

Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

**Atenção Primária à Saúde no município de Marília-SP: repensando
o trabalho do agente comunitário de saúde**

LILIAN CARLA FERRARI SOSSAI

Ribeirão Preto

2008

LILIAN CARLA FERRARI SOSSAI

**Atenção Primária à Saúde no município de Marília-SP: repensando
o trabalho do agente comunitário de saúde**

Área de Concentração de Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública, junto ao Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, inserida na pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ione Carvalho Pinto

Ribeirão Preto

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.

FICHA CATALOGRÁFICA

SOSSAI, Lilian Carla Ferrari.

Atenção Primária à Saúde no município de Marília-SP: repensando o trabalho do agente comunitário de saúde. Ribeirão Preto, 2008
102f.: il: 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública. Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.
.Orientadora:Pinto, Ione Carvalho

1. atenção primária à saúde, 2. agente comunitário de saúde, 3.saúde da família.

LILIAN CARLA FERRARI SOSSAI

Atenção Primária à Saúde no município de Marília-SP: repensando o trabalho do agente comunitário de saúde

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública, junto ao Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, inserida na Área de Concentração de Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Aprovada em ___/___/2008.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*À minha amada mãe, **Lilamar**, por estar presente em minha vida, pelo seu amor, carinho, incentivo, confiança, dedicação, por compartilhar e valorizar tudo o que faço.*

*Ao meu amado pai, **Toninho**, que tanto me incentivou e acreditou em mim, por ter me ensinado a lutar pelos meus objetivos. O trecho da música abaixo representa com propriedade o que sinto por vocês:*

*“Por ser exato o amor não cabe em si,
Por ser encantado o amor revela-se,
Por ser amor, invade e fim”.*

(Djavan)

*Ao meu grande amor, meu noivo **Luiz**, por me fazer sentir extremamente amada, pela cumplicidade e companheirismo em todas as circunstâncias, a força do seu amor que me impulsiona sempre em busca de novos desafios, a sonhar com o futuro, a viver. À você a nossa música:*

*“Pra te adorar assim com tanta loucura,
eu te darei todo amor que tem na terra
Te presentear com um beijo sobre a lua,
Apaixonado como o céu e as estrelas
E te darei todas as noites meus versos sinceros
A minha alegria
Serei seu poeta, amor você será,
A minha poesia
Quero que seja pra sempre minha vida
Eu quero te dar todo o amor que tem na terra.
Eu vou te amar todo dia em qualquer canto
Você é a flor, o meu sonho mais bonito
Vou te roubar em segredo a noite
Juntos iremos até o infinito
Te quero a todo instante
Não me importa vou te amar
Até o fim do dia
Você é minha vida,
Meu amor
Minha princesa
É tudo o que eu queria*

(Tradição)

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Ione Carvalho Pinto, agradeço pela acolhida que tive desde o início dessa caminhada, por ter acreditado em mim, pelo apoio e ensinamentos extremamente valiosos que levarei comigo para sempre. Muito obrigada!

“Não basta ensinar ao homem apenas uma especialidade porque se tornaria uma máquina utilizável e não uma personalidade. É necessário que adquira um sentimento, um senso prático daquilo que vale a pena ser empreendido, daquilo que é belo, do que é moralmente correto”.

(Albert Einstein)

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo dom da vida, pela luz nos meus caminhos, pela direção dos meus passos, pelas oportunidades concedidas.

*Ao meus pais, **Lilamar e Toninho**, pelo amor, carinho, educação, incentivo e apoio que recebi durante toda a minha vida.*

*Ao meu noivo, **Luiz**, por estar presente em minha vida em todos os momentos, por ter se mostrado paciente, compreensível e companheiro.*

*Ao meu irmão, **Bruno**, que veio para completar a nossa família e sempre participou de minha vida.*

*Aos meus avós, **Oswaldo e Geni**, pelo exemplo de vida demonstrado em todos esses anos, por me ensinar sempre que “no fim tudo dá certo”.*

*À minha avó, **Nena** (IN MEMORIAM), por demonstrar sempre o amor que sentia por mim, pelas nossas viagens, por ter sido a minha querida avó.*

*Aos meus sogros, **Alzira e Panício**, pelo carinho a mim dedicados durante todos esses anos, por me acolherem como filha desde o primeiro momento, por fazerem parte da minha vida.*

*À minha amiga, **Alessandra**, pelo apoio e disponibilidade de me ajudar durante as entrevistas. Você mostrou-se incansável, meu eterno agradecimento.*

*À minhas eternas amigas, **Raquel, Grazielle, Franciane e Viviane**, por compartilhar vários momentos de minha vida, sejam eles tristes, felizes e importantes como este. A amizade de vocês é muito importante pra mim.*

*À minha amiga, **Marcelen Palú Longui**, por ter sido companheira desde o primeiro momento. Obrigada!*

*À Prof^a Dr^a **Eunice Ladeia Guimarães Lima**, pela disponibilidade de realizar a revisão de português.*

*À Prof^a Dr^a **Débora Falleiros de Mello** e Prof^o Dr^o **Gutemberg**, membros da banca examinadora, pelo estímulo e contribuições oferecidas no exame de qualificação*

*Ao Prof^o Dr^o **Angel Antonio Otero Puime**, pelos esclarecimentos e valiosas contribuições prestadas durante a execução deste trabalho.*

*À Prof^a Dr^a **Kátia Terezinha Alves Rezende**, por ter sido peça fundamental durante o processo seletivo, pelo incentivo e orientações.*

*À todos os **Agentes Comunitários de Saúde**, pela acolhida, pela oportunidade concedida e pela colaboração no desenvolvimento deste estudo.*

*À todos os **membros das comunidades** que participaram do estudo, pela atenção, colaboração e pela oportunidade de repensar o processo de trabalho do ACS.*

*À **Coordenação do Programa Saúde da Família** do município de Marília, pela disponibilidade de me receber e autorizar a pesquisa.*

“Todos os dias Deus nos dá junto com o sol, um momento em que é possível mudar tudo o que nos deixa infelizes. Todos os dias procuramos fingir que não percebemos este momento, que esta oportunidade não existe, que hoje é igual a ontem e será igual a amanhã. Mas quem presta a atenção a seu dia descobre o instante mágico. Este momento existe: um momento em que toda a força das estrelas passa por nós e nos permite fazer milagres. Este instante mágico de cada dia, nos ajuda a mudar, nos incentiva a ir em busca de nossos sonhos”.

(Paulo Coelho)

RESUMO

SOSSAI, Lillian Carla Ferrari. **Atenção Primária à Saúde no município de Marília-SP: repensando o trabalho do agente comunitário de saúde.** Ribeirão Preto, 2008. 102p. (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.

Esta pesquisa teve como objetivo analisar o trabalho dos agentes comunitários de saúde, tendo em vista suas expectativas e as da comunidade em relação ao trabalho do ACS, na perspectiva da atenção primária à saúde. Apoiamos-nos no referencial teórico do processo de trabalho, em especial, o processo de trabalho em saúde, para posteriormente realizarmos a análise dos dados. Trata-se de um estudo de natureza descritiva e de abordagem qualitativa. Foram sujeitos desta pesquisa a comunidade e os agentes comunitários pertencentes a duas unidades de saúde da família do município de Marília-SP. Selecionamos todos os ACS que exercem suas atividades profissionais nas USF escolhidas e no caso dos membros da comunidade selecionamos e entrevistamos aleatoriamente, por sorteio, membros da comunidade que fazem seguimento regularmente nestas unidades de saúde. Para a coleta de dados, utilizamos à entrevista semi-estruturada, que foram gravadas e aplicadas a 13 agentes comunitários de saúde e 39 membros da comunidade. A técnica de análise de dados que utilizamos foi a análise de conteúdo, modalidade temática. Os dados foram organizados conforme a ferramenta metodológica da análise de conteúdo, agrupando as falas dos participantes. A partir dos conteúdos das falas elegemos quatro unidades temáticas: **Tema 1:** O ACS e a comunidade: pensamentos e expectativas; **Tema 2:** O vínculo entre o ACS e a comunidade; **Tema 3:** Os instrumentos e as condições de trabalho dos ACS; **Tema 4:** Perspectivas de incremento da qualidade do trabalho dos ACS. Foi possível, durante este trajeto, identificar que a maioria dos agentes comunitários esperam que a demanda de atividades burocráticas sejam reduzidas no seu dia-a-dia de trabalho, em especial a atividade de recepção. A maioria dos membros da comunidade não apresentam expectativas em relação ao trabalho do ACS, estão contentes com o trabalho que vem sendo realizado pelos ACS. Percebemos que o vínculo é bem expressivo pela proximidade entre o ACS e a população. As condições de trabalho dos ACS são difíceis, faltam materiais de escritório, uniformes e EPI. Como percepções foram levantadas: aumentar as capacitações e os treinamentos, contratação de um recepcionista, criação de uma associação dos ACS. Considerando as estratégias sugeridas, acreditamos que o processo de trabalho do ACS pode melhorar, levando em consideração as percepções dos profissionais e da comunidade. Dessa forma, percebemos que o trabalho dos ACS é um dos pontos que na Estratégia Saúde da Família contribui para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, agente comunitário de saúde, saúde da família.

ABSTRACT

ABSTRACT

SOSSAI, Lilian Carla Ferrari. **Primary health care in Marília-SP, Brazil: re-thinking the work of the communitarian health agent.** Ribeirão Preto, 2008. 102p. (Master Thesis) – University of São Paulo at Ribeirão Preto, College of Nursing, 2008.

This research aimed to analyze the work of communitarian health agents (ACS), focusing on the expectations of these agents and those of the community in relation to their work under the primary health care perspective. We first based the study on the Process work theory, specifically Process work in health, for performing data analysis afterwards. This is a descriptive study with qualitative approach. The study subjects were: community and communitarian agents who belonged to two family health units (USF) in Marília, SP, Brazil. All ACS, who exert professional activities in the USFs, chosen for the study, were selected. Community members, who regularly attend these health units, were randomly selected through a ballot draw. For data collection, semi-structured interviews were carried out, which were recorded and applied to 13 communitarian health agents and 39 members of the community. Content analysis, thematic modality was used for the data analysis. Data were organized according to content analysis methodological tool grouping the participants' reports: From the reports content, we elected four thematic units: **Theme 1:** The thoughts and expectations of the ACS and community; **Theme 2:** the bond between the ACS and the community; **Theme 3:** The ACS instruments and work conditions; **Theme 4:** Perspectives of quality improvement of the ACS work. It was possible to identify that the majority of communitarian agents expected the demand of bureaucratic activities to be reduced in their daily work, especially the activity of reception. The majority of the community members did not present any expectation regarding the ACS work and are satisfied with the work ACS are performing. We perceive there is an considerable bond because of the proximity between the ACS and the population. The work conditions of ACS are difficult, due to the lack of office materials, uniforms, and PPE. Their perceptions were: improvement of training and education, hiring a receptionist, creation of an ACS association. Considering the strategies suggested, we believe that the work process of ACS can be improved, taking into account the professionals' and community' perceptions. Therefore, we believe that the ACS work is one of the aspects that contribute to strengthen the Primary Health Care in the Family Health Strategy.

Key-words: primary health care, communitarian health agent, family health

RESUMEN

SOSSAI, Lilian Carla Ferrari. **Atención Primaria de Salud en el municipio de Marília-SP: repensando el trabajo del agente comunitario de salud.** Ribeirão Preto, 2008. 102p. (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2008.

La finalidad de esta investigación fue analizar el trabajo de los agentes comunitarios de salud, considerando sus expectativas y aquellas de la comunidad con relación al trabajo del Agente Comunitario de Salud, en la perspectiva de la atención primaria de salud. Nos apoyamos en el referencial teórico del proceso de trabajo, especialmente el proceso de trabajo en salud, para posteriormente realizar el análisis de los datos. Se trata de un estudio descriptivo con aproximación cualitativa. Fueron sujetos de esta investigación: la comunidad y los agentes comunitarios pertenecientes a dos unidades de salud de la familia del municipio de Marília-SP. Seleccionamos todos los ACS que ejercen sus actividades profesionales en las USF elegidas y, en el caso de los miembros de la comunidad, seleccionamos y entrevistamos aleatoriamente por sorteo miembros de la comunidad que hacen seguimiento regularmente en estas unidades de salud. Para la recolecta de datos utilizamos entrevistas semi-estructuradas, que fueron grabadas y aplicadas a 13 agentes comunitarios de salud y 39 miembros de la comunidad. La técnica de análisis de datos que utilizamos fue el análisis de contenido, modalidad temática. Los datos fueron organizados según la herramienta metodológica del análisis de contenido, agrupando los discursos de los participantes. A partir de los contenidos de las hablas elegimos cuatro unidades temáticas: **Tema 1:** El ACS y la comunidad: pensamientos y expectativas; **Tema 2:** El vínculo entre el ACS y la comunidad; **Tema 3:** Los instrumentos y las condiciones de trabajo de los ACS; **Tema 4:** Perspectivas de incremento de la cualidad del trabajo de los ACS. Fue posible durante este trayecto identificar que la mayoría de los agentes comunitarios esperan que la demanda de actividades burocráticas sea reducida en su día-a-día de trabajo, especialmente la actividad de recepción. La mayoría de los miembros de la comunidad no presentan expectativas con relación al trabajo del ACS, están contentos con el trabajo que viene siendo realizado por los ACS. Percibimos que el vínculo é bastante expresivo ante la proximidad entre el ACS y la población. Las condiciones de trabajo de los ACS son difíciles, faltan materiales de escritorio, uniformes y equipos de protección individual. Como percepciones fueron obtenidas: aumentar las capacitaciones y los entrenamientos, contratación de un recepcionista, creación de una asociación de los ACS. Considerando las estrategias sugeridas, creemos que el proceso de trabajo del ACS puede mejorar, considerando las percepciones de los profesionales y de la comunidad. Así, percibimos que el trabajo de los ACS es uno de los puntos que en la Estrategia Salud de la Familia contribuye para el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud.

Palabras clave: atención primaria de salud, agente comunitario de salud, salud de la familia.

LISTA DE SIGLAS

ACS -	Agente Comunitário de Saúde
IAP -	Institutos de Aposentadorias e Pensões
BVS -	Biblioteca Virtual em Saúde
DGES -	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DRS -	Direção Regional de Saúde
EPI -	Equipamento de Proteção Individual
ESF -	Estratégia Saúde da Família
FAMEMA -	Faculdade de Medicina de Marília
LILACS -	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
MS -	Ministério da Saúde
NOAS -	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB -	Norma Operacional Básica
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SAMU -	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES -	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES -	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB -	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS -	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS -	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UNIMAR -	Universidade de Marília
USF -	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	16
2 – OBJETIVOS.....	28
2.1 – Objetivo Geral.....	28
2.2 – Objetivo Específico.....	28
3 – MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA.....	30
3.1 - O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).....	30
3.2 - Processo de trabalho em saúde e o trabalho do ACS.....	33
4 – PERCURSO METODOLÓGICO.....	38
4.1 - Natureza da Investigação.....	38
4.2 - Caracterização do Campo.....	39
4.2.1 - O Município de Marília.....	39
4.2.2 - Indicadores de saúde.....	39
4.2.3 - Modelo de Atenção à Saúde vigente em Marília.....	39
4.2.4 - A estrutura da rede municipal de saúde.....	40
4.2.5 - O Programa Saúde da Família em Marília.....	41
4.3 - Cenário de estudo.....	41
4.3.1 Critério de Inclusão das UFS.....	42
4.4 Sujeitos da Pesquisa.....	42
4.4.1 Critérios de Inclusão da Comunidade.....	43
4.5 Instrumentos de coleta de dados.....	43
4.5.1 Entrevista.....	44
4.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	46
4.7 Técnica de análise de dados.....	46
5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
8 – APÊNDICES.....	99
Apêndice A.....	99
Apêndice B.....	100
Apêndice C.....	101
Apêndice D.....	102

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se na área de saúde coletiva na temática do processo de trabalho em saúde e na linha de pesquisa Práticas, Saberes e Políticas de Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, junto a Universidade de São Paulo.

O objeto desta pesquisa é o estudo da dinâmica do trabalho do agente comunitário de saúde (ACS) em duas Unidades de Saúde da Família (USF) de um município do interior de São Paulo.

