje, por exemplo, eu tô com pressa porque eu tenho que fazer o almoço, eu tenho que passar roupa, eu tenho que levar a criança na escola. Eu tô saindo pra levar fulano. Você não repara não, tá?”. “Não. Tudo bem.”. Então, assim, tem essas coisas também que a gente... que a gente enfrenta. (ACS3; linhas 333 a 342)

*Dificuldades com as pessoas mesmo, com os pacientes. Que nem, há todo esse tempo, mais de três anos que eu tô aí trabalhando, assim, tem umas, vamos dizer, umas três, três eu acho... umas três casas que até hoje a pessoa não falou ‘entra, você quer entrar?’. Até hoje eu não consegui entrar. Umas três. A maioria assim, são super aberto, disponíveis, gostam, **adoram**. Tem uns que fala ‘ai, faz tempo que você não vem na minha casa que não sei o que...’. (...) Como também tem uns também que... são poucos, né. No começo tinham mais né, que ai... era meio assim... ‘tá tudo bem?’, ‘tá, tá tudo bem, tudo’. Às vezes não abria, não queria muito conversar. Mas hoje não, hoje, assim, melhorou muito, muito mesmo. (ACS1; linhas 164 a 175)*

Olha, assim, quando eu comecei a trabalhar eu encontrei muita dificuldade. Tinha muito, assim, rejeição, sabe? Tinha muita resistência. Não via com bons olhos não. (ACS4; linhas 178 a 179)

Estar em contato com a diferença implica respeitar o limite do outro quanto à sua abertura para o contato. Assim, algumas famílias estão mais receptivas e recebem o ACS dentro de seu universo privado e outras preferem manter um distanciamento, apesar de não quererem se desligar do serviço. Cabe ressaltar que não entrar na casa do usuário significa para o ACS uma barreira existente no início do seu relacionamento com o usuário, e transpor essa barreira indica que esse usuário já possui uma abertura e uma liberdade maior para com o ACS, ou seja, o vínculo foi estabelecido.

Além disso, o fato de não conseguir entrar na casa do usuário é percebido pelo ACS como sinônimo do usuário não gostar do serviço. Nesse sentido, o ACS não concebe a possibilidade da diversidade de receptividade como decorrência da existência de pessoas mais reservadas com relação ao seu ambiente privado. Seu trabalho não inclui pensar sobre essa diversidade, ficando restrito às sucessivas tentativas para entrar na residência do usuário, utilizando-se, para isso, de ameaças de desligamento do serviço.

Segundo Pedrosa e Teles (2001), a resistência das comunidades no início da inserção do PSF deve-se à desconfiança das mesmas em relação à proposta de assistência, cabendo ao ACS um papel importante no processo de envolvimento da população para que ela participe das atividades de saúde.

Ao mesmo tempo em que entrar no universo privado é indício de que um vínculo foi estabelecido, é também descrito como gerador de angústias na medida em que o ACS não sabe o que pode encontrar durante a visita, ou seja, o trabalho de realizar visitas domiciliares é permeado pela imprevisibilidade.

*O fato dele ir na casa da pessoa ele já tá se expondo. Porque, você sabe, tem todo tipo de gente. E você **tem** que ir. Entendeu? Às vezes você chega e encontra, assim... né, um momento não muito agradável. E você chegou e não tem como sair. Você tem que ficar... sei lá, são vários... é onde eu te falo da flexibilidade. É onde a gente até... às vezes a gente até... já aconteceu comigo... eu, a minha presença provocar um conflito. (ACS4; linhas 114 a 118)*

Então, quer dizer, assim, pra mim não foi um bicho de sete cabeças. Eu fiquei meio assim, em aspas, né, eu não sabia o que a gente ia encontrar na casa das pessoas, como que as pessoas iam me receber. (ACS8; linhas 402 e 404)

O trabalho do ACS é marcado por angústias e inseguranças pelo fato de desconhecer o que está no universo privado do usuário. Cabe destacar que tais sentimentos não são descritos apenas no início do trabalho do ACS: a sistematização e a obrigatoriedade das visitas domiciliares também pode gerar uma sobrecarga, uma vez que mesmo sem se sentir preparado para realizar visitas domiciliares a determinadas famílias o ACS “*tem que ir*” (sic).

Sendo assim, cabe refletir sobre o quanto o atendimento no “setting” dos serviços de saúde constitui-se num espaço diferenciado do universo privado do usuário, ou seja, quando o usuário vai até o serviço de saúde pode deixar em casa boa parte das vivências pessoais que considera não pertinentes de serem reveladas no espaço da clínica por envolverem conflitos, angústias etc. Já o espaço de trabalho do ACS – a residência do usuário – é exatamente o lugar onde essas vivências pessoais ficam resguardadas, ou seja, o ACS pode ter contato com experiências que não são levadas pelo usuário no atendimento em saúde na Unidade de Saúde.

Mendes (1995) aponta que o trabalho em saúde é marcado pela imprevisibilidade quanto à presença do agravo e aos resultados que podem ser obtidos. Estendemos o conceito de imprevisibilidade para o âmbito das relações, ou seja, na realização de visitas domiciliares os ACSs lidam com o imprevisível quanto à receptividade, quanto à escuta de acontecimentos difíceis, quanto à insistência por respostas por parte do usuário e quanto às expressões de sentimentos e afetos dos usuários.

Sobre o trabalho de promover o envolvimento político do usuário, um ACS, líder da comunidade em que atua, aponta como dificuldades na relação com o usuário a promoção do controle social, descrito aqui como o envolvimento da comunidade através de uma participação política ativa na luta pelos seus direitos.

Tentar envolver a comunidade... eu acho que o que há de mais difícil nós não conseguimos ainda. E eu, principalmente me frustro com isso, porque faz tempo que eu trabalho com a comunidade. Faço parte da associação dos moradores. E essa resposta da população, principalmente dessas pessoas que eu cito, é muito difícil, né. Então, a gente... eu fico realmente frustrada em muitos momentos, né, quando a gente tenta promover alguma coisa, mudar uma realidade. Eu avalio que foi muito pouco que consegui até hoje, né. E a gente não conseguiu por exemplo, promover no serviço público a participação da população a nível de conselho social como prevê o SUS. Isso pra mim é uma frustração, ainda não termos conseguido. Mas não depende só de mim, nem só deles, nem só da nossa equipe de saúde, né. Porque a gente às vezes, enquanto equipe de saúde, pode achar que pode tudo. Porque saúde é um tema abrangente e a gente entende saúde, assim, mais amplamente, né. Então a gente fica pensando que somos capazes de tudo. Não somos! A comunidade é maior do que nós, nós somos parte dela. Podemos ser bons. Temos que ser bons. Quanto melhor, melhor, né. Mas não somos capazes de tudo por nós mesmos, né. Temos que saber... temos mais meios, temos mais instrumentos, podemos disponibilizar isso. A gente ainda não conseguiu implantar também aquilo que a gente fala: a intersetorialidade, né. Como por exemplo, a nossa equipe, que não é só a nossa equipe que faz isso, tem mais equipes, né, ela não... não conseguiu ainda trazer a população pra dentro com responsabilidade, saber entender que pode, que é cidadão. Nós ainda não aprendemos isso. Nós estamos construindo, tá. (ACS6; linhas 62 a 81)

No relato acima, o agente mostra-se afinado com as propostas de reformulação do sistema de saúde no que diz respeito à participação popular, ou seja, o usuário deve participar ativamente de seu processo saúde-doença, incluindo aí a luta por seus direitos e, conseqüentemente, pela melhoria dos serviços de saúde. Porém, o agente relata que incentivar a participação social acaba gerando uma sobrecarga no trabalho e, portanto, sente-se frustrado por não conseguir tal participação.

Cabe destacar que o lugar de líder que o ACS ocupa na comunidade em que atua acaba por facilitar a concepção de seu trabalho como sendo o de promover a participação popular – concepção essa que não é relatada pelos outros participantes da pesquisa.

4.3.2. “Relacionamento com a equipe”

Algumas descrições dos ACSs apontam para falta de apoio da equipe de saúde ao trabalho realizado por ele. Dificuldades na atuação enquanto equipe são apontadas como

empecilhos para a realização de um trabalho conjunto, permeado pela confiabilidade, transparência e ajuda mútua.

PESQUISADORA – e com a equipe?