Diante do exposto acima, vamos resgatar a trajetória das políticas públicas de saúde desde a Primeira República até a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF).

As políticas de saúde devem orientar todas as ações de saúde no país, e isso vem, recentemente, sofrendo mudanças, pois, por muito anos, a saúde era baseada em ações médicas individuais, o que atualmente passa por ampliações. A saúde brasileira se configurou como questão social durante a Primeira República (1889-1930), quando se iniciaram os primeiros movimentos sociais. No período populista (1930-1950), foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que favoreciam os trabalhadores fundamentais para a economia, como os que eram ligados à agro-exportação, principalmente na cultura do café. Do início do século XX até o final dos anos 50 o sanitarismo campanhista predominou no Brasil. Era baseado em intervenções sanitárias, para combater doenças transmissíveis por meio da concentração de decisões e estilo repressivo sobre os corpos social e individual. (MENDES-GONÇALVES, 1994). Com o surgimento de um eixo econômico urbano na segunda metade do século XX, surgiu a necessidade de reprodução da força de trabalho e o sistema de serviços de saúde voltou a atenção para indivíduos com emprego formal por meio da medicina previdenciária. Já no

período de desenvolvimento (1950-1960), as políticas de saúde exprimiam dupla realidade. O modelo campanhista ainda predominava nos órgãos de saúde pública. Opunha-se ao modelo curativista dominante nos serviços previdenciários de atenção médica, também burocratizado e ineficaz face aos crescentes problemas de saúde das populações urbanas e rurais. Então no período do início dos anos 60 até a metade dos anos 80, predominou o modelo médico assistencial privatista. Uma tecnoburocracia médica instalou-se na gestão dos IAP, por oposição à sanitária, também médica, de tendência nacionalista e desenvolvimentista, predominante nos órgãos de saúde pública. No período do estado militar (1964-1984), houve uma expansão da assistência médica curativa, especializada e privada, com acesso restrito para a população, fato que causou a insatisfação dessa população, culminando em discursos governamentais que visavam a integração preventivo-curativa, participação comunitária nas decisões, ampliação e ênfase nos serviços básicos. (LUZ, 1995).

Após o fim do regime militar, surge a Nova República, e a luta pela Reforma Sanitária (1985-1989). Esse período foi marcado pela busca da democracia. A noção de saúde se avançou após a nova Constituição Federal de 1988. Além disso outros avanços aconteceram como, por exemplo, a luta pela participação na gestão e coordenação dos serviços de saúde, pela não privatização das instituições de saúde e pelo acesso aos cuidados médicos. (LUZ, 1995).

Luz (1995) também destaca que a Reforma Sanitária ocorrida nesse período contribuiu para a transformação das políticas de saúde, pois representou mudanças, reivindicações e movimentos sociais que culminaram em discussão das políticas públicas. Ocorreu, no período da Nova República, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que serviu de base para uma reestruturação do sistema de saúde

vigente, quando o conceito de saúde foi ampliado, sendo a saúde resultante das condições de vida, alimentação, lazer, acesso a transporte, emprego e moradia.

As propostas de uma Reforma Sanitária foram concretizadas com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), após a aprovação da Constituição Brasileira de 1988. (FONTINELLE JÚNIOR, 2003).

A nova Constituição Brasileira foi uma das mais modernas do mundo em relação à saúde, trazendo em seu artigo 196 que:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação que culminou com importantes avanços e melhoria das condições de saúde. (BRASIL, 1988 p. 133).

Em 1987, apesar de muitas controvérsias, houve uma tendência para a unificação dos serviços institucionais de saúde, como o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e com a nova Constituição, isso foi confirmado por meio da proposta do SUS. (LUZ, 1995).

No ano de 1990, a Lei Orgânica nº 8.080, definiu as diretrizes e os papéis da União, dos Estados e dos Municípios, em relação à saúde, incluindo o financiamento do SUS. Foi criada também a Lei Complementar nº 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade, por meio dos conselhos e conferências. (LUZ, 1995).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde criou, em junho de 1991, o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), com objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da comunidade, atuando precisamente na educação em saúde. (BRASIL, 1997a).

Tal iniciativa teve como orientação uma primeira experiência ocorrida anteriormente, no Estado do Ceará: o trabalho com agentes comunitários de saúde (ACS), com objetivo de contribuir com ações voltadas para a sobrevivência da população. Em 1987, foi criado um projeto denominado Programa de Agente de

Saúde no Estado do Ceará, visando a um trabalho de educação em saúde que era realizado por funcionários públicos nas comunidades em que residiam. Os objetivos eram: melhorar a capacidade da comunidade de cuidar da sua própria saúde, reduzir o risco de morte ligado ao parto para a mãe e a criança, aumentar a proporção de mães em aleitamento materno exclusivo a seus filhos até aos 4 meses de vida, reduzir os óbitos causados pela desidratação em razão da diarreia, oferecer emprego a um número relevante de mulheres que dessa forma, melhorariam a sua condição social e estimulariam outras mulheres a ter um posicionamento mais ativo. Entendia-se que era possível envolver os moradores destas comunidades nas atividades de promoção à saúde. No final do ano de 1987, foram contratadas, com remuneração mensal de um salário mínimo, 6.113 pessoas, sendo 95% mulheres, para o trabalho de agente comunitário, os quais receberam treinamento sobre os cuidados mais simples de saúde e desenvolveram atividades em áreas públicas voltadas ao interesse comunitário. (MINAYO, D'ELIA e SVITONE, 1990).

Muitas modificações, segundo Minayo, D'Elia e Svitone (1990), eram necessárias para se chegar a um verdadeiro Programa de Agentes Comunitários de Saúde. O Programa teve seu primeiro ciclo de reestruturação entre 1988 e 1989, quando atingiu 45 municípios do Ceará. No ano de 1990, 84 municípios do Estado do Ceará contavam com o programa.

Após a criação do PACS em 1991, surge em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF), para contribuir com uma reorientação do modelo de atenção à saúde, priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos e comunidade de forma integral e contínua. Cada equipe é composta minimamente por: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS. O número de ACS

varia de quatro a seis, de acordo com o número de habitantes da área de abrangência que a equipe é responsável. (FONTINELE JÚNIOR, 2003).

A regulamentação da profissão de agente comunitário ocorreu em 10 de julho de 2002, respaldada pela Lei nº 10.507, que determina que essa profissão existirá exclusivamente no âmbito do SUS, apontando em seu artigo 2º que a profissão de ACS, caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas conforme as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local. Traz, ainda, os seguintes requisitos básicos para o exercício da profissão: residir na área de abrangência da comunidade em que atuar, ter 18 anos ou mais, ter concluído o curso de qualificação básica para a formação de ACS e ter concluído o ensino fundamental. (BRASIL, 2002).

De acordo com Oliveira, Nachif e Matheus (2003) e Silveira e Sena (2005), o trabalho do ACS é baseado em ações educativas, de promoção da saúde e prevenção das doenças, que buscam fortalecer a organização, a valorização e o desenvolvimento comunitário, bem como o vínculo do sistema de saúde com a comunidade.

Para Oliveira, Nachif e Matheus (2003) e Araújo e Assunção (2004), os ACS têm desenvolvido ações que não são suas atribuições, as quais consomem parte significativa do seu trabalho. Isso os descaracteriza aos olhos da comunidade, que passa a vê-los como auxiliares de serviços gerais e de enfermagem, dando-lhes uma conotação de “faz tudo” dentro do Programa Saúde da Família.

Isso ocorre porque a atuação do ACS geralmente está em regiões mais carentes dos municípios, onde há baixa qualidade de vida e o acesso aos serviços de saúde é mais difícil. Ele se depara com situações de difícil intervenção, mas, com uma prática singular, tem em um meio complexo e contraditório, que orientar a

população para adquirir comportamentos saudáveis para uma boa qualidade de vida. A população, contudo, não legitima o seu lugar de trabalhador de saúde, talvez por entender que a sua inscrição nesse espaço não se deu por um curso de formação específica, o que dificulta muitas vezes a adesão às suas recomendações. (SILVEIRA e SENA, 2005).

Apesar disso, Silveira e Sena (2005) destacam que o ACS é conhecido como ator fundamental na ESF, encontra-se na linha de frente desse processo, realizando busca ativa de pessoas com acometimentos e/ou enfermidades, monitorando a população nas suas queixas diversas e fazendo triagem dos casos clínicos e epidemiológicos para a equipe.

Com a prática profissional desenvolvida durante a graduação em enfermagem e, posteriormente, vivenciada no aprimoramento em Saúde da Família Multiprofissional, junto à Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), em uma unidade de saúde deste município, percebemos que, em muitas situações, os agentes de saúde se sentem coagidos e/ou ameaçados moral e fisicamente pela população.

Com objetivo de conhecer as publicações encontradas sobre o assunto e destacar a relevância deste estudo, foi realizado, no segundo semestre de 2007, um levantamento bibliográfico sobre o processo de trabalho do ACS, utilizando como descritores: atenção primária à saúde, saúde da família e agente comunitário de saúde.

No Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) foram encontrados 2939 trabalhos com o descritor atenção primária à saúde, 940 com o descritor saúde da família, 1.006 com o descritor agente comunitário de saúde (ACS). Cruzando todos os descritores, foi encontrada apenas 1 publicação. Apesar disso foi realizada leitura atenta dos resumos e selecionados

29 artigos encontrados no LILACS. Na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram encontrados respectivamente, 3.317, 30.449, 1.090 e nenhuma publicação com todos os descritores juntos. Já na National Library of Medicine (Medline), a busca foi realizada na língua inglesa, utilizando-se os descritores (Mesh, nesta base), primary health care, community health agent e health family program. Empregamos o limite humano, nos idiomas inglês e espanhol. Obtivemos 3 publicações, as quais, após a leitura dos resumos foram excluídas, pois não traziam a temática estudada. Foram encontradas respectivamente 52.084, 14.531, 4.199 e na junção dos descritores apareceram 3 publicações.

	LILACS	BVS – MS	MEDLINE	TOTAL
Atenção primária à saúde	2.939	3.317	52.084	58.340
Saúde da Família	940	30.449	14.531	45.920
Agente comunitário de saúde	1.006	1.090	2.103	4.199
Total	1	0	3	4

O quadro acima nos mostra que quando realizamos a pesquisa utilizando os descritores de forma isolada, aparece uma grande quantidade de publicações e quando pesquisamos concomitantemente o número de publicações é muito pequeno. Com essa busca, foi possível identificar que existem poucas publicações que trabalham esses descritores de forma articulada.

Com base no levantamento bibliográfico realizado, concluímos que os estudos sobre o trabalho do agente comunitário de saúde voltam-se mais para suas ações e atividades de promoção e educação em saúde, principalmente, como um ator fundamental na Estratégia Saúde da Família. O trabalho do agente comunitário é realizado por meio de promoção da saúde e mobilização comunitária (SILVEIRA e SENA, 2005), as atividades realizadas pelos agentes são: visitas domiciliares, um

trabalho de prevenção, orientação de pacientes diabéticos, hipertensos e gestantes. A atuação dos agentes se dá, portanto, por meio de ações educativas e de promoção de saúde. (MARTINS et al, 1996).

Os estudos enfatizam a presença do agente comunitário de saúde como elo de ligação entre o indivíduo, a família, a comunidade e a equipe de saúde. É o que é visto nos trabalhos de Ferraz e Aertz (2004); Oliveira, Nachif e Matheus (2003); Kluthcovsky e Takayanagui (2006); Rosa, Caviccioli e Bretas (2004); Valentim e Kruel (2007); Martins et al. (1996); Fortes e Spinetti (2004) e Nunes et al. (2002).

O ACS é compreendido também como educador de saúde e como agente de vigilância à saúde, como é visto em Oliveira, Nachif e Matheus (2003), que destacam que o trabalho dos ACS é baseado em ações educativas e preventivas que buscam fortalecer a organização, a valorização e o desenvolvimento comunitário. Nunes et al. (2002) afirmam que a ação do ACS é de educação para a saúde. Para Rosa, Caviccioli e Bretas (2004), os ACS utilizam como instrumental a educação, as orientações e a vigilância à saúde. Suas atividades são voltadas para o desenvolvimento de ações de educação e vigilância à saúde (VALENTIM e KRUEL, 2007; MARTINS et al., 1996 e FORTES e SPINETTI, 2004). Silveira e Sena (2005) afirmam que o ACS assume o papel de realizar as ações de vigilância à saúde nos indivíduos e comunidade, concorrendo, na execução de suas ações para otimizar a qualidade e resolutividade dos serviços oferecidos, ampliando a participação da população no cotidiano da equipe.

Alguns estudos destacam a função dos ACS nos serviços de saúde, como Silveira e Sena (2005), analisando que, muitas vezes a função do ACS se aproxima das funções dos profissionais de enfermagem ou até mesmo das funções do assistente social e, muitas vezes, atuam como psicólogos. De acordo com Martins et

al. (1996), o trabalho dos ACS está bastante aproximado das práticas de enfermagem. Isso nos mostra que esses profissionais desenvolvem atividades que não lhes competem, demonstrando a desvalorização da profissão do agente comunitário. A posição do ACS na equipe de saúde da família revela-se ainda mais crítica quando se compara o seu salário com o de outros membros da equipe (NUNES et al., 2002).

Os autores destacam os pontos positivos da atuação do ACS. O fato do processo de trabalho do ACS estar mais próximo da população favorece o desenvolvimento das atividades dos outros membros da equipe. (SILVEIRA e SENA, 2005), Esses autores afirmam, ainda, que o trabalho do ACS tem relação de complementaridade em relação ao dos demais profissionais e são capazes de articular com os demais membros da equipe. Nunes, et al. (1996), afirmam que uma parte importante do trabalho do ACS produz-se pelo fato de ele pertencer a esse mesmo universo das pessoas da comunidade. O ACS é conhecido da comunidade e as famílias cadastradas mostram-se bastante satisfeitas com o trabalho dos agentes. (LEVY, MATOS e TOMITA, 2004). Segundo Kluthcovsky e Takayanagui (2006), o trabalho dos ACS tem contribuído com reduções dos índices de mortalidade e morbidade. Os ACS têm um papel fundamental no processo de transformação social do local onde vivem e trabalham. (ROSA, CAVICCIOLI e BRETAS, 2004).

Os pontos negativos do trabalho do agente comunitário também são destacados em alguns estudos. Os principais fatores dificultadores do trabalho dos ACS é a rotatividade dos enfermeiros, o desconhecimento, por parte dos ACS, dos princípios do SUS e a precariedade do vínculo empregatício desses profissionais. (ROSA, CAVICCIOLI e BRETAS, 2004). De acordo com Kluthcovsky e Takayanagui (2006), os ACS sofrem resistência da população com relação às suas orientações.

Os ACS tem um papel de tradutor do universo científico ao popular. (KLUTHCOVSKY e TAKAYANAGUI, 2006; LEVY, MATOS e TOMITA, 2004; NUNES et al., 2002).

Alguns estudos mostram as atribuições dos ACS, como observamos em Silveira e Sena (2005), que o ACS, com seu trabalho, estabelece relações com a população, orientando, encaminhando, tanto para evitar a propagação das doenças como ouvinte das queixas do dia-a-dia. Segundo Kluthcovsky e Takayanagui (2006) as atribuições dos ACS são: analisar as necessidades da comunidade, atuar nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, participar das ações de saneamento básico e melhoria do ambiente, participar das reuniões da equipe de saúde, utilizando como instrumentos de trabalho a entrevista, a visita domiciliária, o cadastramento das famílias, o mapeamento da comunidade e as reuniões comunitárias. De acordo com Rosa, Caviccioli e Bretãs (2004), a atuação do ACS implica no agendamento de consultas, em pegar remédio prescrito e levar para os usuários, em acompanhar crianças e gestantes, dar orientações referentes à saúde. Valentim e Kruehl (2007) destacam que a atuação do ACS se dá por meio de visita domiciliária mensal, mapeamento da área, cadastramento das famílias e estimulando a comunidade à participação social.

Foi realizada também, no segundo semestre de 2007, pesquisa no banco de teses da Universidade de São Paulo (USP), utilizando a expressão agente comunitário de saúde, encontrando 10 publicações, 4 das quais foram excluídas, pois não traziam a temática estudada. Estão apresentadas no quadro a seguir as 6 publicações encontradas.

AUTOR	ANO DE DEFESA	OBJETIVO
Lunardelo, S. M.	2004	Caracterizar o agente comunitário de saúde dos Núcleos de Saúde da Família ligados ao Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, bem como, identificar as repercussões que o desenvolver deste trabalho tem lhe trazido.
Santos, L. P. G. S	2005	Caracterizar o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), identificando as ações realizadas e analisando-as à luz do paradigma da Promoção da saúde.
Seabra, D. C.	2006	Compreender como os profissionais das equipes de saúde da família percebem o papel do agente comunitário de saúde (ACS).
Kluthcovsky, A. C. G. C.	2005	Avaliar a qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná, Brasil.
Trapé, C. A.	2005	Analisar as concepções de educação, saúde e educação em saúde que norteiam as práticas educativas dos ACS da Coordenadoria de Saúde da Subprefeitura do Butantã bem como analisar o caráter dessas atividades educativas.
Andrade, R. D.	2004	Desenvolver um jogo educativo sobre doenças respiratórias infantis, bem como avaliar a sua utilização no processo ensino-aprendizagem dos ACS.

Diante da realidade da produção de conhecimento sobre o ACS como membro da equipe de saúde da família no país, nos perguntamos:

Qual é a expectativa do agente e da comunidade em relação ao trabalho do ACS?

Diante dessas considerações, tomaremos como pressuposto deste estudo que há um descompasso no trabalho dos ACS entre as atribuições e objetivos propostos pelo Ministério da Saúde e a prática desenvolvida no cotidiano dos serviços de atenção primária à saúde, particularmente no contexto do município de Marília-SP.

A pesquisa poderá possibilitar a construção de estratégias para a reorganização do processo de trabalho dos ACS e o entendimento do processo de trabalho do ACS por parte da comunidade e dos próprios ACS, dentro e fora da Unidade de Saúde da Família (USF), com vistas para o atendimento das necessidades de saúde da população e para as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

A partir da problemática descrita, esta investigação teve como objetivo geral analisar o trabalho dos agentes comunitários de saúde, tendo em vista suas expectativas e as da comunidade em relação ao trabalho do ACS, na perspectiva da atenção primária à saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar as expectativas dos ACS em relação ao conhecimento do seu trabalho, a avaliação, a finalidade, os instrumentos, as condições de trabalho e o vínculo com a comunidade, em duas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Marília-SP.
- ✓ Identificar as expectativas da comunidade em relação ao trabalho do trabalho do ACS e o vínculo com este profissional, na área de abrangência de duas USF do município de Marília-SP.

3. MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

3.1 O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

Os agentes de saúde são profissionais que atuam na atenção primária à saúde e fazem parte de dois programas importantes do Ministério da Saúde, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF é a principal estratégia de reorganização da assistência à saúde, a qual vinha apresentando características curativistas, tecnicistas, biologicistas e individuais, centradas na figura do médico. Esse novo modelo de assistência busca desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, envolvendo todo o contexto familiar e da comunidade. A sua prática pode ocorrer no domicílio ou em outros espaços da comunidade, o que fortalece o vínculo entre equipe de saúde e comunidade.

O Ministério da Saúde reconhece no PACS e na ESF importantes estratégias para contribuir no aprimoramento e na consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, e cria as diretrizes operacionais desses programas. Algumas diretrizes operacionais da Estratégia Saúde da Família são o caráter substitutivo das práticas tradicionais das unidades básicas de saúde, complementaridade e hierarquização, adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação, configura-se como primeiro contato da população com o serviço de saúde local, no qual se garanta resolubilidade na sua complexidade tecnológica, assegurando referência e contra-referência, trabalha com definição de território de abrangência. Uma equipe deve ser responsável por uma área onde residam, no máximo, mil famílias ou quatro mil e quinhentas pessoas; a equipe mínima deve conter: médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. (BRASIL, 1997b). De acordo com a portaria nº 648

de 28 de março de 2006, o número de máximo de famílias atendidas pelas equipes da ESF se alterou, passando de 4500 para 4000 pessoas. (BRASIL, 2006).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde traz algumas diretrizes: o agente comunitário deve trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida; ele deve ser responsável pelo acompanhamento de no máximo 150 famílias ou 750 pessoas; deve ser selecionado, no próprio município, com assessoria da Secretaria Estadual de Saúde (SES); deve ser morador da área onde exercerá suas atividades há pelo menos dois anos; saber ler e escrever; ser maior de dezoito anos; ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades. (BRASIL, 1997b).

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde (MS), é responsável pela formulação de políticas para a formação e educação permanente dos trabalhadores de saúde, em todos os níveis de escolaridade, com objetivo de favorecer a articulação intersetorial e o controle social no SUS. No caso dos agentes comunitários, o desafio desse departamento é o de preparar os agentes para atuarem no apoio aos indivíduos e comunidade, identificando as situações de risco em saúde, orientando, acompanhando e participando de um processo de educação popular em saúde, utilizando conhecimentos sobre a prevenção e solução de problemas de saúde, mobilizando práticas de promoção de vida no coletivo e desenvolvimento das interações sociais. (BRASIL, 2003).

A formação dos agentes comunitários é baseada em competências técnicas éticas e humanísticas que englobam diversos tipos de saberes como: interagir com os indivíduos e seu grupo social, com a coletividade e com a população; respeitar valores, culturas e individualidades ao pensar e propor as práticas profissionais,

buscar alternativas frente a situações adversas, com postura ativa; recorrer à equipe de saúde para a solução ou encaminhamento de problemas identificados; considerar sempre pertinência, oportunidade e decisão das ações e procedimentos que realiza; trabalhar em equipe, com objetivo de favorecer a organização e eficácia das práticas de saúde; ter pensamento crítico em relação aos seus direitos e deveres como trabalhador. (BRASIL, 2003).

As atribuições específicas do agente comunitário de saúde são:

Realizar o mapeamento da área de abrangência da unidade; cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro; identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco; identificar área de risco; orientar famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário; realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básica; realizar, por meio de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; estar sempre bem informado, e informar os demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situação de risco; desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção de saúde e prevenção de doenças; promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras; traduzir para a equipe saúde da família a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites; identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipe. (BRASIL, 2001a, p. 78).

Em cada área de abrangência que vai receber os agentes comunitários, é feito um levantamento do número de ACS necessários para atender às necessidades de saúde da comunidade. Dessa forma, o Ministério da Saúde faz o cálculo desse número, após o conhecimento das prioridades e das necessidades locais. É preciso definir as áreas de atuação e saber quantas famílias residem na região a ser atendida. (BRASIL, 1997b).

Torres e Lopes (2003) destacam que a posição do ACS na equipe de saúde é complexa, não sendo necessário compreendê-lo somente como um agente de trabalho e seu lugar na equipe, mas como agente que atua em uma equipe local, constitutiva de um sistema de saúde que deve articular em vários níveis e em

múltiplas dimensões, dando sentido e direcionalidade aos sujeitos do processo de trabalho nos diferentes níveis.

Pelo exposto, percebe-se que a profissão de agente comunitário é fundamental no cenário da Estratégia Saúde da Família. É preciso, portanto, que os ACS se sintam mais valorizados no seu ambiente de trabalho, para que possam desenvolver seu potencial durante a realização de suas atividades diárias de trabalho.

Torna-se necessário nos atentarmos para as questões da qualidade de trabalho dessa categoria profissional, a fim de que a equipe possa contribuir com a melhoria do trabalho, com vistas à resolubilidade e integralidade do cuidado.

3.2 Processo de trabalho em saúde e o trabalho do ACS

O trabalho é fundamental em qualquer sociedade. Para entender o processo de trabalho, é preciso inicialmente explicitar sobre o conceito de trabalho. Almeida (1997) se apropria de uma reflexão de Marx que afirma:

Antes de tudo o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. (MARX, apud ALMEIDA, 1997 p. 269).

Encontramos explicitado por Mendes-Gonçalves (1994), que o trabalho visa a obtenção de determinados efeitos, transformando o estado das coisas por meio da aplicação de energia.

O autor citado acima traz a definição de processo de trabalho enfatizando que este se dá por meio de uma atividade orientada para uma finalidade, para um objeto e para seus instrumentos, sendo que o conhecimento é o principal dos instrumentos, pois orienta todo processo.

O processo de transformação do objeto de trabalho em um dado produto é realizado por meio de um gasto de energia que é necessário para a transformação. Essa

transformação é representada pelos meios ou instrumentos de trabalho. Os elementos constitutivos do processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim (o próprio trabalho), a matéria que se aplica sobre o mesmo (objeto) e os instrumentos (que são os meios de trabalho). Dessa forma, dentro do processo de trabalho existem relações entre objeto, instrumento e produto, de acordo com as necessidades expressadas e que vão diretamente em direção às finalidades do mesmo. (ALMEIDA, 1997).

“O meio de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto ... de acordo com o fim que tem em mira” (MARX, apud ALMEIDA, 1997, p. 270). Almeida (1997) destaca, ainda, que os instrumentos se caracterizam como sendo a forma pela qual a energia se incorpora ao processo de trabalho e devem ter uma forma de mostrar a qualidade do objeto e do produto, em uma transformação. O produto do processo de trabalho não corresponde a qualquer resultado, e sim à satisfação das necessidades que lhe originaram.

Nessa perspectiva, trataremos com apoio de Merhy (1997), o conceito de trabalho vivo e trabalho morto, na tentativa de melhor compreender a especificidade do trabalho em saúde. O trabalho vivo se refere ao ato de trabalhar, e o trabalho morto, se refere aos meios que proporcionam o resultado de um trabalho anterior, o que o homem utiliza para realizar um trabalho.

O profissional da saúde produz trabalho vivo durante a sua prática profissional, pois o resultado de seu trabalho é consumido durante a sua produção, apropriando-se dos meios/instrumentos para a produção do trabalho, sendo produto e produtor desse trabalho.

A reorganização do processo de trabalho depende da qualificação da força de trabalho dos profissionais, integração dos profissionais na assistência, e uma oferta de trabalho multiprofissional. (MALTA; MERHY, 2003).

O trabalho em saúde para ser eficaz e resolutivo dependerá sempre do grau de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações a serem desenvolvidas. (CAMPOS, 1997).

O processo de trabalho, hoje, vem sendo muito discutido nas instituições que oferecem serviços de saúde e é uma tarefa coletiva, em cuja equipe os trabalhadores da saúde devem estar inseridos, com o objetivo de mudar o seu cotidiano. Os profissionais vêm tentando transformar o processo vigente, optando por uma gestão participativa do processo de trabalho, considerando a necessidade dos usuários dos serviços de saúde.

Campos (1997) destaca que, na saúde, é preciso reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho e valorizar o profissional pelo esforço realizado em cada caso. Uma maneira para se conseguir isso é criar mecanismos que permitam o envolvimento de todos os membros da equipe na elaboração de novas propostas para a instituição funcionar, sendo essa uma forma de comprometer esses profissionais com suas funções e projetos da instituição.

O profissional da equipe de Saúde da Família, mais especificamente o ACS, precisa ser capaz de trabalhar com criatividade e senso crítico, realizando práticas humanizadas, competentes e resolutivas, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. O trabalho desse profissional deve ser voltado para o planejamento, organização e desenvolvimento de ações que respondem às necessidades da comunidade por eles atendida. (BRASIL, 2000a).

Todo esse trabalho deve ser desenvolvido de forma dinâmica, com permanente avaliação, por meio do acompanhamento dos indicadores de saúde da área de abrangência em questão. Durante o processo de trabalho desse profissional, devem ser desenvolvidos pela equipe, habilidades, saberes e

conhecimentos, para que os profissionais desempenhem seu trabalho de forma satisfatória, tanto para os profissionais como para a comunidade. (BRASIL, 2000a).

4. Percurso Metodológico

4.1 Natureza da investigação

A pesquisa a que nos propomos é um estudo qualitativo descritivo exploratório. Segundo Minayo (2003), a pesquisa é a

atividade básica da Ciência em sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. (p. 17).

A pesquisa qualitativa “...trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”. (MINAYO, 2003, p. 21). De acordo com a mesma autora, a pesquisa se inicia com um incômodo ou uma questão formulada e termina com a resposta dessa questão. Nesse estudo, a opção pela pesquisa qualitativa se dá pela própria natureza do objeto em questão, que é social, ou seja, vamos analisar as expectativas dos agentes e da comunidade em relação ao trabalho do ACS, em duas Unidades de Saúde da Família.

A pesquisa exploratória, segundo Triviños (1987), permite que o investigador aumente a sua experiência em relação a determinado problema. Ele parte de um problema e se aprofunda nessa realidade, buscando conhecimentos para desenvolver uma pesquisa descritiva ou experimental.

4.2 Caracterização do Campo

4.2.1 O Município de Marília

Para essa caracterização foi utilizado o Relatório de Gestão do ano de 2004. O município está situado no Centro Oeste Paulista, a uma distância de 376 Km, em linha reta, da Capital do Estado, sua área total é de 1.194 Km² (MARÍLIA, 2004). A população de Marília para ano de 2005, é de 220.017 habitantes, de acordo com dados do IBGE, 2004.

4.2.2 Indicadores de saúde

Em relação ao coeficiente de natalidade, mortalidade infantil e mortalidade geral, segundo o Relatório de Gestão do ano de 2004, verifica-se que ocorreram 2.753 nascimentos, originando um coeficiente de natalidade de 12,98. A mortalidade infantil ficou em 16,34, enquanto o coeficiente de mortalidade geral foi de 6,2. Dos nascidos vivos, 9,5% apresentaram baixo peso ao nascer, ou seja, um peso inferior a 2.500 gramas. A taxa de fecundidade foi de 45,56 e não houve mortalidade materna no ano de 2004. (MARÍLIA, 2004).

4.2.3 Modelo de Atenção à Saúde vigente em Marília

Marília é um dos municípios que compõe a área de abrangência da Direção Regional de Saúde de Marília (DRS-IX) e foi habilitada em junho de 1998 à forma de Gestão Plena do Sistema de Saúde, conforme a Norma Operacional Básica 01/96 (NOB

01/96). Em 2002, foi discutida a implantação das Normas Operacionais Assistência à Saúde (NOAS), fundamental para a consolidação do SUS. (MARÍLIA, 2004).

4.2.4 A estrutura da rede municipal de saúde

A rede de saúde é composta por:

- ✓ 28 unidades de saúde da família (USF), sendo 24 localizadas na zona urbana e 04 localizadas na zona rural;
- ✓ 12 unidades básicas de saúde (UBS);
- ✓ 03 serviços de pronto atendimento;
- ✓ 01 policlínica;
- ✓ 01 banco de leite humano;
- ✓ 01 equipe do Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar (PROID);
- ✓ 01 núcleo de saúde do trabalhador;
- ✓ 01 unidade de prevenção e educação em saúde;
- ✓ 01 centro de atendimento psicossocial (CAPS I);
- ✓ 01 unidade de assistência farmacêutica (UCAF);
- ✓ 01 unidade municipal de fisioterapia ;
- ✓ 01 farmácia de manipulação de fitoterápicos – Fito-Saúde;
- ✓ 01 unidade central de esterilização de materiais (UCEM);
- ✓ SAMU – 192;
- ✓ 01 hemocentro
- ✓ 01 ambulatório de especialidades;
- ✓ 04 hospitais filantrópicos;

- ✓ 01 Hospital das Clínicas - FAMEMA;
- ✓ 01 Hospital Universitário – UNIMAR

4.2.5 O Programa Saúde da Família em Marília

Em 2002, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) toma a decisão de substituir, gradativamente, o seu modelo, empreendendo esforços na consolidação da ESF enquanto uma estratégia de implantação efetiva do SUS. A ESF vem sendo implantado prioritariamente em áreas de expansão populacional e/ou áreas de risco e está sendo desenvolvida por meio de parceria entre a SMS e entidades filantrópicas. (Marília, 2004).

As USF são responsáveis por, no máximo, 4.000 pessoas. No município de Marília, cada USF possui uma equipe ampliada de saúde, composta por um médico, um enfermeiro, um cirurgião-dentista, um auxiliar de consultório dentário, dois auxiliares de enfermagem, uma auxiliar de serviços gerais e seis ou sete agentes comunitários.