ACS2 – também tem suas... barreiras. Às vezes você consegue falar muito bem com um da equipe, com o outro você não consegue. Às vezes o que você pensa, as idéias não batem. Mas, assim, com isso a gente vai aprendendo, né. E vai tentando, se não der de um jeito, a gente tenta de outro. Com... igual... em qualquer lugar, às vezes no trabalho, você consegue trabalhar com umas pessoas e com as outras não, né. (ACS2; linhas 146 a 151)

Tem muitas coisas também que às vezes eu fico muito triste, muito angustiada, né. Porque, assim, como se diz, a gente é humano, né. Então, tudo, apesar da gente falar que a gente é uma equipe, que a gente tem que trabalhar junto, né, que as agentes tem que tá sempre unidas tudo e tal, eu acho que não acontece bem isso. Infelizmente, né, é... eu acho que não precisaria acontecer, mas acontece. Então, quer dizer, acaba às vezes virando competição, né? Mesmo que você fala “ah, não é”, quando você vai ver, no fim, até você que acha que não... “não, eu não tô competindo”, quando você vai ver você tá competindo. Você começa a falar “ah, ela é chata mesmo. Não tô nem aí”. Então, quando você vê, você acaba entrando no jogo e acaba querendo disputar também. (...) Eu acho que isso não leva a nada. E prejudica, magoa as pessoas, né. Eu falo assim, viver tudo em harmonia, numa maravilha, não precisa, não existe. Nem dentro de casa a gente é assim. Sempre tem um arranca rabo ali, um arranca rabo aqui, não é? Mas só que tem umas coisas que a gente pode evitar. Principalmente dentro do trabalho, né. Porque tem tanta coisa que eu sei, por exemplo, que tem gente que fala pra mim na rua. E eu não chego aqui dentro falando. Porque eu sei que se eu falar vai dar... você entendeu? Então... não vai me ajudar em nada. Não vai melhorar em nada. Vai fazer o que? Vai só dá conversa, fazer fofoca, porque gera fofoca e não ajuda em nada. Você entendeu? Então eu penso isso. Eu sei que cada um pensa... como eu falo, cada um é de um jeito. Mas eu falo assim, se a gente pudesse aprender um pouquinho mais sobre isso, sobre refletir, sobre ver essas coisas... a gente até... porque de repente você se pega fazendo igual a pessoa. Você fica com raiva, então quando você vê, você começa a fazer... a fazer igual. Então você tem que falar “não, peraí, não é assim não”. Então eu falo assim “não, peraí, vamo...” mas de repente, quando você vê, você tá fazendo igual, e você precisa parar e pensar mesmo. Porque esses dias mesmo eu me peguei e falei “epa, o que que você tá fazendo? Tá fazendo igual. Você tá querendo falar o que?” então eu acho que a gente tem que pensar muito nisso. Eu acho que ser agente não é assim também que qualquer um que pode ser não. (ACS11; linhas 268 a 313)

A possibilidade de estabelecimento de vínculo entre o ACS e os outros membros da equipe dá-se de forma seletiva, ou seja, o ACS consegue trabalhar com determinadas pessoas e não com outras. Não compartilhar as mesmas concepções, valores e idéias é apontado como o

fator decisivo na escolha dos parceiros de trabalho, ou seja, o trabalho pode ser realizado em equipe apenas entre os iguais, a diversidade de opiniões e crenças é descrita como barreira ao trabalho em equipe.

Apesar da imposição da realização do trabalho em equipe (*“a gente tem que trabalhar junto(...) tem que tá sempre unida”* (sic)), na prática tal trabalho não ocorre. Questões que deveriam ser trabalhadas em equipe são motivos de competição entre os ACSs, crítica, julgamento do outro e de “fofoca”, ressaltando uma postura pouco ética em relação à situação vivenciada pelo usuário ou pelo colega de profissão e que são de pouca ajuda ao usuário e ao trabalho em equipe podendo, inclusive, interferir no vínculo estabelecido entre usuário e equipe de saúde. A possibilidade apontada pela ACS de refletir sobre o próprio trabalho poderia contribuir para a formação de uma equipe e, conseqüentemente, de um trabalho de maior ajuda ao usuário.

Campos (1992), em reflexão sobre o trabalho de equipes multiprofissionais na saúde mental, aponta a inexistência de um verdadeiro trabalho em equipe multidisciplinar, ressaltando o desenvolvimento de atividades parcelares de profissionais de diversas áreas do conhecimento sem a existência de uma proposta de trabalho voltada para um objetivo comum. Nesse sentido, tal trabalho transforma-se num agrupamento de profissionais de diversas áreas, onde as atividades desenvolvidas carecem de articulações e se perdem ou se diluem por se somarem, justaporem ou mesmo contraporem.

A análise das entrevistas com ACSs aponta que, além da questão da equipe como mero agrupamento de profissionais, questões pessoais e competição impedem a realização de um trabalho cooperativo voltado para um objetivo comum – no caso a ajuda ao usuário.

Sendo assim, o trabalho em equipe é significado como trabalho entre amigos/afins, não se descrevendo tal trabalho como forma de ajuda ao usuário e nem a possibilidade do estabelecimento de uma relação profissional com pessoas com as quais a afinidade não é

grande ou é inexistente. O trabalho em equipe seria possível de ser realizado, portanto, apenas entre pessoas que possuem afinidades entre si.

Analisando tal concepção de trabalho em equipe a partir da metáfora da orquestra proposta por Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005) o problema parece englobar a dificuldade em harmonizar as especificidades para compor um trabalho-sinfonia, ou seja, preservam-se as especificidades de cada profissional, mas não é possível um trabalho conjunto entre essas especificidades buscando a “sinfonia” do cuidado ao usuário.

Segundo Pedrosa e Teles (2001), os conflitos no relacionamento entre os membros da equipe de saúde podem surgir quando os mesmos estão diante de situações difíceis ou que geram competição, explicitando, conseqüentemente, a falta de continuidade do trabalho de cada profissional devido, muitas vezes, à baixa interação entre os membros da equipe.

Descrevendo sobre aspectos interacionais na equipe de saúde, Ciampone e Peduzzi (2000) apontam a formação dos profissionais de saúde ainda pautada no modelo biomédico, ocasionando uma fragmentação entre o biológico e o psicossocial, e que tais profissionais estão pouco instrumentalizados para a atuação na esfera da interação, tanto com os usuários quanto com os demais profissionais. Nesse sentido, o saber técnico torna-se o “verdadeiro” saber fazer e acaba incorporado também nas relações interpessoais no trabalho, que longe de ser em equipe, torna-se competitivo e não cooperativo.

Estar em contato direto com as famílias atendidas e com seus problemas e demandas parece mobilizar o ACS, que descreve precisar de um espaço para compartilhar suas vivências, possibilitando a continuidade de seu trabalho. Porém, o ACS não descreve a equipe como disponível a acolhê-lo.

*Quando você procura você encontra, mas não que tá **disponível**, que eu quero, sabe, assim... quando, às vezes quando eu tô muito angustiada eu sento com (cita o nome de um membro da equipe), me abro, falo, choro, brigo... e **falo!** Mas assim, não é que tem esse canal. **Eu** consigo isso, mas as outras meninas já não conseguem, entendeu? Então... e... o fato, assim... nem todo mundo a gente confia, né, pra tá falando, expondo... (ACS2; linhas 207 a 211)*

Tem caso, assim, a pessoa até mudou. Eu achei até engraçadinho o jeito que ela falou: “olha, eu fui lá atrás de psiquiatra, eu não preciso. Você está sendo a minha psiquiatra.”(Risos) Ainda eu achei até graça, porque eu falei assim “gente, eu vim aqui, doente...” eu falo “gente, eu tenho medo de entrar lá sozinha, né...”. Olha. E ela com o maior... sabe, aquilo pra mim... eu falei: “gente, eu com o maior medo dela” – medo, assim de... daquela situação, do jeito que eles falavam – e de repente ela me retribui de uma forma, você vê “não, olha, obrigado. Você...”. Só que de repente... eu posso tá colocando isso daqui aqui pra você. Agora, se você coloca isso numa reunião... imagina, você já tá querendo... você não pode falar nada, né. Então essas coisas também eu acho que, assim, eu acho que a gente tem que ter... que aprender. (ACS11; linhas 350 a 359)

O trabalho do ACS sobrecarrega e angustia e a ajuda ao enfrentamento dessas situações não se constitui uma ação coletiva, mas deve ser uma busca pessoal por colegas de trabalho pelos quais o ACS sente confiança. Sendo assim, uma fragmentação da equipe ocorre, na medida em que se elegem membros confiáveis e outros que não são. A relação de confiança entre usuário e ACS que facilita o estabelecimento do vínculo entre eles também é apontada como necessária ao trabalho em equipe. Confiar no outro é condição prévia para compartilhar informações, sentimentos e vivências, podendo resultar no início de um trabalho em equipe. Em contraposição, trabalhar com o outro desconfiando do mesmo impossibilita o trabalho em equipe.

Reid et al. (1999) em estudo sobre suportes e estratégias utilizadas por trabalhadores na área de saúde mental para lidar com situações adversas no trabalho, as interações informais entre colegas foram descritas como o recurso de apoio mais relevante, aumentando a satisfação no trabalho. Em contraposição, grupos de ajuda mais formais são descritos pela maioria dos participantes do estudo como um espaço pouco apropriado para discussões de problemas cotidianos ou ansiedades pessoais relacionadas ao trabalho.

Na ausência de uma equipe ideal, trabalhadores utilizam-se de estratégias buscadas individualmente, tais como procurar e eleger colegas de trabalho para dividir as dificuldades e os problemas do cotidiano, seja em espaços informais no próprio local de trabalho ou em espaços compartilhados de lazer e distração. Buscas de apoio individual como psicoterapia

pessoal são por vezes incentivadas mesmo aos profissionais que trabalham em equipes consideradas coesas e acolhedoras (RAMMINGER, 2005).

Os contatos informais entre trabalhadores parecem viabilizar a procura por pessoas de confiança e afinidades dentro da equipe e, conseqüentemente, a formação de sub-grupos de apoio entre parte dos profissionais da equipe em espaços informais dentro da instituição.

Além disso, a equipe como um todo é descrita como pouco aberta à escuta das vivências profissionais e dificuldades do ACS, ou seja, o ACS não considera poder compartilhar suas experiências profissionais com a equipe. Até mesmo situações importantes vivenciadas no trabalho como a mudança de concepção do ACS em relação a uma pessoa diagnosticada como doente mental não pode ser compartilhada com toda equipe por ser interpretada de outra forma pela mesma – busca por elogio ou busca por ocupar um espaço de inserção e atuação que foge do âmbito das atividades do ACS.

Almeida e Mishima (2001) apontam que para uma equipe ser integrada é necessária uma construção de sujeitos no cotidiano do trabalho, exigindo, para tanto, articulação das ações e interação dos agentes baseada no compromisso ético e no respeito ao outro.

Acreditamos que o trabalho em equipe é um grande problema no PSF, dificultando a realização de um trabalho “usuário-centrado”. A articulação das ações e interações dos profissionais baseadas na ética e no respeito, construindo um “trabalho-sinfonia” parecem só ser possíveis através de amizade e afinidades entre os profissionais, já que aspectos pessoais acabam penetrando e impedindo a realização de tal trabalho, uma vez que as interações pautadas pela confiança, pelo respeito e pela ética não ocorreriam entre todos os profissionais, mas entre aqueles que possuem afinidades entre si.

Como o trabalho em equipe e a possibilidade de ajuda mútua são marcados por falhas, descreve-se a necessidade de apoio de outros profissionais que não os que compõem a equipe de Saúde da Família.

Fora que a gente tem que ter uma retaguarda, né, vamos dizer, psicológica pra tudo isso que a gente enfrenta. Porque, embora os outros profissionais da equipe é... também sejam responsáveis e visitem famílias e os atendam aqui no núcleo, e tem também o seu grande, a sua grande dose de boa vontade, de idealismo e de querer construir também, mas o contato não é tão estreito como o nosso. Que além de ter contato da comunidade por morarmos aqui, é também da visita da gente nas casas. (ACS6; linhas 189 a 194)

Então, eu acharia que a gente tinha que ter uma supervisão. Uma psicóloga com a gente pra bater um papo. Porque na discussão de família, por mais que você fala, parece que não te alivia. Você vem com o peso. Entendeu?

PESQUISADORA – você acaba guardando as coisas pra você?

ACS8 – por mais que você, assim, não queira, sempre fica um pouco, entendeu? Eu acho que não só nos agentes, como nos médicos, como o povo, o pessoal. E eu acharia que deveria ter, assim, uma supervisão assim pra gente. Porque a gente tinha. E eu acho que tinha que continuar a supervisão. Pra gente até trabalhar mais tranqüila, né. Porque você chega, mês passado você fez uma visita. Aí você chega e fala “gente, eu vou lá – um exemplo – na casa da dona Maria”. Aí você já chega com aquela coisa pesada. “nossa, chega lá e vai ter um monte de coisa, que não sei o que”. Então, é esse alívio que a gente precisa. E também a gente não pode, por outro lado, ir pensando assim, que isso é um preconceito. Então, tem muito... varia muito, sabe. Tem mês que a família tá bem, tem mês que a família não tá. Então, depende muito. Então, eu acharia muito importante mesmo, pra gente, ter essa supervisão. Ou de uma psicóloga, ou... não sei, com alguém, mas eu acharia que deveria ter.

PESQUISADORA – pra conversar sobre essas coisas que vocês escutam e que guardam pra vocês? Seria...

ACS8 – é. Seria mais como se fosse um bate-papo, sabe. Porque, eu se abro melhor assim... porque tem a equipe, tal. (ACS8; linhas 206 a 225)

E, assim, eu acho que também tem que ter um suporte pra gente, no fato assim... de ensinamento mesmo, sabe, assim, de ter cursos pra gente tá se especializando... é... um psicólogo pra dar um suporte pra gente, porque é difícil, é bem complicado. Porque eu até consigo assim, separar... assim, os problemas daqui com os problemas de lá, daí eu não costumo levar muitos problemas daqui pra minha casa. Porque né... a gente tem que tentar fazer isso, mas às vezes você leva. Um ou outro você acaba levando. Então a gente acha... acho que devia ter alguém pra dar um suporte pra gente. (ACS2; linhas 199 a 205)

Pelo contato íntimo entre ACSs e usuários através das visitas domiciliares, eles apontam ser necessário um suporte emocional, não contemplado nas reuniões de equipe, ou seja, as reuniões de equipe são apontadas como insuficientes para aliviar o “peso” (sic) de lidar com problemas diversos e evitar “levar muitos problemas daqui para casa” (sic). A supervisão externa, portanto, aparece descrita como forma de auxiliar o ACS no enfrentamento de situações vivenciadas na realização do seu trabalho. Além do suporte

psíquico, um suporte mais técnico também é descrito como necessário – cursos – visando uma especialização do ACS.

Almeida e Mishima (2001) compreendem a possibilidade do Programa Saúde da Família ultrapassar o trabalho técnico hierarquizado, constituindo-se num trabalho onde prevaleça a interação social entre os trabalhadores, a horizontalidade nessa interação e a flexibilidade dos diferentes poderes – desconstruindo papéis centrais e hegemônicos na equipe.

4.3.3. “Exigências do trabalho”

Algumas exigências impostas ao trabalho do ACS são descritas como gerando uma sobrecarga em relação ao trabalho, a saber: residir na área de abrangência do Programa Saúde da Família e redigir relatórios. Tais exigências não são descritas como tendo o sentido pelas quais foram criadas, ou seja, os ACSs descrevem outros sentidos para essas exigências que não os idealizados e propostos pelo Ministério da Saúde.

Morar na área em que atuam é descrito como problema na medida em que não há uma separação entre o ACS enquanto trabalhador durante seu horário de trabalho e o ACS enquanto morador fora do seu horário de trabalho.

*PESQUISADORA – De morar na área, o que você pensa...
ACS4 – não. Eu não concordo. Eu sempre discordei. Esse negócio de... que tem que conhecer a comunidade. Eu acho que não tem nada a ver. Porque a partir do momento que você começa a... a... se interar no trabalho, você cria esse vínculo também. Mesmo morando em outra cidade. Eu acho que isso não tem nada a ver. E sendo que você ficando morando na área, então as pessoas começam a... como se fala? Você não separa a sua vida particular com o trabalho. Você vai ser vista sempre como agente comunitário e disponível a qualquer momento. Porque o nosso trabalho qual que é? Ir de casa em casa, tá vendo sempre a gente na rua. E você morando, provavelmente você vai tá algumas vezes na rua também no seu horário fora do serviço. Mas só que as pessoas não te vêem diferente. Aí é aquela cobrança fora do horário, “vê isso pra mim, faz isso e tal, tal” daí escuta. E além de outras exposições também, que é a questão de... famílias mais... como fala? Assim, né... como eu posso dizer... que representa perigo né...*

pra... pra comunidade, como também representa perigo pra você. Principalmente pra você, que sendo profissional, de repente pode também ser confundido em certas situações. Eu acho que é uma exposição ruim. (ACS4; linhas 142 a 156)

*Ao mesmo tempo que isso é bom pro seu trabalho, é... pra sua vida pessoal atrapalha. Porque você sai na rua, ou alguém sabe aonde você mora... várias pessoas já foram na minha casa me procurar, ou me ligaram, acharam o meu telefone na lista e me ligaram. Falaram “oh, (cita o seu nome), eu tô assim, assim e assado” e chorava no telefone e eu não sabia o que fazer com a pessoa. Falar assim “olha, me liga segunda-feira no meu horário de serviço”? Eu não posso fazer isso. Eu tô trabalhando vínculo com essa pessoa e então eu não posso ser ríspida desse jeito. Então, “não, é assim e tal. Porque você não me liga na segunda? Segunda eu te ligo? Ou quer melhor, eu vou na sua casa.” Aí, você vai levando a pessoa pra vê se controla. Porque é **muito** complicado. Você vai no mercado, tem um monte que você conhece e fala “nossa, (cita o seu nome), medi minha pressão e tava 16 por 10. Não sei o que. Aí, mas eu comi uma feijoada. Você precisava ver que delícia.” Então, você acaba... se for ver, você acaba trabalhando de final de semana. O que acontece comigo, eu saio de casa de carro e vou pra casa do meu noivo. E lá eu fico, vou passear, vou pra outros lugares mais longe. Mas aqui na redondeza eu procuro nem ficar, porque eu sei o que que acontece. E quando eu entrei aqui eu sofri muito. É muito ruim. Perde a privacidade completamente. Se acontece alguma coisa desagradável na sua casa, ou até mesmo na casa de alguém, eles vem te contar. Ou vem te visitar. Que nem um evento, que minha irmã faleceu e veio... foi um monte lá em casa. Até é interessante porque as pessoas me consideram uma amiga, né, a ponto de tá indo na minha casa. Mas ao mesmo tempo, você não é obrigada, né... porque os amigos a gente pode escolher, né. Não é a mesma coisa que o trabalho, que a gente tem que fazer aquilo e acabou. Mas a gente vai se controlando. Vai brigando aí (risos). Tentando puxar mais pra semana. Trabalhar durante a semana com aquela pessoa. Se você perceber que vai ter algum problema, você vai naquela semana na casa dela pra evitar que ela te procure no final de semana. Porque é fatal. (risos) Você tá lá dormindo e eles vão lá te acordar (risos). Foi umas seis... cinco ou seis... foi oito vezes já na minha casa. Até que foi pouco, né. Dos três anos que eu trabalho aqui, até que foi pouco (risos).*

PESQUISADORA – mas vocês recebem uma orientação pro que fazer nesses casos?