4.3 Cenário de estudo

O cenário de estudo foram duas USF e suas respectivas áreas de abrangência, vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde do município de Marília, escolhida pelos Coordenadores da Atenção Básica do município, dentre aquelas que atenderam aos critérios de seleção estabelecidos para esta investigação. A escolha por duas USF se deu justamente pela natureza qualitativa da pesquisa e pelo fato de

se pretender realizar uma análise e interpretação profunda dos conteúdos dos dados coletados.

Uma das Unidades de Saúde da Família escolhida, possui seis micro-áreas localizadas na zona urbana do município, possuem, portanto, seis ACS. A outra USF possui sete micro-áreas, sendo seis localizadas na zona urbana e uma na zona rural. Dessa forma, trabalham nessa USF sete ACS.

4.3.1 Critérios de Inclusão das USF

- ✓ Ter mais de dois anos de implantação;
- ✓ A equipe da USF deve estar estruturada com os mesmos membros há pelo menos um ano;
- ✓ A população adscrita para cada agente comunitário não deve ultrapassar o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), ou seja, 150 famílias. (BRASILa, 2001);
- ✓ Ser área de atuação da Faculdade de Medicina de Marília;
- ✓ Ter sido indicada pelos Coordenadores da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Marília;
- ✓ Pelo menos uma ser composta de micro-área pertencente à área urbana e rural.

4.4 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos desta pesquisa foram a comunidade e os agentes comunitários de saúde que pertencem a essas duas unidades de saúde da família.

Selecionamos todos os ACS que exercem suas atividades profissionais nas USF escolhidas e, no caso dos membros da comunidade, procedeu-se a uma amostra por conveniência, seguindo os critérios abaixo relacionados.

Para cada uma das micro-áreas existentes na USF, selecionamos e entrevistamos aleatoriamente, por sorteio, membros da comunidade que fazem seguimento regularmente nestas unidades de saúde, até que se desse a exaustão dos dados coletados, seguindo um rodízio para entrevista de cada micro-área, contemplando todas as micro-áreas existentes em cada USF.

Todos os indivíduos selecionados aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, não havendo recusas.

4.4.1 Critérios de Inclusão da Comunidade

- ✓ Serem adultos (acima de 18 anos);
- ✓ Ser cadastrado no SIAB e ter seguimento na USF há pelo menos um ano;
- ✓ Residir na área de abrangência da USF em questão há pelo menos um ano;
- ✓ Apresentar-se consciente, com possibilidade de entendimento para responder ao roteiro de entrevista;
- ✓ Ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

4.5 Instrumentos de coleta de dados

Considerando que um dos objetivos deste estudo se trata de analisar o trabalho dos agentes comunitários a partir das expectativas da comunidade e dos ACS, a coleta de dados foi realizada mediante instrumentos que permitissem o acompanhamento do trabalho do ACS. O instrumento de coleta de dados empregado neste estudo foi a entrevista semi-estruturada que, segundo Minayo (2003), é uma entrevista com questões abertas e formuladas previamente, em que o entrevistado discorre livremente sobre o tema. Os instrumentos estão disponíveis nos apêndices B e C.

4.5.1. Entrevista

Foi realizado um trabalho de campo que segundo Minayo (1999), consiste em um recorte da construção da teoria elaborada no momento. Afirma, ainda, que há uma articulação de entrevistas, observações e levantamentos de materiais que culminam numa tempestade de hipóteses e construção de teorias.

Inicialmente, fizemos contato com a enfermeira da Unidade onde realizamos as entrevistas piloto, sendo que a USF escolhida para a entrevista piloto foi indicada pelos Coordenadores da Atenção Básica do município. Após esse momento, explicamos pessoalmente aos ACS e às pessoas da comunidade que também participaram, qual era a natureza, os objetivos, a metodologia e a relevância da pesquisa. Dessa mesma forma, fizemos nas duas Unidades escolhidas para investigação. Assim que aceitaram participar da investigação, solicitamos que assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido.

A entrevista é uma técnica do trabalho de campo que está sendo definida porque entendemos como Minayo (2003), que a entrevista privilegia a obtenção de informações por meio da fala individual, a qual revela condições estruturais,

sistemas de valores, normas e transmite, por meio de um porta-voz, representações de determinados grupos.

Para Trivinos (1987), a entrevista semi-estruturada possibilita que o informante contribua com a pesquisa conduzindo espontaneamente seus pensamentos e experiências sem desviar do foco principal.

Assim, foi realizada entrevista individual semi-estruturada com cada sujeito da pesquisa.

Antes da realização das entrevistas, foi feito um estudo piloto com duas pessoas da comunidade e com dois ACS, a fim de identificar a necessidade de adequação do instrumento de pesquisa, reformular a elaboração das perguntas para melhorar o entendimento do usuário por meio de uma linguagem mais clara, e também para estimar o tempo de duração das entrevistas.

O pesquisador realizou algumas entrevistas no domicílio e outras na USF, a depender da possibilidade dos entrevistados. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e também se procedeu à leitura vertical e horizontal de cada entrevista. Não foi necessário, fazer novo sorteio e realizar novas entrevistas, pois a exaustão dos dados se deu com a primeira proposta de rodízio.

No total, foram entrevistadas 52 pessoas, sendo 13 ACS e 39 pessoas da comunidade. Na USF Verde entrevistamos seis ACS e 18 usuários. Na USF Azul entrevistamos sete ACS e 21 usuários. Vale a pena ressaltar que a equipe da USF Azul possui um ACS a mais, pois esta USF é composta de micro-área na zona urbana e rural, sendo necessário seis profissionais para atuarem na zona urbana e um para atuar na zona rural. É importante lembrar que foram sorteados para participar da investigação três usuários de cada ACS, tanto da USF Verde como da Azul, totalizando 39 pessoas da comunidade.

4.6. Aspectos Éticos da Pesquisa

O Projeto de Pesquisa foi apreciado e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da FAMEMA e da Secretaria Municipal de Saúde do município de Marília.

Os princípios éticos nortearam o trabalho, baseados na Resolução número 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo os direitos dos sujeitos envolvidos. Assim, os sujeitos foram convidados a participar da investigação, momento em que foram expostos os objetivos, a metodologia e a relevância da pesquisa. A autorização para que o sujeito fosse entrevistado deu-se mediante ao termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice D). Esse garante o anonimato, manutenção do caráter sigiloso das informações e o direito de decidir pela não participação a qualquer momento.

4.7. Técnica de Análise de Dados

Utilizamos, para analisar os dados, a técnica da análise de conteúdo, modalidade temática. O motivo da escolha se justifica por ser um instrumento de análise que facilita a tentativa exploratória e enriquece as interpretações.

Todo material coletado foi lido exaustivamente e discutido, analisamos as falas, fazendo aproximações de idéias e fomos recortando os fragmentos de respostas e localizando as idéias centrais.

De acordo com Bardin (2003), a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos que estão em constante aperfeiçoamento e se aplicam a conteúdos de discursos diversificados. É um conjunto de técnicas de análise das comunicações. O objeto dessa técnica é a palavra. A análise de conteúdo leva em consideração as significações (conteúdo) e trabalha com a palavra e com essas significações. O seu material principal é o significado.

A história da análise de conteúdo se dá desde o início do século XX. Essa técnica se desenvolveu por quarenta anos nos Estados Unidos, época em que o rigor científico era voltado para as unidades de medida. Aproximadamente em 1915, surge o primeiro fato que ilustra a análise de conteúdo que fez análise da imprensa e das propagandas.

Nos anos de 1940 a 1950 nos Estados Unidos, há um destaque para o desenvolvimento da análise de conteúdo nos departamentos de ciências políticas. Nesse período, 25% dos estudos que revelam essa técnica pertencem as investigações políticas. (BARDIN, 2003).

No período de 1950 a 1960, pós Segunda Guerra Mundial, a análise de conteúdo se aliou a disciplinas diversificadas, devido ao aparecimento de interrogações e novas respostas no plano metodológico. Essa técnica caiu num impasse e muitos investigadores a abandonaram. Os participantes dessa técnica proporcionam a junção entre a etnologia, a história, a psiquiatria, a psicanálise, a sociologia, a psicologia a ciência política, para questionarem a técnica e propor contribuições. (BRADIN, 2003).

Desenvolvem-se então novos caminhos metodológicos e epistemológicos. No plano epistemológico confrontam-se o modelo da comunicação e o modelo instrumental. No plano metodológico a abordagem qualitativa e quantitativa difere as opiniões. Na análise quantitativa, o que serve de informação é a freqüência com que

surgem as características dos conteúdos. E a análise qualitativa é a presença ou ausência de uma dada característica de conteúdo. (BARDIN, 2003).

De 1960 até a atualidade, três fenômenos afetam a análise de conteúdo: o recurso ao computador, o interesse pelos estudos respeitantes a comunicação não-verbal e a inviabilidade de precisão dos trabalhos lingüísticos. (BARDIN, 2003)

Bardin (2003) destaca a organização da análise de conteúdo. As diferentes fases da análise de conteúdo se organizam em torno de três pólos cronológicos - a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a interferência e a interpretação – os quais são definidos a seguir.

- ✓ Pré Análise: É a fase de organização do material a ser analisado. Tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Nessa fase existem três missões: escolher documentos a serem submetidos a análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.
- ✓ Exploração do Material: Essa é a fase de codificação, quando os dados coletados serão transformados com objetivo de alcançar a compreensão do texto. Os dados podem ser agrupados em uma unidade temática, caracterizando uma fase longa.
- ✓ Tratamento dos resultados, interferência e interpretação: É a fase em que os resultados serão transformados e validados a partir da interpretação com base no referencial teórico utilizado no estudo.

De acordo com Bardin (2003), no conjunto das técnicas da análise de conteúdo, a análise por categorias é a mais antiga e a mais utilizada. Funciona por

operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas, ou análise temática, é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos e simples.

Neste estudo, descrevemos e analisamos os momentos do processo de trabalho do agente comunitário de saúde (ACS), buscando compreender no seu conjunto, qual é o seu objeto de trabalho, seus instrumentos e com qual finalidade se aplica na USF e na comunidade. Além disso, foi necessário também analisar os discursos trazidos pela comunidade atendida por esses ACS, com a finalidade de entender quais são as expectativas da população em relação ao trabalho desse profissional. Para caracterizar estes momentos, utilizamos os discursos da entrevista semi-estruturada que foi realizada no cotidiano de trabalho do ACS e nas residências das pessoas que moram nas comunidades estudadas. Para essa discussão, trouxemos o conhecimento obtido por meio da produção de diversos autores. O trabalho permitiu a visualização dos seguintes temas:

- Tema 1: O ACS e a comunidade: pensamentos e expectativas;
- Tema 2: O vínculo entre o ACS e a comunidade;
- Tema 3: Os instrumentos e as condições de trabalho dos ACS;
- Tema 4: Perspectivas de incremento da qualidade do trabalho dos ACS.

5. Resultados e Discussão

A partir da análise dos dados, foi possível conhecer o processo de trabalho do ACS, tanto na USF como no atendimento domiciliar às famílias da comunidade.

Inicialmente, faremos uma caracterização dos ACS que participaram da pesquisa, levando em consideração o sexo, a idade, o grau de escolaridade e o tempo que trabalham nessa função. No quadro a seguir está a caracterização dos ACS que pertencem a USF Azul:

Quadro 1: Caracterização dos agentes comunitários de saúde pertencentes a USF Azul segundo sexo, idade, grau de escolaridade e tempo que trabalha como ACS – Janeiro de 2008.

Nome Fictício	Sexo	Idade	Grau de Escolaridade	Tempo que trabalha como ACS
1	Feminino	34 anos	2º grau completo	1 ano
2	Feminino	36 anos	2º grau completo	1 ano
3	Feminino	34 anos	2º grau completo	2 anos e 8 meses
4	Feminino	45 anos	2º grau completo	2 anos e 9 meses
5	Feminino	26 anos	2º grau completo	5 anos e 6 meses
6	Masculino	22 anos	Superior Completo	1 ano
7	Feminino	26 anos	2º grau completo	5 anos e 3 meses

A partir do quadro acima, podemos observar que em relação à faixa etária, os ACS possuem idade entre 22 e 45 anos, sendo a média de idade de 31,8 anos.

Quanto ao sexo, apenas um ACS representa o sexo masculino, sendo 85,7% representantes do sexo feminino e 14,2% representantes do sexo masculino.

Analisando o grau de escolaridade dos ACS percebe-se que todos possuem 2º grau completo e um tem ensino superior concluído. Verifica-se, portanto, que esses ACS estão atendendo ao exigido pelo Ministério da Saúde, porque é pré-requisito nessa carreira de agente comunitário saber ler e escrever. (BRASIL, 1997a)

Em relação ao tempo de atuação como ACS, os entrevistados apresentam uma média de 2,7 anos de atuação como ACS. Sendo que dois deles trabalham na função há mais de 5 anos.

Quadro 2: Caracterização dos agentes comunitários de saúde pertencentes a USF Verde segundo sexo, idade, grau de escolaridade e tempo que trabalha como ACS – Janeiro de 2008.

Identificação	Sexo	Idade	Grau de Escolaridade	Tempo de atuação como ACS
1	Feminino	38 anos	2º grau completo	8 anos
2	Feminino	36 anos	Superior completo	8 anos
3	Feminino	32 anos	2º grau completo	2 anos
4	Feminino	39 anos	2º grau completo	4 anos
5	Feminino	33 anos	2º grau completo	7 anos
6	Masculino	36 anos	2º grau completo	2 anos

Analisando os dados do quadro acima, observamos que, em relação ao sexo, predomina-se o feminino (85,7%), sendo o masculino representado por 14,2%, semelhante aos ACS da USF Azul. No estudo de Ferraz e Aerts (2005), a maioria dos ACS também são do sexo feminino (88,6%) e 11,4% do sexo masculino. Os estudos de Lunardelo (2004), de Wai (2007), de Almeida (2003) e de Bezerra, Espírito Santo e Batista Filho (2005) também mostraram a predominância do sexo feminino entre os ACS. A grande maioria dos agentes entrevistados no nosso estudo são mulheres, assim como em outros municípios do Brasil. (Martins et al., 1996).

De acordo com Minayo, D'Elia e Svitone (1990), que descreveram um relatório, com apoio do Fundo da Nações Unidas para a Infância (Unicef) sobre o processo de implantação do Programa Agentes de Saúde no Estado do Ceará, mesmo as vagas sendo franqueadas a homens, constata-se que 95% dos agentes são mulheres.

A comunidade se mostra resistente quanto ao agente comunitário do sexo masculino. Muitos deles sentem-se constrangidos com a presença masculina em sua residência, e, muitas vezes impedem o acesso do profissional desse sexo em suas residências (BEZERRA, ESPÍRITO SANTO, BATISTA FILHO, 2005).

Já em relação à faixa etária os ACS da USF Verde possuem idades entre 32 a 39 anos, sendo que a média ficou em 35,7 anos, fato que, se comparado com a idade dos ACS da USF Azul, representa idade média mais avançada em 4,5 anos. A faixa etária predominante foi de 30 a 39 anos, já a maioria dos ACS do estudo de Ferraz e Aerts (2005) se encaixam na faixa etária de 40 a 49 anos. No estudo de Lunardelo (2005) e de Wai (2007)), a faixa etária predominante também foi de 40 a 49 anos. Constata-se, nesta investigação, que a idade dos ACS das duas unidades é inferior à dos estudos realizados pelos autores acima.

Segundo o Ministério da Saúde para se candidatar como ACS exige-se como pré-requisito a idade mínima de 18 anos, não sendo estabelecido um limite máximo de idade. (BRASIL, 2001b)

Como critério para o processo seletivo de ACS exige-se somente que o candidato saiba ler e escrever (BRASIL, 2001b), apesar disso quanto ao grau de escolaridade dos ACS das duas USF também se assemelham pois todos os profissionais (100%) possuem 2º grau completo e há um ACS em cada USF com nível superior completo. No estudo de Ferraz e Aerts (2005), apenas 50% dos ACS possuem o 2º grau completo e no estudo de Bezerra, Espírito Santo e Batista Filho (2005), 55% dos ACS possuem 2º grau completo. Já o estudo de Almeida (2003), mostrou que a maioria dos ACS (42,7%), possuem 1º grau completo e 27,7% possuem 2º grau completo.