ACS10 – a orientação que eles falam pra gente é “procure-me na segunda-feira.” Mas a gente, eu particularmente não consigo ser assim. Eu... eu consigo transmitir essa mensagem, mas com o tempo. Pra não... não, assim, a pessoa não ficar chateada. Não ferir o vínculo, né, que é o mais importante. Então, a gente acaba falando isso, mas em outras palavras. A gente joga um pouquinho de perfume, põe um pouquinho de flores, entendeu? (risos) Aí a pessoa acaba entendendo a mensagem e aí fica tudo tranqüilo. É complicado. O trabalho é complicado. (Silêncio – 3 segundos) (ACS10; linhas 189 a 224)

Morar na área é descrito como forma de conhecer a comunidade e estabelecer um vínculo com ela. A questão política do ACS ser membro da comunidade em que trabalha e ter

a possibilidade de lutar por direitos e necessidades que, muitas vezes, são compartilhados pelo mesmo não é apontada. Residir na área em que atua é considerado uma exposição ruim, ou seja, uma perda de seu espaço e tempo privado na medida em que é difícil para o ACS ter um tempo livre dentro da sua comunidade já que é sempre visto como ACS, mesmo em situações fora do contexto do trabalho.

Além disso, por ter a necessidade de estabelecer um vínculo com a comunidade, ele se sente na obrigação de acolher as demandas do usuário no tempo livre e de aceitar amizades não escolhidas. A equipe, por outro lado, demonstra pouca capacidade de discussão sobre esses episódios onde o público e o privado não estão claramente delimitados para o ACS.

Azambuja et al. (2007) relatam à partir de discursos de ACS um processo de trabalho desigual, provavelmente decorrente da heterogeneidade da equipe – constituída por diferentes profissionais, com diferentes remunerações e status social – onde até mesmo os momentos de repouso e lazer dos ACSs são preenchidos com atividades na comunidade, uma vez que a mesma solicita-os em qualquer dia e horário, já que residem na mesma área de atuação.

Nesse sentido, apesar de descrito como facilitador do PSF na obtenção de informações gerais sobre saúde e o atendimento básico da população, o capital social é incorporado pelo ACS de forma negativa, uma vez que estabelecer essa rede de relações sociais informais e a confiança entre os usuários acaba por influenciar a vida privada do ACS transformando momentos de vivências íntimas em fatos públicos. Como forma de evitar essa exposição, o ACS vive seu tempo livre fora da comunidade em que reside.

Além do fato de perder a privacidade em seus momentos livres, os ACSs também apontam como adversidades, por morarem na área, as dificuldades em encontrar residências na delimitação da área de atuação, justificando, para tanto, as especificidades do bairro e o aumento do preço do aluguel após a cobertura da área pelo Programa Saúde da Família.

Olha (risos), uma coisa que eu teria, assim, pra falar, que pra mim até foi um problema e não sei se pode continuar a ser um problema, que eu acho assim, esse negócio de o agente ter que morar na área de abrangência, tá? É... porque quando a gente entra pra trabalhar, eles exigem que a pessoa more no mínimo há dois anos na área... de abrangência. Se passar um quarteirão não serve. Então. E... aí, o que que aconteceu, eu tive que alugar a casa e foi super difícil pra mim arrumar uma casa, assim, porque aqui (cita o nome do bairro) as casas são muito antigas, muito ruins, os aluguéis não são tão baratos, mesmo as casas não sendo... tá. Então, assim, foi super difícil eu arrumar uma casa mais ou menos pra mim aqui na área, às vezes passava e tal... Então, quer dizer, às vezes nem é isso que você quer e você acaba tendo que ficar ali porque senão você é despedida? Você perde o emprego? Eu acho assim, a área a gente conhece de cór e salteado, a gente conhece tudo. Eu acho assim que, sei lá, não devia ter essa exigência. Talvez, assim, no... quando entrasse, não sei, só pra pessoa ter noção da área, do que tem, do que não tem. Mas eu acho assim, depois que ela já tivesse trabalhando, daí um tempinho, eu acho que... eu acho bobagem isso daí. Isso daí eu acho que não...

PESQUISADORA – você acha que isso acaba atrapalhando pra você?

ACS1 – não serve de muita coisa. (pausa 3 segundos)

ACS1 – pra mim, no caso, eu acho que atrapalha. Por exemplo, se eu quiser sair daqui, eu tenho que arrumar uma casa aqui perto, uma casa aqui na área. É complicado. Que nem, por exemplo, se eu compro, se um dia eu consigo, eu ganho uma casa de COHAB, sei lá... isso daí é tudo longe. Então, quer dizer, se eu mudar pra onde eu conseguir, eu vou perder o emprego? E isso vem de lá do Ministério.... (ACS1; linhas 212 a 233)

Ó, eu acho importante conhecer. Eu moro faz dezessete anos. Quando eu entrei no serviço, eu era solteira. Agora eu tô casada. Eu moro no fundo da minha mãe. Aí tá, eu conheço a área? Eu conheço. Faz um ano que eu tô nesse serviço, mas faz dezessete que eu moro. Então, quer dizer, assim, é... eu não sei o meu dia de amanhã, entendeu? Se eu vou ter condições de pagar um aluguel. Depois que o núcleo veio pra cá, os aluguel aqui subiu absurdamente. Então, assim, eu não tenho... e os aluguel daqui é muito caro. É de quatrocentos reais pra cima. Eu não tenho condições de pagar um aluguel, por isso que eu tô nos fundos da minha mãe. Se um dia eu precisar mudar, porque? Porque eu quero construir família. Eu casei, eu quero ter filhos, eu quero ir pra frente. Aí, eu tenho um filho. Eu moro em três cômodos. Eu tenho um filho, onde que eu vou pôr o meu filho pra dormir? Eu vou ter que alugar uma casa. E aqui tá muito caro. Se eu sair fora da área, eu vou perder o meu emprego? Aí é meu ponto de interrogação. Então, assim, a gente tem que conhecer, você entendeu? Mas e do outro lado?

PESQUISADORA – teoricamente, se você mudasse do bairro, da área de abrangência, você perderia o emprego?

ACS8 – então. Ainda eu não passei por essa situação. Mas, é igual eu te falei, vou chegar lá no topo. E aí? É difícil, né. Porque os aluguéis aqui são muito caros. Muito caros mesmo. Que nem eu te falei: eu moro com a minha mãe. Deus o livre guarde, até o dia que ela tiver viva. Porque eu tenho mais irmãos e Deus o livre guarde, eles não querem nem saber, né. Então, assim, eles nem tem a preocupação. Eu acharia assim, não atrapalhando o horário de entrar no serviço da gente, entendeu? Acho que não atrapalhando isso, acho que é importante a gente conhecer. A gente morar bastante tempo pra gente conhecer. Mas aí fica difícil, né. (ACS8; linhas 264 a 286)

Morar na área mais uma vez é descrito como uma forma de conhecer a comunidade. Sendo assim, diante da dificuldade de se encontrar uma residência boa e economicamente viável para morar, os ACSs apontam que já conhecem bem a comunidade e, portanto, não vêem necessidade de cumprir uma exigência imposta para o trabalho no Programa Saúde da Família. Cumprir o horário de entrada no trabalho é visto como a regra que deve ser respeitada caso o ACS resida em outro bairro, ou seja, residir na área também é descrito como uma forma de controlar e evitar o atraso no local de trabalho.

Outra exigência apontada como sobrecarga no processo de trabalho é a necessidade do ACS redigir na pasta da família toda visita domiciliar realizada por ele.