Sabe-se que quanto mais baixo o nível de escolaridade, mais difícil se torna a aprendizagem. Assim, como não há exigência de estudos para a profissão de ACS,

esses profissionais acabam não prosseguindo nos estudos formais, mantendo a escolaridade no nível em que iniciou seu trabalho como ACS.

Na nossa pesquisa, observa-se que dois profissionais possuem nível superior. Um que cursou Pedagogia e outro cursou Psicologia. O fato de atuarem como ACS e possuírem formação em nível universitário pode estar relacionado à dificuldade de acesso imediato ao mercado de trabalho nas áreas em que são graduados, que contemporaneamente, encontra-se com escassez de oferta e dificuldades de inserção.

De acordo com Vieira, Amâncio e Oliveira (2004), a área da saúde representa um importante setor no mercado de trabalho do país, pois se trata de um serviço de consumo coletivo. No ano de 1999, a área da saúde ofereceu 1.375.238 empregos (IBGE, 1999), sendo que a região Sudeste se destaca com o maior mercado de trabalho em saúde.

Quanto ao tempo de atuação, os ACS na USF Verde possuem uma média de cinco anos na função, bem maior que os ACS da USF Azul, que é de menos de três anos. Essa média de cinco anos, permite-nos dizer que a rotatividade de profissional é baixa, o que indica a construção efetiva do vínculo entre profissional e comunidade. A maioria (60%) dos ACS do estudo de Ferraz e Aerts (2005), trabalha nessa função há 3 a 4 anos.

Todos os ACS foram questionados em relação ao local de moradia e 100% deles residem no mesmo bairro que atuam profissionalmente, tanto os da USF Verde como os da USF Azul. Isso vai ao encontro com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, que estabelece como pré-requisito para ser ACS, residir na área de abrangência em que atua. (BRASIL, 2001b).

O ACS e a comunidade: pensamentos e expectativas

Ao analisarmos o processo de trabalho do agente comunitário de saúde, percebemos que o conjunto de atividades desenvolvidas por eles mostra o quão complexo é esse trabalho e como a responsabilidade se torna fundamental nesse processo. A forma de organização entre os elementos que compõe o processo de trabalho é que conduz ao produto final e denota o projeto dos trabalhadores, revelando o espaço micropolítico do modelo de atenção que está se construindo. (MERHY, 1997).

Diante do exposto observamos em nossa pesquisa as percepções dos ACS em relação ao seu trabalho:

(...) ser agente comunitário de saúde é se desprender de muitas coisas, eu cresci muito, tenho 8 (oito) anos aqui, eu não falava muito bem, eu era muito tímida, muito retraída, eu consegui melhorar, crescer, porque eu aprendi coisas que são muito importantes e que não são importantes só pra mim, e sim pra uma população toda. Então quando eu levo isso pras pessoas, eu consigo falar, eu consigo me expressar, eu consigo atuar com eles, com toda essa comunidade. E eu sinto assim um crescimento pra mim, pra eles, eu vi muita coisa acontecer aqui, então assim, ser agente comunitário é um crescimento constante, eu to aprendendo o tempo todo, eu não deixei de aprender, eu não to completa e aprendo com eles, e levo informação lá pra eles, levo orientações, a gente vivencia muitas coisas juntos. (ACS Orquídea – USF Verde)

(...) antes de eu entrar aqui, eu sou da comunidade mas eu não tinha amizade com o pessoal aqui do posto, nem com a agente comunitária que passava na minha casa. Eu era mais fechada. Ai eu comecei a trabalhar aqui e por sorte eu sou agente da minha própria rua, eu sou agente comunitária da minha casa, então foi muito bom, muito gratificante sabe. (ACS Camomila – USF Verde)

(...) meu trabalho eu acho bacana, porque é um trabalho de prevenção, de orientação, é bem legal principalmente o contato que a gente tem com a população. Acho que não é um trabalho fácil porque exige muita paciência, muito poder de convencimento, temos por exemplo que convencer a pessoa a tomar o remédio na hora certa, a deixar de ser sedentário e isso não é fácil. (ACS Margarida – USF Verde)

Em outra Unidade de Saúde da Família do município estudado, os ACS também falaram sobre suas percepções em relação a seu trabalho:

(...) ser agente pra mim é ser solidária, é poder ajudar. Isso pra mim é muito gratificante, você ta podendo ajudar, passando alguma coisa do pouco que eu sei pra eles de alguma forma. Eu acho que ajudar o próximo é tudo. Eu gosto muito de trabalhar aqui, mas queria mesmo trabalhar na minha área que é de seleção e recrutamento de pessoas, quem sabe um dia eu consigo. (ACS Hortência – USF Azul)

É uma profissão que me fez crescer muito, eu aprendi demais e aprendo muito aqui, nas visitas, visitando casa a casa, vivenciando vários problemas que eu vejo. E também aqui dentro da Unidade eu aprendi muito sobre a saúde, a saúde pública, sobre a dinâmica de uma equipe multidisciplinar e também sobre o dia-a-dia de uma instituição de saúde pública, que é completamente diferente de outros lugares, eu acho que a profissão de agente comunitário pra mim pessoalmente significa uma fase de crescimento da minha vida. (ACS Primavera – USF Azul)

(...) meio que a gente se torna uma psicóloga né, porque tem paciente que não tem uma hipertensão, que não tem uma diabetes, mas tem um outro tipo de problema, que acaba vendo na gente uma amiga né. Ai divide com a gente o problema. (ACS Magnólia – USF Azul)

Rosa, Cavicchioli e Brêtas (2004) identificaram em sua pesquisa o significado de ser agente comunitário e verificaram que, segundo os ACS, ser agente comunitário significa ajudar a comunidade, conhecer pessoas e simultaneamente orientá-las sobre a saúde e o fato de estarem empregados torna-os satisfeitos para atuarem na comunidade onde moram. O mesmo se verificou no estudo que realizamos.

Na USF Verde, os ACS, em seu dia-a-dia de trabalho, deparam-se com situações de risco, visto que na área de abrangência que atuam está inserida uma favela. Nas falas abaixo, podemos observar como se sobressaem esses profissionais junto aos moradores:

(...) falo muito a língua deles, a minha população maior é a área da favela[...],mas eles me tratam muito bem e quando é época de arrastão a gente fica um pouco afastada da área e você vê eles, assim, no sábado, no domingo, barram a gente e ai beleza, beleza, então você fala a mesma língua deles e você tem tudo com esse pessoal e a gente é muito bem recebida não tenho problemas nenhum para entrar nos barracos da favela, nem nas casas. As pessoas sempre falam “cuidado, é área de risco”, mas não tem problema nenhum. (ACS Violeta – USF Verde)

(...) eu já senti medo de sair porque aqui tem uma área que é de favela e tem traficantes, apesar que não é só na favela né, também tem em outros lugares. Mas às vezes a gente sai tem policiais, ta entrando, tá tentando prender o pessoal, mas aí eu não acho que chega assim a ser muito risco pra nós, porque quando a gente percebe essas situações a gente vem embora, ou vem pra cá ou vai pra uma outra área que ta mais tranqüila, então não tem problema. (ACS Orquídea – USF Verde)

(...) No nosso trabalho lidamos com pessoas de uma classe social menos privilegiadas, a gente tem área de favelas, são raras as pessoas que não usam o Serviço de Saúde, a maioria deles procuram as agentes, tem a gente como referência pra usar o Serviço, pra conversar com o agente comunitário, ver como funciona, tirar algumas dúvidas, saber o que que a gente pode também ajudar, e não é só serviço em saúde, às vezes a gente também ajuda socialmente, ajuda assim com alimento, tenta indicar algum trabalho pra uma pessoa que ta desempregada, porque aqui agente tem que ver muito os problemas sociais das pessoas (...) (ACS Orquídea – USF Verde)

Os trechos das falas acima levam-nos à reflexão sobre os grandes desafios que os agentes comunitários enfrentam no cotidiano de sua prática profissional. Em razão disso, sua formação exige o desenvolvimento de técnicas e habilidades, para que esse profissional possa agir com reflexão crítica acerca das necessidades da população e que ele possa respeitar os valores, a cultura e a individualidade da comunidade atendida por ele.

O agente comunitário de saúde, diante de seus compromissos e responsabilidades como cidadão e trabalhador, enfrenta situações delicadas conforme as condições encontradas nos domicílios visitados. Essas condições podem ser: classe social desprivilegiada, condições desfavoráveis de trabalho e moradia e escolaridade precária, entre outras.

Assim, para esses trabalhadores lidarem com situações de extrema carência que envolve a vida da grande maioria das pessoas atendidas por eles, precisam de preparo para atuar nessa realidade, que é o espaço social em que eles vivem com suas famílias.

Ainda em relação ao trabalho dos agentes, a atividade de recepção foi citada pela maioria dos agentes como negativa. Afirmam que quando dizem que não tem vagas para agendar serviços, sentem-se incomodados por parecer que estão negando o acesso ao serviço de saúde. Nessas USF, a atividade de recepção é um espaço no qual o trabalhador atua atendendo e recepcionando os usuários que chegam ao serviço de saúde, identificando suas necessidades e encaminhando conforme necessário. Nessas

unidades as atividades de recepção são feitas, pelos agentes comunitários de saúde, que seguem uma escala preestabelecida.

a gente fica na recepção, atendendo telefone[...] ao invés de ir pra rua, orientar, conversar, trabalhar na promoção da saúde. É lá no domicílio, na comunidade que o agente comunitário tem que trabalhar, tem que identificar os problemas lá na casa. (ACS Violeta – USF Verde)

a gente sempre discutiu a questão da recepção, de ficar na recepção. Porque é um trabalho que foge um pouco do trabalho de educação em saúde, das visitas, tal. (ACS Orquídea – USF Verde)

Quando eu fico atendendo na recepção, quando estou escalada[...]eu não gosto, eu tolero. (ACS Margarida – USF Verde)

Ficar na recepção realmente não é fácil, porque você já chega aqui de manhã e é muita informação que você recebe durante o dia todo das pessoas. Tem orientação que você tem que fazer, telefone toca o dia todo, você tem que atender. E quando você chega no final da tarde os seus ombros estão duros de tanta informação que você acaba recebendo. Se tivesse uma pessoa pra ficar direto aqui na recepção, seria muito melhor o nosso trabalho na rua de orientação para as pessoas. (ACS Tulipa – USF Verde)

Ficar na recepção não é tão gostoso, mas a gente faz.. Eu acho assim, que a gente faz coisas que teria que ter outro profissional pra fazer, por exemplo, digitar as planilhas, deveria ter uma pessoas só pra fazer isso e a recepção também, ficar lá na recepção toma muito tempo, então se tivesse uma pessoa pra ficar só na recepção, seria bem melhor. (ACS Acácia – USF Azul)

A tarefa de recepção, eu acho que o agente comunitário também ele não é obrigado a ficar na recepção, o nosso trabalho se identifica como um ser do posto que fica pra fora, fica movimentando, fica fazendo visita e a gente arca com a recepção também, mas assim, é porque não tem ninguém pra ficar. (ACS Primavera – USF Azul)

No estudo de Ferraz e Aertz (2005), a equipe de saúde relatou que uma das atividades do ACS é o trabalho administrativo, porém são elas as menos apreciadas: atuar na recepção, agendar consultas, trabalhar na organização de pastas e prontuários, realizar o controle de materiais e almoxarifado e o preenchimento das fichas do SIAB.

No nosso município de pesquisa, o ACS também executa atividades da parte administrativa de uma recepção, ou seja, atividades não preconizadas pelo Ministério da Saúde.

O fato dos ACS ficarem responsáveis por atuar na recepção desagradada tanto os ACS que trabalham na USF Verde, como os que trabalham na USF Azul. Diante disso, dentre as atribuições dos ACS indicadas pelo Ministério da Saúde, destaque-se: o desenvolvimento de ações, visando à integração entre a equipe de saúde e a população da área, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade. Também é de responsabilidade dos ACS trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea. É fundamental que os ACS estejam sempre em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; devem cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados. Outra função é fazer orientações para as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis e desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção às doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco. Os ACS devem também acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue. (BRASIL, 2006).

Além das atribuições trazidas acima, os ACS são responsáveis por outras que são comuns a todos os membros da equipe: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da

atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário; é de responsabilidade de todos os profissionais realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; garantir atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde; realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local; realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado, mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde; participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis; promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social; identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS; garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na atenção básica; participar das atividades de educação permanente; e realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais. (Brasil, 2006).

Conforme se pode constatar, de acordo com o Ministério da Saúde, não está incluída nas atribuições dos ACS, a atividade de recepção, sendo a essência do seu trabalho voltado

para a promoção e prevenção, atuando fora da USF. A atividade de recepção não está discriminada nem nas atribuições que competem a todos os membros da equipe e nem nas atribuições específicas do agente comunitário. Assim, podemos afirmar que o ACS está desenvolvendo atividades da recepção para diminuir os custos na contratação de agentes administrativos, porque, para contratar outro profissional, demanda aumento de recursos.

Por outro lado, a comunidade atendida por esses agentes comunitários também expressou suas opiniões em relação ao trabalho do agente comunitário de saúde. A maioria dos entrevistados relacionaram o trabalho do ACS com a questão da dengue e também relataram que o ACS, durante o seu trabalho, se preocupa muito com a saúde da população.

É o que mostram os trechos das falas de moradores da USF Azul:

Ela vai olhar o quintal pra vê se ta tudo certo, ela conversa, ela explica, ela fala do remédio da gente, dos cuidados que a gente tem que ter com a saúde, sobre a comida da gente, a caminhada, vê se tem água parada[...] Ela conversa, fala bastante da cabeça da gente, que a gente tem que ter paciência, que as coisas acontecem e a gente não sabe o porque, ela vem com aquela conversinha, calma, atenciosa, ela é muito carinhosa viu. (Comunidade nº 1 – ACS Daisy – USF Azul)

(...) ela olha tudo, vê se ta certinho, vê se tem água parada nos vasos de planta, vê se tem foco de dengue, até na vasilha de água dos cachorros, ela vê se tem alguma coisa. Depois ela pergunta se ta tudo bem comigo, com o meu marido, com as minhas crianças, se ta precisando de algum atendimento médico, alguma coisa. (Comunidade 4 – ACS Hortência – USF Azul)

Já uma outra usuária trouxe um discurso um pouco diferente do da maioria das pessoas que foram entrevistadas:

(...) Ela vem trazer agendamento né, ela conversa com a gente, faz perguntas, pergunta se o meu marido ta bom, se ta precisando de alguma coisa. De vez em quando vem fazer esse negócio da dengue, eles revistam as coisas, mas eles nunca acharam nada, a gente ta sempre olhando, não deixo água parada. Ela só vem trazer agendamento, não ajuda em nada a gente, só passa pra trazer papel, agendamento, pra agendar consulta a gente tem que ir lá no postinho pra agendar. Mas esse negócio de agendamento é ruim, porque a gente ta doente hoje e agenda pra daqui quinze dias e daqui quinze dias já morreu, não precisa de agendamento. Eu não gosto desse negócio de agendamento, porque se a gente vai lá no postinho é porque a gente ta doente e a gente vai lá e agenda pra quinze dias, daqui a quinze dias não precisa ir, daqui quinze dias já morreu. Eles não dão importância pra doença da gente, não querem atender, não estão nem ai. (Comunidade nº 6 – ACS Hortência – USF Azul)

Pelo trecho citado acima, podemos perceber que a usuária, transfere para o agente comunitário toda responsabilidade pela dificuldade que encontra para ser atendida em suas demandas pontuais na Unidade de Saúde. Para essa usuária, o trabalho do ACS se resume em entregar papel, sendo que ela não aprova o fato da USF trabalhar com consultas agendadas. Talvez nesse caso, falta informação a respeito do funcionamento e da organização da Estratégia Saúde da Família, que tem como atributo a continuidade da atenção à saúde e a longitudinalidade. Isto não significa que em uma USF não possa haver atendimentos eventuais porque os problemas de saúde podem aparecer em qualquer momento, porém, o enfoque na família por meio do vínculo¹ e da longitudinalidade precisa estar priorizado.