Só tem uma coisa horrível que eu não gosto de fazer aqui, é os relatórios. É terrível! As visitas eu gosto de fazer, agora os relatório... ai... eu tenho pavor. Se pudesse ser tudo feito, assim, gravado e quando chegava aqui eu (faz o gesto de ligar o gravador)... tava tudo gravado e não teria que fazer o relatório. E relata, e relata... ai... a pior parte pra mim é o relatório. O resto... não tem problema não. Mas o relatório é terrível. E só eu posso fazer, porque ninguém pode fazer por mim. Eu que tenho que relatar o que eu vi, o que aconteceu, o que que tá acontecendo... saber com... o que palavras eu posso colocar, o que escrever. Então, assim, a parte pior é essa. (ACS3; linhas 384 a 392)

Então a gente tem que cumprir também os rituais, né, profissionais, burocráticos, né, que nem sempre são agradáveis. Mas a gente tem que cumprir. Então, é... eu acho assim, que é o que eu sempre gostei de fazer, só que de uma maneira mais estruturada, né. Inclusive as experiências que a gente pode levar lá pra fora também, questões de método, de organização. PESQUISADORA – essas questões burocráticas seria fazer o cadastro? ACS6- é... o relatório... Principalmente o relatório, sabe? O relatório... é importante. A gente sabe que é importante, né. É... mas eu não acho que ele seja bem aproveitado. O nosso relatório. Agora nós estamos melhorando isso na nossa equipe, né. Mas não é o total ainda. (ACS6; linhas 233 a 242)

A única coisa que é meio assim é os relatórios, né. Mas... porque a gente tem bastante trabalho também é... burocrático, né. Trabalhos dentro da unidade. Tem que fazer os relatórios. Então, agora a gente tá vendo uma maneira de diminuir esses relatórios pra poder tá fazendo mais, tá trabalhando mais com a comunidade de perto. Porque isso acaba fazendo a gente ficar meio período aqui dentro, só escrevendo em pasta, né. Então, agora a gente tá vendo uma maneira de... de... diminuir isso pra poder tá fazendo outros trabalhos mas de promoção mesmo, da saúde. (ACS7; linhas 174 a 180)

Cabe destacar que a exigência de escolaridade para os ACS é o Ensino Fundamental completo. Muitos ACSs podem não ter o hábito de redigir ou até terem dificuldade na construção de um texto e consideram como uma sobrecarga o trabalho de transformar em linguagem escrita o que foi vivenciado. Além disso, a exigência de escolaridade referida acima foi imposta em 2002 e os ACSs participantes desta pesquisa começaram a exercer suas atividades antes desta exigência, portanto, alguns têm escolaridade inferior à exigida atualmente (BRASIL, 2002).

Além disso, tal trabalho é imposto e descrito como uma tarefa burocrática e, conseqüentemente, sem significado e como, muitas vezes, perda de tempo que poderia ser aproveitado no trabalho direto com a comunidade. Além disso, um ACS cita o pouco aproveitamento desse trabalho pela equipe de saúde.

Por outro lado, aspectos como vergonha de escrever errado e medo de sentir-se avaliado ou inferiorizado por isso também podem estar presentes, já que os outros profissionais que compõem a equipe de saúde possuem Ensino Superior Completo.

4.3.4. “Falta de recompensa”

Não sentir-se valorizado na realização do trabalho aparece descrito através da remuneração, ou seja, a valorização do seu trabalho contemplaria uma remuneração maior do que a que recebem.

A gente... pelo menos... a gente não é tão bem remunerado (ACS5; linhas 40 e 41)

E assim, eu acho que também, assim... a gente se sente... é... mal remunerado, porque é muito pouco, a gente vê pessoas na... dentro da nossa área ganhando muito, sendo que a gente tem um serviço pesado, entendeu? E aí a gente é muito mal remunerado. Isso tudo eu acho que tem que ser visto. (ACS2; linhas 178 a 182)

Tem que... tem que, envolver, tem que... é... entrar de cabeça. Porque é só assim que você pode tá ajudando alguém, senão... porque se você tá aqui trabalhando só pra ganhar o seu dinheiro... eu acho que não vale a pena. Pra mim não vale a pena. Entendeu? Eu acho que tem que levar... porque é muito gratificante. Nossa, é tão bom você ver que você ajudou alguém. Não financeiramente, não é isso, mas ajudar, assim, só de você falar com a pessoa, falar um bom dia, dar um abraço... nossa, já é muito gratificante. (ACS2; linhas 191 a 197)

ACS5 – então, não sei. Agente comunitário, é... falta um pouco de estímulo pra gente também, né. A gente...

PESQUISADORA – em que sentido?

ACS5 – remunerado. A gente não é tão bem remunerado, como eu acho que... pela... pelas responsabilidades que nós temos. Cuidar de hipertenso, cuidar de diabético, correr atrás de criança, de... de inúmeras tarefas que nós temos. Então, eu acho que é a remuneração nossa não é de acordo, então isso faz... acho que falta, dá pra perceber nos outros agentes também, que às vezes a gente não fica... não tem estímulo pra trabalhar. Isso eu acho que prejudica um pouco o serviço. (ACS5; linhas 83 a 91)

Às vezes os outros... talvez não... o nosso salário, por exemplo, é uma coisa que não é condizente com o nosso trabalho e nem com os desgastes que a gente tem, né. Como a gente tá construindo o Programa de Saúde da Família, também tá construindo é... os personagens, os conceitos, a sua... as diferenças entre, por exemplo, o outro que quer ser agente comunitário, o outro que quer ser mais que agente comunitário, o outro que já é enfermeiro, que já é médico, né. De ter um outro horizonte, né. Embora lá, no objetivo final do PSF, eles concordem, né, mas... a gente... então, por exemplo, não vai exigir hoje, que um médico contratado aqui, né, que ele vá querer ter o sonho de ser um médico de saúde da família a vida toda, né, ele pode querer melhorar, até se ele melhorar é normal e a gente entende, né? Então eu acho que essas coisas que tornam difícil. Que o nosso salário é realmente desestimulante, né, vamos dizer. Por exemplo, as pessoas até ficariam agentes, desde que o salário compensasse, né. Por exemplo, nós não podemos esperar que um jovem, né, que esteja ainda se formando, construindo uma carreira, vá se contentar com um salário que é dez por cento do salário da enfermeira, por exemplo. Entendeu? (ACS6; linhas 175 a 189)

É o que eu falo: falta estímulo pra gente. É difícil trabalhar e chegar no final do mês e ganhar trezentos reais. É difícil. Pelo que a gente faz né... mas fora isso é uma profissão muito boa. É legal. Eu gosto de trabalhar com o pessoal, de ajudar. Eu acho isso muito interessante. Eu acho que pra futuro, pra mim me virar assim, eu acho meio complicado, mas pra futuro. Deve ter jeito.

PESQUISADORA – como assim, pra futuro?

ACS5 – ah, deve ter assim, regulamentações da profissão. Precisa de... não sei, de... um sindicato atuante, que a gente não tem. E outras coisas... (ACS5; linhas 121 a 128)

Avaliando a discrepância entre trabalho e salário, o ACS compara o seu salário com os de outros profissionais da área da saúde e, além disso, caracteriza o seu trabalho como

“*pesado*” (sic) e repleto de responsabilidades. Cabe destacar que para ressaltar essa não valorização financeira pelo trabalho realizado, o ACS recorre ao discurso biomédico, ou seja, cita como suas responsabilidades o cuidado ao hipertenso, ao diabético e às crianças.

Por outro lado, há uma tentativa do ACS de valorizar seu próprio trabalho, citando como gratificante estar implicado com o trabalho a ponto de escutar, desejar um bom dia e dar um abraço, compensando, assim, a ausência da valorização do trabalho pela remuneração e caracterizando-o como uma caridade, ou seja, o trabalho não teria uma recompensa financeira, mas torna-se gratificante pelo fato de ajudar o outro e ser reconhecido por isso.

Segundo Oliveira e Spiri (2006) os profissionais do PSF acabam identificando-se com a profissão e, mesmo que financeiramente desestimulante, trilharam uma trajetória de aperfeiçoamento na área, sentindo-se gratificados pelos resultados do trabalho e pelo reconhecimento do usuário, que aceitam as condutas e cobram as visitas domiciliares. Na mesma direção, Azambuja et al. (2007) relatam que o trabalho dos profissionais da saúde constitui-se numa satisfação de necessidades da comunidade, sendo fonte de prazer e satisfação do trabalhador na medida em que o mesmo é valorizado e reconhecido pela comunidade através das ações efetuadas, da melhoria das condições de saúde das famílias e pelo vínculo estabelecido.

Concordamos que a questão salarial parece discrepante dentro da equipe e que tal discrepância pode gerar sentimentos de competição e revolta que podem dificultar ainda mais a realização de um trabalho conjunto. Cabe pensar quais são os critérios utilizados para estabelecer o piso salarial de cada trabalhador dentro do PSF e se a necessidade por parte dos ACSs de um saber mais técnico não está pautada no fato dos profissionais com melhores remunerações terem tais saberes. Sendo assim, o preparo técnico além de garantir uma melhor remuneração ampliaria a valorização do trabalho do ACS para além do seu caráter assistencial- caritativo.

Além disso, a falta de uma remuneração condizente com o trabalho é descrita como desestimuladora, justificando, portanto, o desinteresse dos profissionais da saúde por continuar trabalhando no Programa Saúde da Família. O PSF caracteriza-se também como porta de entrada para o trabalho na área da saúde e para jovens profissionais não seria uma proposta de vida, sendo que sair do PSF é descrito como querer ascender na carreira. Nesse sentido, deve-se repensar o vínculo preconizado entre profissional da saúde e usuário, ou seja, naturalizando a rotatividade de profissionais da saúde no PSF – especificamente do médico, tal vínculo acaba sendo rompido, devendo ser re-estabelecido com cada novo profissional no serviço, criando um círculo infundável vínculo – rompimento – novo vínculo.

Assim, há também uma desvalorização do trabalho do ACS pela ausência de perspectivas futuras para progressão na carreira. Nesse sentido, o trabalho de ACS constituiria primeira via de acesso ao serviço de saúde enquanto profissional.

Até um tempo atrás a gente não tinha ticket. E as meninas só tinham salário. Eu entrei aqui depois que o ticket veio, né. Então, a gente tá assim, indo atrás, porque o agente comunitário é uma figura muito importante, entendeu? Não só o salário. A gente tá querendo curso, a gente tá querendo subir. Subir assim, em aspas. Curso pra... pro... como que eu vou dizer... pra agente mesmo. Pra um aprendizado a mais pra gente. Porque a gente vai ser comunitário o resto da vida? É um aprendizado da gente, entendeu? (ACS8; linhas 331 a 336)

Ao mesmo tempo em que o trabalho como ACS é relatado como uma porta de entrada para o serviço em saúde é descrito que, além do desejo de uma melhor remuneração há o de “subir” (sic) na carreira buscando ativamente se aprimorar, uma vez que não se tem como perspectiva futura ser ACS.

Os ACSs apontam uma contradição entre o que se fala sobre o trabalho e a importância do ACS e sobre sua participação nos resultados do trabalho. Tais resultados são valorizados e exibidos enquanto forma de divulgar a capacidade do PSF, mas ao se fazer isso não se explicita a parcela de trabalho do ACS responsável pela ajuda na conquista desses resultados.

*E... assim, que nem eles falam assim: ‘aí...’, que nem todos os lugares que às vezes você vai, a pessoa tem algum conhecimento, ou é um médico, uma outra cidade, uma outra coisa, eles falam assim: ‘ah, que bom, porque o agente...’, eu já ouvi muito isso... ‘porque o agente comunitário foi muito bom nisso, porque todo médico deveria ter, não sei o que, não sei o que tem...’. Eu acho assim, o agente comunitário, até um tempo atrás não era nem considerado uma profissão. Não era nem... legalizado, nada. Eu acho assim, o agente ele é muito bem falado só no falado **mesmo**. Eu acho assim, e no papel não é bem por aí, entendeu? Todo mundo fala que é bom, que isso, que aquilo... mas... tipo assim, na remuneração... essas coisas não é tão bem considerado assim não. (ACS1; linhas 249 a 258)*

E eu não acho que é reconhecido. Tanto... principalmente financeiramente, né, e... como... como dizem mesmo: “ah, o agente é fundamental”, mas depois você percebe que não. Conforme chega e que você vai lapidando, lapidando, né, a situação, quer dizer, ele que trouxe o grossão lá. Um lapida, um lapida e outro lapida só que no final o agente já sumiu. Os resultados aqui (mostra com as mãos uma parte mais elevada e outra mais baixa. Nesse momento aponta o ‘aqui’ dito na parte elevada) excelentes, bom, refinados, bonitinhos. Mas, cadê o agente? (aponta para a mão que estava numa posição mais baixa). Aí, eu me sinto assim, pequenininha, desvalorizada. Sendo que você gastou, se empenhou. É sua vida, é sua dedicação. Porque eu acho que a gente trabalha muito em cima disso, entendeu? (ACS4; linhas 58 a 67)

Eu entro em conflito comigo mesmo. O que que eu tô fazendo? O que que eu quero? Pra que tanto empenho? Pra que tudo isso? Não.

PESQUISADORA – porque no final você acha que no final acaba não sendo valorizado...

ACS4 – não.

PESQUISADORA – o trabalho... a complexidade do trabalho...

ACS4 – não. Eu acho que não é valorizado. Mesmo dizendo todos: “não, porque o agente... tudo é com a minha agente”. Só que no fundo você percebe que o agente é só um agente, entendeu? Eu falo, é um soldadinho que tem que ir pro campo... chova ou faça sol... e nada mais que isso. Sabe? É trabalho mesmo aí que... vamos supor, é mão de obra que você sabe que não é isso daí. É uma coisa muito delicada que você lida. E você, como né, estudante de psicologia sabe que lidar com as pessoas não é tão simples assim como dizem. (ACS4; linhas 130 a 140)

Nesse sentido, o ACS descreve-se enquanto um trabalhador responsável pelo trabalho bruto de lapidar, ou seja, ele que entra em contato com o que está no universo privado do outro e traz para a equipe o lapidado, isto é, sem as sujeiras, sem os choros, sem os sentimentos, sem os sofrimentos – apenas o produto final e de interesse como resultado para a saúde entendida de forma biomédica. Nesse processo de lapidação o trabalhador “braçal” desaparece junto com o que é descartado. O “soldadinho” (sic) aparece aí como quem deve estar à frente da batalha, lutar e arriscar sua vida para um superior ser condecorado pelos resultados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os ACSs ao descreverem as concepções de saúde incluem como determinantes da mesma o lazer, o trabalho, as condições de vida, a alimentação e a atividade física, dizendo de uma concepção ampliada de saúde.

Cabe ressaltar o contexto de trabalho dos ACSs participantes do estudo: todos estavam trabalhando em Núcleos de Saúde da Família vinculados à Universidade de São Paulo. Nesse sentido, tais ACSs trabalhavam em contato direto com estudantes de graduação, residentes médicos e professores da referida Universidade.

Acreditamos, portanto, que o contexto de trabalho dos participantes pode influenciar o seu discurso, ou seja, o discurso acadêmico – estreitamente ligado às novas concepções de saúde e da prática em saúde, privilegiando ações de prevenção de doenças e promoção da saúde – pode ser uma constante no trabalho dos ACSs participantes do estudo, o que poderia permear tanto as concepções de saúde quanto do trabalho deles.

Sendo assim, tanto a inclusão de determinantes diversos da saúde como os conceitos de prevenção de doenças e promoção da saúde como parte das concepções de saúde podem explicitar a influência desse discurso acadêmico nos relatos dos ACSs.

Cabe ressaltar, porém, que algumas vezes a incorporação do discurso acadêmico dá-se de forma peculiar, ou seja, reproduz-se um discurso que é o vigente no momento, mas atribuem-se significados diversos para tais discursos – tal é o caso dos conceitos apontados pelos ACSs de promoção da saúde.

Com relação às concepções do trabalho do ACS, aponta-se o uso de tecnologias leves (relacionais), mas que algumas vezes, são descritas como não resolutivas em si mesmas, carecendo de intervenções mais técnicas. Nesse sentido, apesar da concepção ampliada de saúde, a prática do ACS parece estar centrada na intervenção normativa/prescritiva.

Descreve-se, também, uma prática permeada pelo controle, pela vigilância da comunidade, onde a fronteira entre o público e o privado parece tênue, quando não inexistente. A inserção privilegiada do ACS na comunidade possibilita ao mesmo entrar em contato com vivências da comunidade pertencentes ao domínio privado que dificilmente seriam expostas pelos usuários num contexto de serviço de saúde.

Parece que os ACSs descrevem-se como os únicos que incorporam na prática as tecnologias leves, ou seja, o trabalho de escuta, de acolhimento, de estabelecimento de vínculo, de cuidado no uso da linguagem, demonstrando uma fragmentação do trabalho e uma dificuldade na realização de um trabalho em equipe o que, por sua vez, dificulta a integralidade das práticas em saúde.

O ACS também descreve o seu trabalho como propiciador de um poder tanto em relação à equipe quanto em relação à comunidade. Nesse sentido, ser o elo entre equipe e comunidade garante a inserção do ACS na equipe pelo poder que tem de descobrir e passar informações para a mesma e garante seu poder na comunidade por ser representante do sistema de saúde e, portanto, possuidor de um saber em saúde diferenciado dos usuários.

Por outro lado, ter essa dupla inserção – na equipe e na comunidade – traz expectativas diversas quanto a sua atuação: viabilizar a reorganização e, conseqüente, a resolutividade do sistema público de saúde e resolver os problemas de saúde dos usuários ou amenizar suas queixas quanto aos serviços de saúde.