Outra moradora disse que:

Os agentes passam em casa mais é que nem beija-flor, passa ali rapidinho, só de vez em quando, quando elas vão lá ver o negócio da água. (Comunidade nº 10 – ACS Acácia – USF Azul)

Nesse trecho, a paciente mostra um relativo grau de carência. Dá-nos a impressão que a visita do ACS é muito rápida e que demora muito para passar em sua residência. A comparação que a usuária faz com um beija-flor possibilita pensar que o beija-flor é uma ave muito veloz e delicada, transferindo as mesmas características ao profissional.

É necessário pensar o que significa para o ACS ser uma ave veloz, e com qual finalidade foi realizada a visita, para que o tempo de diálogo com a família possa ser previsto em cima das suas necessidades.

Os moradores da USF Verde também trouxeram alguns discursos sobre o trabalho dos ACS:

¹ Segundo STARFIELD (2002), o vínculo é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais da equipe de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde, que contribui com o reconhecimento de determinados tipos de problemas e frente a isso, possibilita a oferta de ações específicas e sistemáticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Quando eu preciso marcar médico ela vem e marca pra mim, quando não elas entram pra ver o negócio do pernilongo, ai já é outra parte, mas são daqui do posto também. Ela faz de tudo pra mim, marca consulta, pergunta como que eu to, ela fica em cima pra mim ir sempre no médico por causa da pressão, não posso descuidar. (Comunidade nº 1 – ACS Tulipa – USF Verde)

Ela pergunta como tá a família, geralmente ela vem ver como ta o negócio da dengue né, vem olhar o quintal, ele faz orientações pra limpar o quintal, deixar tudo limpinho, não deixar água parada por causa do mosquito da dengue. Pergunta se a gente ta precisando de algum remédio, de alguma consulta. (Comunidade nº 3 – ACS Tulipa – USF Verde)

(...) se tem alguma consulta que ta marcada pra gente, ela vem trazer. Se tem algum exame de sangue que chega ai no posto, por exemplo, ai ela vem e fala que chegou. Se tem algum pedido de exame de sangue, ela vem avisar tudo aqui em casa. (Comunidade nº 4 – ACS Camomila – USF Verde)

Ela olha o quintal,, se for pra olhar o quintal, ela olha o quintal e se for pra trazer os exames lá do posto, ou trazer as consultas que foram marcadas, ela traz. (Comunidade nº 15 – ACS Begônia – USF Verde)

Ela olha o quintal, ela faz perguntas sobre a saúde da família, se precisar ela marca consultas. Ela encaminha a gente, orienta onde tem quer ir pra conseguir tal coisa, onde não tem, Ela vem trazer recados. (Comunidade nº 16 – ACS Margarida – USF Verde)

Nas falas dos moradores da USF Verde não há queixas em relação ao trabalho do ACS. Eles deixam evidente que o trabalho do ACS está voltado para a entrega de bilhetes e recados, para o agendamento de consulta médica e para a vistoria do quintal devido o mosquito da dengue. Nessa USF, a população apresenta nível cultural e sócio-econômico mais desprivilegiado que a população que reside na área de abrangência da USF Azul, por isso pode ser que se contentem com o serviço que é oferecido pelos agentes comunitários e pela unidade de saúde, que parece estar limitado para o trabalho do agente a entrega de bilhetes e recados.

Os ACS trazem como fragilidades no processo de trabalho questões como: o número de famílias além do preconizado, realizar serviços de limpeza, ser um serviço cansativo e muito repetitivo, muita burocracia, acúmulo de tarefas, falta de capacitações e treinamentos, exposição direta ao sol forte, limpeza de terrenos baldios, grande número de casas fechadas e de moradores que trabalham e retornam somente no período noturno . Estes aspectos podem ser exemplificados pelas seguintes falas:

(...) no dia-a-dia a gente sente que o número de famílias que a gente acompanha é muito grande, são cerca de 170 (cento e setenta) famílias, então pra todo mês eu visitar, acompanhar, saber como é que ta, fica meio distante às vezes eu tenho que passar bem rápido pra dá conta de acompanhar todas, aí tem um dia na semana que eu fico na recepção, tem dia que eu ajudo com alguma outra coisa, por exemplo, saio com a dentista, ou saio em visita com o médico ou com a enfermeira, então tudo isso compromete, tem um dia que a gente sai pra capacitação fora, já é um dia que eu não faço visita, então compromete bastante. (ACS Orquídea – USF Verde).

A fala acima descrita mostra que o número de famílias que vem sendo atendida pelos ACS é superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde que é de, no máximo, 150 famílias. (BRASIL, 2001b).

A maioria dos agentes tem um número elevado de famílias sob sua responsabilidade. Dessa forma não é possível, para a maioria dos agentes, visitar todas as famílias mensalmente. Há então a necessidade de priorizar as famílias que necessitam de um maior acompanhamento. (FERRAZ E AERTZ, 2005).

Acontece quando por exemplo falta a moça da limpeza, ou quando ela entra em férias, aí sempre sobra pra nós, passar pano no chão, varrer. (ACS Violeta – USF Verde)

A falta do funcionário responsável pelos serviços gerais da USF não é substituída, sendo o agente comunitário convocado a exercer essas tarefas durante esses períodos.

Muitas vezes, os ACS deparam-se desenvolvendo ações que deveriam ser desenvolvidas pelos trabalhadores da enfermagem e, outras vezes fazem as funções de assistentes sociais. (SILVEIRA E SENA, 2005).

O único problema que tem um pouquinho é o sol que ta muito forte, mas do resto eu gosto mesmo. (ACS Magnólia – USF Azul).

Às vezes a dificuldade que a gente tem é de moradores que saem de manhã pra trabalhar e só voltam a noite, mas algum dia ou outro assim, a gente acha alguém em casa. (ACS Daisy – USF Azul)

(...) um dos meus problemas também são de casas fechadas, dos moradores que trabalham o dia todo. Eu tenho bastante também, que eu não consigo encontrar por esse motivo, só chega depois das sete, como o meu horário é até as cinco, acaba ficando mesmo sem fazer visita. (ACS Acácia – USF Azul)

Como o horário de funcionamento das USF no município estudado é das 7 às 17 horas, torna-se inviável a atuação do ACS nas residências de pessoas que

trabalham durante todo o dia. Isso torna deficiente o acompanhamento de todas as pessoas residentes na área de abrangência e dessa forma o ACS não conseguirá visitar mensalmente cada família da comunidade, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2001b).

Para Martines e Chaves (2007), a realidade de trabalho dos agentes comunitários não é fácil. Eles têm que atender as demandas de saúde mental, fisioterapia, pacientes acamados e seus familiares, conseqüências de violência urbana e questões envolvendo o ambiente doméstico como: lixo, animais, enchentes, dengue. Em tudo isso o ACS tem que pensar, tornando o seu processo de trabalho rico em afazeres.

Em contrapartida, os ACS também relataram em seus discursos as fortalezas do trabalho como ACS. Dentre elas podemos citar: pessoas amigas no local de trabalho. ser um trabalho muito gratificante, o grande contato com a população, resolução de problemas, como é exemplificado nas falas abaixo:

(...) meu trabalho eu acho bacana, porque é um trabalho de prevenção, de orientação, é bem legal principalmente o contato que a gente tem com a população (...) (ACS Margarida – USF Verde)

(...) é um trabalho de muita importância, é de muita responsabilidade, e assim é muito gratificante, porque tem um envolvimento muito grande com a comunidade, em geral, com todos, com adultos, com crianças, com pessoas de uma classe social um pouquinho melhor, com outros menos privilegiados, a gente tem área de favelas, tem áreas que não tem área de favelas (...) (ACS Orquídea – USF Verde).

Eu gosto muito de trabalhar aqui, as pessoas são amigas, conversamos muito, é bem gostoso. (ACS Violeta – USF Verde)

(...) eu acho que o que mais gratifica é quando você consegue vê que você conseguiu resolver sabe, um paciente que é resistente e você consegue trazer pra Unidade. (ACS Acácia – USF Azul)

As fortalezas do trabalho citadas pelos agentes se resumiram principalmente em relação à gratificação vinculada ao trabalho, o fato de cuidar, de estarem próximos das famílias, de vigiarem, denota nesse profissional um ser útil à comunidade, o que os deixam muito satisfeitos.

Os agentes comunitários atribuem a sua função aspectos positivos voltados para a caridade, a possibilidade de conhecer as pessoas e de orientar a comunidade onde atuam. Além disso, apontam como fortaleza de seu trabalho o fato de atuarem na comunidade onde moram e de estarem empregados, devido à escassez de trabalho na atual sociedade brasileira. (ROSA, CAVICCHIOLI E BRÊTAS, 2004).

Silva e Dalmaso (2002), que também estudaram essa temática, afirmam que uma parte significativa dos agentes comunitários de saúde considera o trabalho que realiza gratificante, seja pela possibilidade de ser útil, seja pela possibilidade de apoio a população carente, sendo que sua atuação profissional implica em envolvimento pessoal e desgaste emocional.

Observamos que no geral os ACS apresentam algumas expectativas em relação ao seu trabalho, voltadas para a melhoria da qualidade e das condições de vida das famílias. É o que se observa nas falas referentes a USF Verde quando explicitam desejos que esperam que se realizem:

Eu espero ta ajudando muito mais a população de forma que eles entendam o nosso trabalho, que muitos ainda não sabem o que que é um agente comunitário[...]espero que a gente consiga sempre resolver os problemas da comunidade, espero que a gente consiga atender as necessidades deles da melhor forma possível.” (ACS Violeta – USF Verde)
“Eu espero que o meu trabalho leve a melhorar mesmo a qualidade de vida dessas pessoas e a minha também, porque eu também sou moradora daqui. Então quando melhora pro bairro, melhora pra essa população, melhora pra mim também. Porque eu me incluo, e é isso que eu espero, que a gente consiga ampliar e melhorar mesmo a qualidade de vida da população. (ACS Orquídea – USF Verde)

As expectativas dos ACS da USF Azul se diferenciam um pouco das manifestadas pelos ACS da USF Verde, pois estão voltadas para o pessoal, para a realização própria, como vemos nos discursos a seguir:

Eu espero que de repente os meus colegas de trabalho me reconheçam mais, eu gostaria que os outros profissionais reconhecessem mais a gente, desse um pouco mais de valor (ACS Acácia – USF Azul)

(...) minha expectativa pessoal era de crescer e eu cresci. Minha expectativa aqui dentro, é que eu possa diante de todas as dificuldades que a gente encontra, fazer meu serviço, que eu possa ser realmente

importante nessa situação de comunidade e posto, que eu seja um trabalhador aqui que realmente faça a diferença, que não só entre no posto, entre no SUS e seja só mais um, eu nunca quis ser assim. Então a minha expectativa é essa, que eu realmente deixe uma marca aqui quando eu sair, uma coisa minha aqui. (ACS Primavera – USF Azul)

Em contraponto, a comunidade também traz algumas expectativas em relação ao trabalho dos ACS. Obtivemos as mais variadas respostas com a comunidade pertencente a USF Azul:

eu espero que ela continue estudando pra ela se especializar em alguma profissão maior que a dela, que ela merece[...]ela tem muita chance de crescer, ela é inteligente, atenciosa, tem condições de fazer uma faculdade. Eu gostaria muito que ela fosse a chefe do posto, porque ela é ótima. E a gente tem sempre que procurar melhorar. (Comunidade nº 1 – ACS Daisy – USF Azul)

A fala citada acima revela um sentimento de apoio e de estima que há na população em relação ao ACS. Mostra o incentivo da comunidade na busca pelo crescimento profissional do ACS.

A gente espera que eles passem sempre aqui e levem as nossas reivindicações para o pessoal lá em cima, que ela sempre fale pro médico que a gente precisa da visita dele aqui, porque os meus pais não conseguem ir até lá, pra ver se ele vem mais aqui. É isso que eu espero dela, porque eu sei que ela não pode fazer muito coisa, mas se ela levar pro posto, pro pessoal de lá, as coisas que a gente ta precisando, as nossas reivindicações, já ta ótimo, muito bom. (Comunidade nº 5 – ACS Hortência – USF Azul)

De acordo com a fala acima, a expectativa está voltada para o elo que existe entre ACS e comunidade, mostra a facilidade de acesso que há entre esse profissional com a população. Por outro lado, fica explícito que os moradores entendem as limitações que existem no trabalho do ACS.

Eu espero que cada vez mais eles possa lutar pelas nossas necessidades como pacientes, porque às vezes, por exemplo, se o agente comunitário não tiver essa consciência, você pede pra marcar uma consulta, você vai ficar esperando dois meses pra conseguir, tem determinadas pessoas que podem até esquecer que você pediu aquela consulta. Então, é se colocar no lugar do paciente, é se preocupar com a necessidade dele mesmo, em ta agendando, em ta vendo se ele não pode pra daqui um mês, se é um atendimento de emergência, é ta se preocupando com a família que eles atendem. Eu acho que eles correspondem aquilo que a gente espera. Sabe eu não diria assim, com toda sinceridade eu não diria o posto em geral ta, tem muita coisa ali que precisa mudar, mas o trabalho do agente comunitário, principalmente a ACS da nossa área eu não tenho o que reclamar não. (Comunidade nº 15 – ACS Magnólia – USF Azul)

Essa fala traz a confiança que existe entre ACS e comunidade. Mostra como os moradores dão importância ao trabalho dos ACS.

Eu acho que o agente comunitário, eles tinham que ver não só a casa, mas ele tinham que ver também a rua, as possas de água que ficam aqui. Eles tinham que informar a prefeitura, porque muitas vezes eles chegam na minha casa, na casa dos outros, vê que tá tudo em ordem, só que lá no meio da rua tem uma possa d'água, e aí?. Então eles tem que marcar aqui o bairro, o nome da rua tal, informar a prefeitura e os órgão competentes pra ir lá e sanar aquilo lá. Porque se o agente comunitário fizer isso daí também, a gente não vai ter tanto buraco na rua, como a gente tem. Fora que o mosquito ele se reproduz, ele gosta disso daí. O buraco tá seco, mas ele tem que marcar e avisar alguém, porque se chove, vai encher de água aí o mosquito vem e põe os ovinhos lá. Então isso é uma coisa que eu acho que cabe para o agente comunitário fazer, terrenos assim vazios, tem que passar pra prefeitura. E quando eu falo passar pra prefeitura é toda vez que vir aí, passar, ficar no pé, não adianta nada passar só uma vez e esquecer, a mas nós já passamos vai lá e passa de novo, até alguém vim. Porque eu acho que é o seguinte, é mais fácil o agente comunitário fazer isso, do que eu pegar e deslocar uma equipe do jornal e tirar fotos e sair no jornal né, não é melhor? (Comunidade nº 16 – ACS Primavera – USF Azul)

A fala acima mostra uma expectativa diferente em relação ao trabalho dos ACS. Para esse morador o ACS deveria se responsabilizar por todo bairro, não somente pelas casas. Para ele a articulação entre USF e Prefeitura é mais fácil e os problemas seriam realizados com mais agilidade.

A maioria dos moradores da comunidade pertencente à USF Verde, não trazem expectativas em relação ao trabalho dos ACS. Para eles o trabalho que vem sendo realizado está de acordo as suas necessidades e relatam que não mudariam nada:

O que eu espero é que ela continue fazendo o que ela tá fazendo, que já é ótimo. Espero que ela continue passando nas casas, visitando, atendendo as pessoas com carinho, porque dessa forma ela consegue evitar que as pessoas fiquem doente, ou se já tem gente doente, indo nas casas ela consegue encaminhar pro médico e a doença não se agrava. (Comunidade nº 1 – ACS Tulipa – USF Verde)

(...) eu espero que ela continue sempre assim, essa pessoa que ela é, esse trabalho maravilhoso que ela faz, se melhorar estraga (risos). Ela cuida muito bem da gente, espero que seja sempre o nosso agente comunitário.(...) (Comunidade nº 3 – ACS Tulipa – USF Verde)

Que ela continua assim, essa pessoa ótima. Espero que ela nunca me abandone viu, porque eu não tenho ninguém e ela pelo menos cuida de mim, vem sempre dar uma olhadinha. (Comunidade nº 8 – ACS Orquídea – USF Verde)

A expectativa citada pela moradora abaixo, expressa um sentimento de abandono ou rejeição, a moradora sente que todas as outras pessoas são beneficiadas pela visita do ACS e apenas a sua residência é deixada de lado.