O trabalho do ACS, em alguns momentos, parece ganhar características de um cumpridor de ordens de toda a equipe. Além do seu pouco poder de decisão, o ACS descreve a si e ao seu trabalho como invisíveis. Tal invisibilidade dá-se tanto ao vivenciar dificuldades no contato com o outro, em não ter um espaço de escuta dessas dificuldades pela equipe, quanto com relação a sua baixa remuneração e pouca conscientização da equipe sobre a importância de seu trabalho. Estas características e exigências específicas permitem comparar

o trabalho do ACS ao trabalho morto (Merhy, 1997), destituído de sentido, valorização e de autonomia por parte do trabalhador sendo, conseqüentemente, fonte de sobrecarga. Por outro lado, as concepções do trabalho do ACS também apontam para uma parcela do trabalho que engloba um fazer implicado e sensível ao outro, permitindo a construção de uma relação significativa entre ACS e usuário, instrumento imprescindível no trabalho em saúde. Sendo assim, acreditamos ser necessária a reflexão sobre esta parcela de trabalho morto do ACS no intuito de transformá-lo em trabalho vivo, potencializando, assim, o trabalho do mesmo.

Consideramos que esse estudo possibilitou repensar o profissional ACS tanto em relação a sua prática profissional quanto às concepções de saúde que embasam tal prática. Nesse sentido, busca-se poder olhar para o ACS não como uma figura onipotente quanto à operacionalização das mudanças nas práticas em saúde, mas como um profissional de saúde que, como outros, vivencia uma época onde os discursos são mudancistas, mas necessita de espaços de verdadeira escuta e reflexão sobre as práticas, visando, assim, desenvolver as potencialidades de sua prática e também entrar em contato com os limites da mesma, desconstruindo essa imagem de “salvador da pátria” que a comunidade e a equipe tem do ACS e que o mesmo em alguns momentos toma para si.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.C.P.de; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, vol. 5, n.9, p. 150-153, ago. 2001.

ARANTES, M.A.A.C., VIEIRA, M.J.F. **Estresse**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 142p.

AZAMBUJA, E.P. et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, vol. 16, n.1, p. 71-79, mar. 2007.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 6, n.1, p. 63-72, 2001.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol. 13, n.3, p. 19-29, set.-dez. 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 226p.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 282p.

BORGES, C. C. **Sentidos de saúde/doença produzidos numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF)**. 2002. 161f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde**. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.

_____. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1998. 36p.

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

_____. Lei 10.507, de 10 de Julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

_____. Lei 11.350, de 05 de Outubro de 2006. Regulamenta o § 5 do artigo 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M.de. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Cap.1, p.15-38.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C.L. A Psicologia e a Estratégia de Saúde da Família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, vol.17, n.2, p.26-32, mai.-ago. 2005.

CAMARGO JÚNIOR., K.R. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 2, n. 1, p. 203-228, 1992.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: elementos para o debate. In: MERHY, E.E.; CAMPOS, G.W.S.; CECÍLIO, L.C.de O. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994a. p. 29-87.

CAMPOS, G.W.S. Modelos assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E.; NUNES, E.D. **Planejamento sem Normas**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994b. Cap. 4, p. 53-60.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipe de saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. Cap.7, p.229-266.

CAMPOS, G.W.S.; BARROS, R.B.de; CASTRO, A.M.de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.9, n.3, p. 745-749, set. 2004.

CAMPOS, M.A. O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. **J. Bras. Psiquiatria**, Rio de Janeiro, vol. 41, n.6, p. 255-257, 1992.

CASTIEL, L.D.; DIAZ, C.A.D. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2001. p. 113-126.

CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol. 53, p. 143-147, dez. 2000. Número especial.

CRACO, P. F. **Ação comunicativa no cuidado à saúde da família: encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários**. 2006. 308f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. de. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. Cap. 2, p. 39-53.

DONNANGELO, M.C.F. Estado e Assistência Médica. In: _____. **Medicina e sociedade: o médico e o seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1975. Cap. 1, p. 1-46.

ESCOREL, S.; BLOCH, R.A.de. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: LIMA, N.T. et al. **Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Cap. 03, p. 83-119.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D.R.do; EDLER, F.C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T. et al. **Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Cap. 03, p. 59-81.

FERRAZ, L; AERTS, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 10, n.2, p.347-355, abr.- jun. 2005.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIGUEIREDO, M. A. C. Escalas afetivo-cognitivas de atitude. Construção, validação e interpretação dos resultados. In: ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z.M.M. **Diálogos metodológicos sobre prática da pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998. p. 51-70.

FORTES, P.A.C.; MARTINS, C.L. A ética, a humanização e a Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol. 53, p. 31-33, dez. 2000. Número especial.

FORTES, P.A.C.; SPINETTI, S.R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 20, n. 5, p. 1328-1333, out. 2004.

FRANCESCHINI, T.R.C. **Observação da relação mãe-bebê-família como uma ferramenta para o aprendizado da integralidade**. 2005. 241f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família: contradições e novos desafios. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 6, 1999, Águas de Lindóia. **Anais...** p.145-153.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 15, n.2, p. 345-353, abr.-jun. 1999.

GOMES, R.S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005. p. 105-116.

HEIDEMANN, I.T.S.B. **A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**. 2006. 296f. Tese (Doutorado em Enfermagem de Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

LIMA, J.C.; MOURA, M.C. Trabalho atípico e capital social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba. **Sociedade e Estado**, Brasília, v.20, n.1, p. 103-133, jun.-abr. 2005.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto – São Paulo**. 2004. 154f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 17-37.

_____. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 174p.

MATTOS, R.A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 39-64.

_____. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 20, n. 5, p. 1411-1416, set.-out. 2004.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS**. 3ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1995. Cap.1, p.19-92.

_____. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: _____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. Cap. 4, p.233-297.

_____. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92p.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca de qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (org) **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 116-160.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. Cap.2, p.71-112.

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. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. Cap.3, p. 113-160.

MERHY, E.E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189p.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2004. 269p.

NETO, O.C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21ª ed. Petrópolis: Vozes, 1994. Cap. 3, p. 51-80.

NOGUEIRA, R.P.; SILVA, F.B.da; RAMOS, Z.V.O. A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis*: o agente comunitário de saúde. [Texto para discussão]. 2000. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 21 de Nov de 2007.

NUNES, M. de O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 18, n.6, p.1639-1646, dez. 2002.

OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 40, n.4, p. 727-733, ago. 2006.

PEDROSA, J.I.S.; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipe do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, vol. 35, n. 3, p. 303-311, jun. 2001.

PETERSEN, A.; LUPTON, D. **The new public health** - health and self in the age of risk. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications, 1996.

PUPIN, V.M. **Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de ‘ser agente’**. 2005. 114f. Monografia de Conclusão de Curso - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

RAMMINGER, T. **Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental**. 2005. 117f. Dissertação de Mestrado – Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

REID, Y. et al. Improving support for mental health staff: a qualitative study. **Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology**, Berlin, vol.34, n.6, p.309-315, 1999.

RIBEIRÃO PRETO. Portal da Cidade de Ribeirão Preto. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/PRINCIPALN.php?pagina=/SSAUDE/I16saude.asp>>. Acesso em: 16 abr. 2008.

RODRIGUES, L.A.J. et al. Interações com os usuários na Unidade Básica de Saúde. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. **Saúde do Adulto: programas e ações na Unidade Básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 262-275.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e Atenção Primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. **Saúde do Adulto: programas e ações na Unidade Básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 29-47.

SILVA, M. J. da. **Agente de Saúde: Agente de mudança?** – A experiência do Ceará. Ceará: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997. 120p.

SILVA, J.A.; DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 240p.

SILVA JÚNIOR, A.G.da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 143p.

SILVA JÚNIOR, A.G.da.; MERHY, E.E.; CARVALHO, L.C.de. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.de (org). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003. p. 113-127.

SIMON, C.P. **Promoção de saúde na comunidade: análise de relatos de experiências na literatura sob a perspectiva da psicologia crítica**. 2003. 246f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SOUZA, L.B. de. **Organização do trabalho, qualidade de vida e subjetividade: um estudo sobre representações e crenças de profissionais do Campus da USP de Ribeirão Preto**. 2001. 326f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

SPINK, M.J.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M.J. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2000. Cap. 4, p.93-122.

TAKEMOTO, M.L.S.; SILVA, E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 23, n.2, p. 331-340, fev. 2007.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ/ABRASCO, 2003. p. 49-61.

TRAPÉ, C.A.; SOARES, C.B. Educative practice of community health agents analyzed through the category of praxis. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, vol.15, n.1, p.142-149, fev. 2007.

VALENTIM, I.V.L.; KRUEL, A.J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.12, n.3, p. 777-788, jun. 2007.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A reforma no sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. In: **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 8, n.2, p. 11-48, jul.-dez. 1998.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Declaration of Alma-Ata. **International Conference on Primary Health Care**, Alma-Ata, USSR, 1978. Disponível em: <www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf>. Acesso em: 22 julho de 2007.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **First International Conference On Health Promotion**, Ottawa Charter for health promotion. Ottawa: Canadá, 1986.

ANEXOS

Anexo 1 – (Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Protocolo: 0203 – CEP/CSE-FMRP-USP).

Ribeirão Preto, 22 de novembro de 2006.

OF. N.º 526/06/COORD. CEP/CSE-FMRP-USP

Senhora Professora,

Vimos na presente oportunidade comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-CEP/CSE-FMRP-USP, em sua 54ª reunião ordinária, realizada em 14 de novembro de 2006, analisou e apreciou o parecer do Senhor Relator, referente ao Projeto de Pesquisa: “**Agentes Comunitários de Saúde: concepções de saúde e do seu trabalho**”, Protocolo: 0203/CEP/CSE-FMRP-USP, que está sendo orientado por V.Sª e pela orientanda Viviane Milan Pupin, **foi Aprovado**.

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa o relatório final da pesquisa.

Sendo o que tínhamos para o momento, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Cármen Lúcia Cardoso
Depto. de Psicologia e Educação da FFCLRP-USP

Anexo 2 – (Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Protocolo: 0112 – CEP/CSE-FMRP-USP).

OF. N.º. 194 /04/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP .23/04/2004.

Senhora Professora,

Vimos na presente oportunidade comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 28ª reunião ordinária, realizada em 20 de abril de 2004, analisou e apreciou o parecer do Senhor Relator, referente ao Projeto de Pesquisa: **“Agente Comunitário de Saúde: Sentidos de Saúde e do ‘Ser Agente’”**, Protocolo:0112/CEP/CSE-FMRP-USP, que está sendo conduzido por V.S^a e pela orientanda Viviane Milan Pupin, foi **APROVADO**.

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

Sendo o que tínhamos para o momento, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof.º Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Cármen Lúcia Cardoso
Departamento de Psicologia e Educação
da FFCLRP-USP.

APÊNDICES

Apêndice 1 – (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, Agente Comunitário do Núcleo de Saúde da Família _____, aceito participar voluntariamente do estudo intitulado “Agente Comunitário da Saúde: construção do conceito de saúde e do ‘ser agente’”, que tem como objetivo descrever as concepções de saúde e a construção da identidade do Agente Comunitário de Saúde, a ser realizado pela aluna Viviane Milan Pupin, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, como atividade do programa de Bacharelado em Pesquisa de Psicologia, sob a orientação da professora doutora Cármen Lúcia Cardoso.

Declaro estar ciente a respeito do objetivo geral da pesquisa e que minha participação será através de uma entrevista com a pesquisadora. Além disso, estou ciente que:

- a entrevista será gravada em fita de áudio e seu conteúdo será transcrito pela pesquisadora
- tenho liberdade de não responder certos assuntos que eu não queria, sem que isso me prejudique de qualquer maneira
- minha identidade jamais será revelada publicamente
- posso, a qualquer momento desistir de participar da pesquisa, não importando o motivo, sendo que minhas informações serão inutilizadas
- posso ficar com uma cópia desse termo de consentimento assinada por mim e pela pesquisadora
- qualquer dúvida com relação a minha participação poderá ser esclarecida com a pesquisadora ou com a orientadora do estudo Prof.^a Dr.^a Cármen Lúcia Cardoso, docente da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, que poderá ser encontrada em sua sala, no endereço abaixo:

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras – F.F.C.L.R.P.

Departamento de Psicologia e Educação – Bloco E

Av. Bandeirantes, nº 3900

CEP: 14040-901 Ribeirão Preto

Fone: (16) 602 – 3660

Obrigada pela sua atenção e colaboração!

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 200__.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora responsável

Apêndice 2 – (Novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, _____, Agente Comunitário de Saúde do Núcleo de Saúde da Família _____, aceito participar voluntariamente do estudo intitulado “Agente Comunitário da Saúde: concepções de saúde e do seu trabalho”, realizado pela aluna de mestrado Viviane Milan Pupin, do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP (FFCLRP- USP). Tal estudo tem como objetivo descrever as concepções dos Agentes Comunitários de Saúde a respeito de seu trabalho, as dificuldades encontradas no trabalho e suas concepções sobre saúde. O estudo será feito através das análises de entrevistas realizadas anteriormente como atividade da Monografia de Bacharelado em Pesquisa do curso de Psicologia da FFCLRP - USP, sob a orientação da professora doutora Cármen Lúcia Cardoso.

Declaro estar ciente a respeito do objetivo geral da pesquisa. Autorizo a utilização da entrevista realizada anteriormente para nova análise, a partir dos objetivos listados acima e autorizo também a publicação dos resultados obtidos. Além disso, estou ciente que:

- A entrevista foi gravada em fita de áudio, com o meu consentimento, e seu conteúdo foi transcrito pela pesquisadora.
- Durante a entrevista, tive liberdade de não responder certos assuntos que eu não queria, sem que isso me prejudicasse de qualquer maneira.
- Minha identidade jamais será revelada publicamente
- Pude e posso, a qualquer momento, desistir de participar da pesquisa, não importando o motivo, sendo que minhas informações serão inutilizadas.
- Posso ficar com uma cópia desse termo de consentimento assinada por mim, pela pesquisadora e pela orientadora da pesquisa.
- Qualquer dúvida com relação a minha participação poderá ser esclarecida com a pesquisadora ou com a orientadora do estudo Prof.^a Dr.^a Cármen Lúcia Cardoso, docente da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, que poderá ser encontrada em sua sala, no endereço abaixo:

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras – F.F.C.L. - R.P.

Departamento de Psicologia e Educação – Bloco E

Av. Bandeirantes, nº 3900

CEP: 14040-901 Ribeirão Preto

Fone: (16) 3602 – 3660

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 200____.

Assinatura do participante

Cármen Lúcia Cardoso – orientadora

Viviane Milan Pupin – pesquisadora

Apêndice 3 – (Associações redigidas pelos Agentes Comunitários de Saúde).

Associações redigidas pelos ACSs no momento da realização das entrevistas

ACS	“Saúde”	“Ser agente comunitário de saúde”
ACS1	Bem-estar físico, mental	Tentar mudar os conceitos sobre saúde, acolher melhor os pacientes, ouvi-los, e que o posto de saúde não é só p/ quem está doente
ACS2	Saúde não é só o fato de estar doente para obter saúde, é fazer a prevenção e cuidar p/ que posso realmente ter saúde. É também, por ouvir, acolher, isso também é saúde. No geral só de estar próximo as pessoas tentando entender o que elas falam isso estamos praticando saúde.	É um papel novo que vem tendo muito resultado. Ser agente e levar algo, e levar esperanças e até mesmo soluções, digo soluções que juntos conseguimos. O agente é uma parte principal, tem sua importância, é poder fazer algo por alguém, tentando na medida do possível amenizar as angústias, o desespero, encorajar as pessoas, não que isso seja feito só pelo agente é o conjunto, as duas partes que o conquista. Para mim é maravilhoso ser agente.
ACS3	Abrange um todo no social	Cadastro; Vínculo; Saber escutar; É um elo entre a comunidade e a equipe; Vivenciar das dificuldades da área; Saber passar p/ equipe com sigilo; Ter ética
ACS4	Prevenção/ promoção	Trabalho muito bom, exige muita flexibilidade/ espontaneidade/ desgaste físico e emocional/ pouco valorizado na prática. Escuta fundamental
ACS5	Auxílio	Base de apoio
ACS6	Estado de equilíbrio da pessoa, físico-mental-social	Aquela que pretende, com seu trabalho, transformar a realidade atual para uma realidade cidadã, onde todos conheçam seu direito e se responsabilizem pela própria saúde, no sentido físico e comunitário. Promover transformações com ação responsável de todos os que trabalho, no seu âmbito familiar e social
ACS7	Emprego, estudo p/ os filhos, moradia decente, religião, lazer	Realizar um vínculo com as famílias ajudando-as no enfrentamento dos vários problemas da comunidade e promovendo tbm a saúde com atividades diversas
ACS8	Saúde – promoção que	É alguém que se destaca na comunidade
ACS9	Lazer; Viver bem com a família sem brigas e vizinhos; Ter qualidade de vida melhor; Comer bem, não em quantidade mas em qualidade; trabalho	É ajudar as pessoas que precisa ter mais educação em saúde E melhorar a qualidade de vida no bairro que moro não como profissional de saúde, mas também como cidadão
ACS10	Alimentação saudável, exercícios físicos, ir ao médico, lazer, medicação, perder peso, cuidar da saúde mental (estress ansiedade)	Ser o vínculo que o NSF tem com a comunidade saber ouvir, ter vínculo com a família mas manter uma distância ótima para enxergar o problema e tentar ajudar, ter responsabilidade, ser conhecida e aceita pelas famílias, mas se perde a privacidade, atuar com a promoção de saúde mudando os hábitos e prevenção de doenças orientando acompanhamento médico e uso de medicações
ACS11	Viver bem, ter família, ter amigos e poder conhecer outros caminhos	Ser agente é aprender a ser gente e a ser + humano