Espero que ela venha mais aqui em casa, porque a gente também mora no bairro e eu não sei porque que ela passa na casa de todo mundo várias vezes e aqui ela demora pra passar. (Comunidade nº 9 – ACS Orquídea – USF Verde)

Uma outra moradora mostrou em sua fala que o fato dos ACS demorarem para retornarem ao domicílio se dá pelo fato de haver muitas famílias sob sua responsabilidade e traz como expectativa a contratação de mais profissionais para atuarem nessa área, a fim de que possam visitar as famílias com maior frequência e com menos sobrecarga de trabalho.

eu acho que o setor que ela faz é muito grande, é muita coisa pra ela, por isso que ela não ta passando sempre. Eu espero que contratem mais pessoas que possam ajudar ela, assim ela não estressa mais. Porque a pessoa vai pegando eu acho que um certo tempo, escuta uma coisinha aqui, uma coisinha ali, então eu acho que sobrecarrega muito a cabeça dela. Um reclama aqui, o outro reclama ali. Então eu acho que sobrecarrega muito a cabeça. Eu nunca escutei reclamação dos agentes comunitários e do posto eu também não tenho o que reclamar. Sempre que eu precisei, sempre pra mim foi bom, eu sempre fui bem atendida, sempre que eu precisei, elas sempre dão um jeitinho. Tem gente que reclama por qualquer coisa também, porque você não consegue contentar todo mundo. Eu não tenho o que reclamar não. (Comunidade nº 13 – ACS Begônia – USF Verde)

O vínculo entre o ACS e a comunidade

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), a comunidade, a família e o indivíduo tornam-se objetos de fundamental importância, objetos que requerem atenção especial da equipe de saúde. O ambiente que a comunidade vive deve ser considerado no seu processo saúde-doença, e nesse espaço se constroem relações intra e extra-familiares, onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida, permitindo uma compreensão do universo de vida desse indivíduo. Os ACS são profissionais da equipe de saúde que estão inseridos na mesma comunidade em

que atuam profissionalmente, estes profissionais são responsáveis pela população adscrita na sua micro-área. Como o ACS deve residir na mesma área em que atua, ele garante vinculação e identidade com as famílias sob sua responsabilidade. Dessa forma, suas ações serão desenvolvidas nos domicílios de sua área de responsabilidade. (BRASIL, 1997b).

Dessa forma, enfatiza-se que o ponto central da ESF é o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso entre os profissionais de saúde e a população, sendo que esse compromisso é feito prioritariamente pelos agentes comunitários de saúde. (BRASIL, 1997)

O vínculo pode ser identificado no encontro do trabalhador com o usuário no trabalho vivo em ato. O trabalho vivo é o trabalho em ação, que está em processo de construção. Durante o trabalho vivo em ato, o trabalhador pode ser criativo e autônomo quanto aos instrumentos à sua disposição, dentro de um objetivo que se pretende atingir. (MERHY, 1997).

De acordo com Silveira e Sena (2005), o ACS atua de maneira integrada e articulada com os outros membros da equipe. É ele quem estabelece vínculos de compromisso e co-responsabilidade da equipe com a família por estar mais próximo do cotidiano da população.

Segundo Nunes et. al. (2002), os ACS mostram-se pessoas bastante atuantes no bairro onde trabalham, muitos deles possuem grande habilidade política, grande autonomia nas suas ações em relação a resolução de problemas de saúde e são pessoas de fácil trânsito na comunidade, o que facilita a relação de vínculo entre ACS e comunidade. Alguns ACS referem que o seu prestígio social aumentou pelo fato de terem passado a ter acesso privilegiado em relação a outros profissionais, o que cria nos moradores uma maior confiança quanto à possibilidade de resolução de seus problemas.

A questão do vínculo em nossa pesquisa se apresenta no discurso tanto dos ACS quanto pelas pessoas da comunidade. Para os ACS existe uma boa relação entre comunidade e equipe de saúde, são poucos os ACS que não conseguem ter acesso a algum domicílio. Afirmam ser muito bem recebidos pelos moradores e classificam como bom o relacionamento que eles têm com a comunidade. As falas abaixo exemplificam a questão do vínculo trazidas pelos ACS que trabalham na USF Verde:

(...) eu tenho um vínculo grande, eu sempre sou bem recebida, nunca tive problemas de não ir numa família [...]Faz 5 anos que eu trabalho aqui, tem uma família só que eu não consegui fazer o cadastro dela, porque ela não quer participar do posto, não quer nem que eu passo na casa dela, mas eu respeito o limite dela, um dia eu vou conseguir fazer [...]Eu tenho que dar o tempo certo, porque eu também não vou me tornar uma pessoa chata naquela casa.. Eu tenho que ir articulando, articulando, fazendo meu trabalho com os vizinhos, com a comunidade, até que eu consigo entrar lá. (ACS Camomila – USF Verde)

Eu procuro conversar com eles sobre eu e eles, não comentar sobre vizinhos, pra já criar um vínculo mesmo, pra eles terem confiança em mim. Mesmo que eles perguntem “ai você já foi ali na casa de fulano?eu falo “não, não to sabendo”. Eu procuro ser como médico e padre, o que a gente conversa ali, morre ali. Nunca sofri nenhum tipo de problema, me relaciono muito bem com eles, temos um vínculo muito bom. (ACS Begônia – USF Verde)

Graças a Deus nunca tive problema nenhum com a comunidade, porque eu sou muito simples, eu falo bastante a língua deles, a minha população maior é a área da favela, então eles me tratam muito bem. Quando é época de arrastão a gente fica um pouco afastada da área e quando ele encontraram a gente, no sábado ou no domingo, eles barram a gente e ai beleza, beleza, então você fala a mesma língua deles e você tem tudo com esse pessoal e a gente é muito bem recebida. (ACS Violeta – USF Verde)

Em contrapartida, a comunidade atendida pelos ACS da USF Verde também destacou durante as entrevistas alguns pontos referentes ao vínculo. A maioria dos entrevistados declararam bom relacionamento com os ACS, refletindo situações de amizade de ambas as partes. Analisando as falas, percebemos que a comunidade considera os ACS como pessoas de suas famílias e dão muita importância à visita domiciliar realizada por eles, mostrando também um sentimento de gratidão pelas atividades exercidas pelos agentes.

O meu agente é um amigo, além de um agente, um amigo. Ele não é qualquer um, ele realmente se importa com a gente, com a saúde da gente. Quando eu tive a herpes óssea há três anos atrás, ele não me abandonou nenhum minuto, vinha na minha casa ver como que eu tava, como que não tava. Então eu só tenho a agradecer, se ele não fosse realmente meu amigo, não tinha feito tudo isso por mim. (Comunidade nº 1 – ACS Tulipa – USF Verde)

(...)eu adoro as meninas. A gente fica sendo uma família, ela conhece até meu cachorrinho. Quando ele vê ela, ele fica pulando ali perto do trinco do portão, porque ele quer que ela entra. (Comunidade nº 10 – ACS Begônia – USF Verde)

Eu adoro ela, tudo que ela faz pra mim é bom. Por exemplo só dela vir aqui em casa fazer um visita pra mim, conversar e trazer os recados é uma coisa muito boa. O cargo dela já exige que ela faça isso, mas ela faz é de coração mesmo. Ela passa nas casas com muito carinho. Quando ela vê que tem alguém precisando de médico, ela vem na casa e mandar ir logo lá pra marcar a consulta. Aqui é muito bom, ela é muito boa. Remédio mesmo nunca faltou aqui pra mim, nunca, nunca. (Comunidade nº 18 – ACS Margarida – USF Verde)

O meu relacionamento com a minha agente é ótimo, é mesma coisa que se ela fosse de dentro de casa. Ela chega, se ela quer uma água gelada, ela pede e a gente dá. Às vezes ela não ta com muita pressa ,eu vou coar uma xicrinha de café, ela toma. Ela faz brincadeira, é muito brincalhona. A gente conhece os meninos dela, os pais, a gente conhece a família dela inteira. É um amor de gente. (Comunidade nº 20 – ACS Margarida – USF Verde)

Apenas uma pessoa da comunidade pertencente a USF Verde relatou que não tem muito contato com a ACS que visita sua residência, que não possuem relações de amizade e vínculo.

... pra falar a verdade, meu relacionamento com ela é muito superficial. Não tem assim aquela coisa de ficar conversando, é bem rapidinho. Ela vinha aqui bastante quando tinha o meu genro, que ele tava atrás de ver se conseguia aquela cirurgia de vasectomia, mas ele não conseguiu. Então ela vinha bastante aqui, mas depois ela sumiu, não veio mais. Até quando a gente precisa agendar consulta, a gente tem que ir lá, ela não passa aqui pra perguntar se a gente precisa de consulta, se a gente quer que ela marque. A gente se conhece pouco. (Comunidade nº 9 – ACS Orquídea – USF Verde)

Diante das falas dos ACS e da comunidade da USF Verde, percebemos que existe uma reciprocidade de afeto entre eles, que há um respeito mútuo entre os ACS e a comunidade e nas falas apareceram sinais de amizade, empatia², afeto³ e prazer em fazer uma visita ou em receber uma visita.

Na USF Azul, os ACS afirmaram que o fato de morarem na área onde atuam facilita bastante a construção do vínculo com as famílias como diz um ACS:

Eu acredito que eu tenho uma relação cem por cento porque a micro-área que eu atendo é onde eu sempre morei. Essa é uma característica do PSF pra recrutar a gente, morar na área, então eu me relaciono no meu trabalho desde com a minha família, porque eles estão inseridos na minha área, com amigos e também com outras pessoas [...] Eu me dou muito bem com todos, eu sou agente da minha própria casa. (ACS Primavera – USF Azul)

O agente comunitário tem facilidade de estabelecer o elo entre a equipe e a comunidade, isso se dá pelo fato de o agente fazer parte da comunidade e ser um conhecedor dessa realidade, facilitando, assim, a comunicação, na medida em que leva informação das famílias para a equipe. (Ferraz e Aertz, 2004).

Para Levy, Matos E Tomita (2004) que também estudaram essa temática, o fato de os agentes comunitários morarem na comunidade é de fundamental importância para a construção de uma relação mais próxima e de confiança com os moradores. E por outro lado os moradores se sentem mais à vontade para falar sobre seus problemas, suas vivências e suas inquietações com uma pessoa que vive na mesma realidade que a dele.

² Segundo Goleman (1995), a palavra empatia tem a sua origem na linguagem grega – *empathia*, que significa tendência para sentir o que se sentiria caso se estivesse na situação e circunstâncias experimentadas, vivenciadas por outra pessoa.

³ Para Ey, H.; Bernard, P.; Brisset, C. (1988), o afeto é um termo utilizado para exprimir os fenômenos da afetividade, incluindo as nuances do desejo, do prazer e da dor, presentes na experiência sob a forma de sentimentos vitais, humor e emoções. Considerando que grande parte das experiências de um indivíduo são vivenciadas em ambientes de trabalho, temos detectado a necessidade de abordar as características psicossociais dos indivíduos que estão inseridos nas organizações, especialmente como eles as afetam e elas a eles.

Nunes et. Al. (2002) contribuem com nossa pesquisa no momento em que trazem a finalidade do ACS morar na área de abrangência em que atua profissionalmente. Para ele a escolha de ACS residentes dos próprios bairros de atuação da equipe saúde da família tem por finalidade aumentar a eficácia das ações de educação para a saúde, isso se dá pelo fato das pessoas dividirem o mesmo contexto social e cultural e também um mesmo universo lingüístico.

Por outro lado, os ACS da USF Azul relataram alguns problemas existentes na comunidade que dificultam o estabelecimento de vínculo entre os profissionais da equipe e a comunidade. Um dos problemas citados foi que na referida área de abrangência residem pessoas de extratos sociais mais altos, que não utilizam o serviço público de saúde, possuem convênios médicos ou utilizam o serviço particular. Isso dificulta o contato do ACS com as famílias, ou por trabalharem o dia todo e o domicilio ficar a mercê de empregadas domésticas, ou por simplesmente não aceitarem a visita do ACS, como se observa nas falas abaixo:

(...) a minha micro-área é uma micro-área que tem muito convênio, são poucos os pacientes que utilizam a Unidade [...] Tem pacientes que não utilizam o posto nem pra pegar medicação. (ACS Magnólia – USF Azul)

(...) “Tem agente que tem paciente que às vezes não quer abrir a porta, porque eles têm UNIMED, sendo pessoas de alto nível social. (...) (ACS Magnólia – USF Azul).

Eu tive um caso de um paciente que trabalhava no Fórum, eu nunca consegui entrar na casa dela, ele resistia mesmo. Eu falava que eu tava uniformizada, que eu tinha crachá, que eu ia me identificar, que ela poderia ligar aqui na Unidade pra ta confirmando, mas ela falava que não, que ela tinha visto caso de boletim de ocorrência por gente que entrou uniformizado do Correio, da CPFL⁴, do DAEM⁵, e era bandido. Ela era um caso que não deixava. (ACS Acácia – USF Azul)

Apesar dos ACS constatarem essa dificuldade de acesso, não tivemos nenhuma recusa da comunidade quanto a participarem da pesquisa. Todas as

⁴ CPFL – Companhia Paulista de força e Luz é a empresa distribuidora de energia na cidade.

⁵ DAEM – Departamento de Água e Esgoto de Marília

peessoas sorteadas para participarem da pesquisa aceitaram às visitas e participaram das entrevistas, mesmo pacientes que não usam o serviço público de saúde.

Outro problema identificado pelos ACS, que dificultou um pouco a criação de vínculo, aconteceu entre a USF e a Associação de Moradores do Bairro. A indisposição chegou a tal ponto que os moradores fizeram um abaixo assinado, sugerindo o fechamento da USF naquele bairro, como explicita uma ACS abaixo:

(...) A gente também teve um problema aí com a Associação de Bairro, quando eu entrei a USF tava em atrito feio com eles, eu entrei no meio da guerra, coisas de picuinha, de invejinha na minha opinião, eu tava de fora, eu tava entrando, era coisa da comunidade que ia fazer uma festa junina, então a USF tinha que fazer também, então teve esse problema ai, que eu acredito que não foi culpa nossa, surgiu de fora mas acabou envolvendo a gente. Então ela tem esse atrito e por conta desse atrito, dessa característica, dessas brigas que a gente teve o ano passado, espero que esse ano a gente não tenha mais, interferiu muito no relacionamento da Unidade com a comunidade, porque o pessoal parou de participar dos grupos, o pessoal fez até um abaixo assinado pra tirar a Unidade daqui, ou seja, foi bem desgastante assim a relação, então a nossa comunidade ela é assim. (ACS Primavera – USF Azul)

Em contrapartida, a comunidade atendida pelos ACS da USF Azul, também destacou que o fato de o ACS residir na área de abrangência da USF facilita o acesso entre comunidade e profissionais, porque o vínculo de amizade já foi estabelecido previamente, como relata o morador abaixo:

O meu relacionamento com ela é bom porque eu conheço ela já faz muito anos. Eu moro aqui faz vinte e quatro ano, eu já conheço ela aqui do bairro faz bastante tempo [...]eu conheço ela, a filha dela estudou junto com o meu filho no parquinho, então eu conheço ela faz tempo, várias pessoas daqui do posto a gente já conhece há bastante tempo, isso é bom porque parece que todo mundo já é praticamente da família, porque já se conhece. (Comunidade nº 20 – ACS Gérbera – USF Azul)

Durante as entrevistas, encontramos apenas dois relatos enfatizando a relação entre a comunidade e o ACS como de pouco contato, sem relação de amizade e vínculo. Apesar disso, observa-se em um dos relatos que a causa da não construção do vínculo se deu por motivos familiares, por proximidade de parentesco.

Ela não pergunta nada pra gente, ele só entrega o papel e sai e vai embora. Ela só pergunta assim, como que a gente vai, se ta bom, se não ta e depois vai embora. Eu nem tenho muito contato com ela, não sei nem o

nome dela, se eu encontrar ela na rua, acho que nem reconheço.. Às vezes ela pede se pode entrar pra olhar o quintal, ai eu deixo, ela entra, olha e vai embora. Mas eu nem fico conversando muito. (Comunidade nº 6 – ACS Hortência – USF Azul)

(...) O meu relacionamento com ela é normal, mas não tem muita amizade entre nós. Ela é mulher do meu sobrinho, mas eu não tenho muito contato porque ela é uma pessoa muito estranha, acontece os problemas dela com o meu sobrinho, ai ela acha que é nós. Não tem nada a ver, mas ela fica assim meio diferente com a gente, mas a gente não tem nada a ver, cada um na sua. Mas eu não tenho nada contra ela não. (Comunidade nº 22 – ACS Palma – USF Azul)

Os outros moradores relataram bons laços de amizade, de companheirismo e de satisfação em relação ao ACS:

(...) nós fizemos uma boa amizade e por ela estar lá no posto, eu preciso dela pra me marcar consultas, remarcar, pra me trazer. Mas eu não freqüento a casa dela, ela freqüenta a minha casa porque ela tem que vir aqui, fazer o trabalho dela, mas eu sei onde ela mora tudo. Mas nós não temos amizade assim de amiga, eu tenho amizade de conhecer ela como profissional e é uma boa profissional, uma pessoa muito boa, muito boa sim. (Comunidade nº 2 – ACS Daisy – USF Azul)

Eu ligo lá no posto, pergunto pra ela se tem médico, se ela pode agendar pra mim, ai ela fala certinho o horário pra mim que eu tenho que ir lá pra conseguir a vaga. O remédio é a mesma coisa, eu ligo lá, pergunto se ta aberta a farmácia, ela fala pra mim se ta aberta ou não. Então, fazendo desse jeito eu não perco a viagem né, eu vou lá com a certeza de que eu vou ser atendida. Por isso que eu acho ela uma pessoa legal, atenciosa, sempre atende a gente muito bem sabe, ela agiliza o serviço, porque ela atende a gente até por telefone, isso é muito bom. (Comunidade 4 – ACS Hortência – USF Azul)

Não basta apenas o ACS se responsabilizar por estabelecer todas as relações de vínculo com a comunidade, o vínculo deve ser extensivo a toda equipe de saúde, pois somente dessa forma é possível atender de fato as reais necessidades da comunidade. A produção de vínculo deve estar instaurada em todo contexto dos serviços de saúde para que seja concretizado, e dessa maneira tornar os profissionais com maior poder de resolutividade em relação às necessidades das famílias.

Os instrumentos e as condições de trabalho do ACS

Nesta parte do estudo, buscamos retratar os tipos de instrumentos que fazem parte do cotidiano diário dos ACS e também mostrar a realidade de suas condições de

trabalho. Identificamos, nas falas analisadas, os seguintes instrumentos de trabalho citados pelos ACS pertencentes a USF Azul: as fichas do SIAB, as visitas domiciliares, livros, pesquisas na internet, os cursos de capacitações, o conhecimento, orientações da enfermeira. Alguns deles associaram aos instrumentos de trabalho a vontade de trabalhar, a coragem, o carisma, a calma, o caráter, a educação, a formação superior no curso de psicologia e o próprio conceito de vida.

Nos trechos abaixo vemos alguns exemplos disso:

(...) eu sempre utilizo as visitas, levo as fichas do SIAB, o prontuário, porque se der um branco no nome ou nos remédios, eu já tenho em mãos. E também pra já ir direto ao assunto, não ficar perguntando: que remédio você toma? ou você faz atividade?[...]eu sempre levo um rascunho pra fazer alguma anotação, alguma coisa que eu preciso ver no posto e depois eu preciso dar algum retorno, eu já escrevo pra não esquecer. (ACS Gérbera – USF Azul)

(...) como instrumento? Eu costumo sair para a visita com boa vontade, coragem, além dos papéis que a gente leva[...] as fichas do paciente, as anotações mais importantes. (ACS Hortência – USF Azul)

(...) eu procuro me atualizar em livros, procuro me atualizar na internet, e eu utilizo o meu próprio conceito de vida, sempre coloco as coisas o mais claro possível do que deve ser feito. E sempre ta pedindo orientação até mesmo para a enfermeira, sempre quando eu tenho alguma dúvida eu procuro ela. (ACS Acácia – USF Azul)

(...) eu uso muito da minha psicologia, eu uso também a minha educação, caráter, pra trabalhar no SUS a gente precisa ter caráter, pra trabalhar numa instituição pública você precisa ter caráter [...] e tem que ter conhecimento de saúde pública, conhecimento do que é o PSF. Eu acho que a gente tem que ter o conhecimento como uma ferramenta, buscar crescer, estudar, saber o que realmente é a minha função, o que eu faço, enfim é isso aí que eu uso. (ACS Primavera – USF Azul)

Da mesma maneira, os ACS da USF Verde identificaram instrumentos semelhantes aos citados pelos ACS da USF Azul. Os instrumentos de trabalho que utilizam são: os panfletos, as orientações da enfermeira ou do médico, as fichas, as informações adquiridas e as capacitações.

Eu sempre procuro utilizar na prática do meu trabalho, as poucas capacitações que nós tivemos, as informações que eu recebo aqui, ou que eu aprendi de alguma outra forma, pela minha vivência, pela minha formação (ACS Orquídea – USF Verde)

(...) tem os panfletos, os panfletos da dengue, tem os panfletos sobre doenças, tem panfletos que vem falando de uma determinada doença, a gente leva pra rua também. E tem as fichas, da dengue que a gente preenche e a ficha A que é a do cadastro da família, tudo isso nós utilizamos durante nosso trabalho. (ACS Begônia – USF Verde)

Eu procuro sempre me informar das coisas, de como funciona a Unidade, sobre as doenças, se eu tenho dúvidas eu tiro com o médico ou com a enfermeira na reunião, mais com a enfermeira. Não adianta eu ir pra rua, fazer minhas visitas com dúvidas, porque senão eu vou ter dificuldades na hora de orientar as pessoas, de responder alguma questão. Eu sempre procuro me informar e aprender alguma coisa. (ACS Margarida – USF Verde)

Silva e Dalmaso (2002), que também estudaram essa temática, identificaram que o objetivo do trabalho dos ACS é trabalhar com as famílias e a comunidade e a conversa é um instrumento de trabalho desse profissional.

A visita domiciliar é um instrumento que facilita a realização da educação em saúde, pois nesse momento há uma troca de informações dentro do contexto de vida do indivíduo e de sua família, ou seja, no núcleo familiar. (FERRAZ E AERTZ, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (2000b), os principais instrumentos de trabalho do ACS são: a entrevista, a visita domiciliar, o cadastramento das famílias, o mapeamento da comunidade e as reuniões comunitárias.

No trabalho realizado por Duarte, Silva e Cardoso (2007), os ACS citaram como instrumentos de trabalho a visita domiciliar, a entrevista e o cadastramento das famílias. Apesar disso, não foi citado o mapeamento da comunidade e as reuniões comunitárias. No nosso estudo, estes dois instrumentos também não foram citados pelos ACS.

Comparando as falas com a literatura publicada sobre o assunto, percebemos que há convergência de informações, pois os instrumentos de trabalho citados tanto pelos ACS da USF Verde, como pelos ACS da USF Azul, são os mesmos descritos pelos autores que já estudaram o assunto.

Em relação às condições de trabalho, identificamos que os ACS encontram dificuldades de aquisição de materiais necessários para o seu processo de trabalho. O

déficit de material vai desde um simples lápis até os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) necessários durante a aplicação do veneno contra o mosquito da dengue.

Apesar de os agentes comunitários sentirem-se satisfeitos com a profissão, existem muitas reclamações em relação às condições de trabalho, condições estas referentes à remuneração e à grande sobrecarga de trabalho. (ESPÍNOLA E COSTA, 2006).

De maneira geral, todos os ACS da USF Azul consideraram precárias as condições de trabalho e relataram o seguinte: falta de prancheta, uniforme de trabalho, boné, bolsa, tênis, protetor solar de má qualidade, ausência de pipeta, ausência de EPI, falta de material de escritório.

(...) falta muito material de escritório, lápis, caneta, prancheta, a gente que compra com o nosso dinheiro, bolsa nunca mais mandaram, só eu tenho porque eu sou a mais antiga, mais a minha já ta destruída, ta desmontando e ai é complicado pra gente carregar tudo no braço. Ai a gente se adapta, ou compra mesmo uma bolsa. (ACS Palma – USF Azul)

Falta muita coisa, eles mandam protetor solar que é horrível, mas eles mandam. O meu crachá eu demorei sete meses pra receber. Tênis, calça, eu acho que não existe, eu nunca ouvi falar, não existe uniforme. Tem uma camiseta que na verdade eu nunca ganhei, eu tenho duas ou três camisetas que eu ganhei aqui dentro da Unidade, mas não vieram do SUS, que vieram assim do Sindicato de Saúde, são coisas terceirizadas e ou seja, não tem material não. A gente até tava com falta na época do arrastão de veneno pra dengue, a pipeta pra você pegar o mosquito na água não tinha, luva, não tem, falta muito. (ACS Primavera – USF Azul)

(...) a gente trabalha numa precariedade, a gente teria que ter um instrumento que chama pipeta, que é o instrumento que a gente colhe a larva de alguns recipientes. Não ta tendo pipeta, o veneno que a gente passa, eu particularmente tenho medo, porque ele é um veneno muito forte, mas assim, não vem mais nada de material. Não vem um tênis, não vem uma calça, até foi pedido o número, mas faz cinco anos e até hoje nada. E esse veneno é a gente que passa, a gente carrega tipo um bisnaga de catchup e a gente passa nas casas, mas ele é muito forte, ele é até misturado com areia, mas eu só uso nos últimos casos mesmo, quando a enfermeira pede pra ta levando, ou quando a gente ta fazendo mutirão, algum bloqueio, mas nas visitas normais eu não uso. E eles não mandam nada pra gente se proteger do veneno, EPI não temos nenhum, a única coisa que a gente recebe é a camiseta e faz muito tempo que não vem e agora o protetor solar, mas também não é um protetor de muita qualidade, eu não uso, eu tenho até medo de usar, porque eu já ouvi muitos casos de pessoas que até se queimou com ele, então eu não uso, falta muita coisa. (ACS Acácia – USF Azul)

Percebemos, pelas falas acima, a dificuldade de aquisição de recursos materiais. Quanto à camiseta, por exemplo, identificamos que apenas os agentes com maior tempo de serviço receberam esse benefício. Por outro lado, parece que alguns materiais de escritório chegam até a unidade de saúde mas existe dificuldade para se repassar para os ACS.

(...) Boné é por nossa conta, tênis é por nossa conta, protetor solar vem, mas a gente acaba não usando porque é muito gorduroso, então a gente usa o nosso por causa disso, mas não vem muita coisa não. Agora caneta às vezes vem, mais é difícil eles repassarem pra gente, a gente tem que ficar pedindo pelo amor de Deus pra dá um lápis, uma caneta, uma borracha, ai eu nem peço. (ACS Daisy – USF Azul)

Já os ACS da USF Verde relataram que as condições de trabalho a que estão expostos dificultam o seu processo de trabalho e citaram: falta de material como lápis, borracha, caneta e bolsa, ser área de favela, falta de recursos para montar grupos educativos, o sol ou o frio muito forte e muita chuva.

Eu não tenho dificuldades de acesso pra chegar até a casa, o acesso é fácil. O único problema que tem é quando chove bastante, tem uma área que tem uma rua que é considerada uma rua abaixo, que fica nos fundos, que é toda de terra, e se chover muito fica difícil o acesso até lá, porque forma aquelas lagoas de água e fica difícil passar, imagine para os moradores de lá. (ACS Tulipa – USF Verde)

Eu pretendo deixar de ser agente um dia, não assim pelo trabalho que a gente realiza, mas pela dureza que é trabalhar no sol, no dia-a-dia no sol, no frio, porque na rua é complicado, mas eu gosto muito, já faz sete anos que eu to aqui, gosto muito mesmo. (ACS Margarida – USF Verde)

Faltam muitos recursos, às vezes a gente quer fazer um grupinho, alguma coisa, nunca tem material, a gente queria fazer grupo de artesanato com as senhoras do bairro, mas não tem linha, não tem agulha. Falta bastante coisa, até remédio às vezes falta. A pessoa precisa de uma medicação, a gente sabe que é aquela que é a necessidade, ele não tem dinheiro pra comprar e às vezes não vem pra gente. Então a gente trabalha pra melhorar. A gente tem que comprar tudo, caneta, lápis, borracha, a única coisa que a gente ganha é bolsa porque a gente vai nas Conferências e a gente ganha. Às vezes vem mas não vem numa quantia que dá pra todo mundo. Camiseta a gente tem, eles mandam. Agora o tênis que é obrigatório trabalhar, a gente não tem, eles não mandam. Então fica difícil, a gente anda muito, um tênis a cada dois, três meses já ta detonado. Ai você pensa se você vai comprar um tênis mais caro pra colocar na rua não compensa, se você compra um mais fraco, ele não atura. Então eu acho que assim, é a necessidade da gente, pelo menos o uniforme adequado

eles deveriam dar pra incentivar mais o trabalho. Protetor solar nós temos, eles mandam. (ACS Camomila – USF Verde)

Outra questão é em relação a comunidade, eu já senti medo de sair porque aqui tem uma área que é de favela e tem traficantes, apesar que não é só na favela, também tem em outros lugares. Mas às vezes a gente sai tem policiais, ta entrando, tá tentando prender o pessoal, mas aí eu não acho que chega assim a ser muito risco pra nós, porque quando a gente percebe essas situações a gente vem embora, ou vem pra cá ou vai pra uma outra área que ta mais tranqüila, então não tem problema. (ACS Orquídea – USF Verde)

Perspectivas para o incremento da qualidade do trabalho do ACS

Durante as entrevistas foram citadas algumas estratégias e sugestões para melhorar o processo de trabalho do ACS. Entre as sugestões, os ACS da USF Azul citaram: a realização de treinamento freqüente, eliminar de suas atividades diárias o trabalho na recepção e não fazer a digitação.

(...) eu acho que nós teríamos que ter passado por treinamento como todas as pessoas em qualquer outro lugar passam por treinamento. Nem que fosse um, dois dias, só pra falar, olha você vai fazer isso, isso, isso, seu papel é esse, mas não, nós fomos jogados e aí as meninas foram dando um toque, e no mais a gente vai pegando no dia-a-dia. (ACS Hortência – USF Azul)

Concordamos com Oliveira, Nachif e Matheus (2003), quando mencionam que há necessidade de oferecer aos ACS um treinamento contínuo adequado e voltado para as necessidades de saúde da população que ele atende.

(...) acho que poderia tirar esse encargo nosso da recepção, eu acho que já é uma grande coisa[...] outra coisa que deveria ser feito é rever a questão do horário das visitas, principalmente na época do verão.. Aí depois quando chega na época do inverno, aí você tem que fazer invertido, você não pode ir oito horas da manhã, num inverno, bater na casa das pessoas, você tem que sair um pouco mais tarde. Também tem que rever a questão do tênis, a questão da camiseta, a questão do boné, eu acho que tudo isso, dar um material de apoio pra gente. E os arrastões também, estabelecer que vamos fazer o arrastão somente se for dengue mesmo. Agora esse negócio de fazer porque a gente acha que é dengue, aí a gente vai lá e faz o arrastão, não vira, não tem nada a ver. (ACS Daisy – USF Azul)

Ferraz e Aertz (2005) sugeriram em seu trabalho algumas ações que podem potencializar o trabalho do ACS e citaram: a contratação de auxiliares administrativos para atuarem nas equipes de PSF, reduzir o número de famílias

acompanhadas pelos ACS, oferecer regularmente capacitações e educação permanente para os profissionais do Programa.

(...) podia ter uma pessoa pra fazer só a digitação. Porque tem alguns municípios que tem um digitador, uma pessoa que é responsável só por isso. (ACS Palma – USF Azul)

(...) tirar um pouco essa responsabilidade da recepção, colocar mesmo um recepcionista ali dentro, um auxiliar de escrita não sei, eu acho que é isso, do mais eu acho que tem que resolver é em equipe mesmo, nós que temos que resolver. (ACS Acácia – USF Azul)

Os ACS da USF Verde sugeriram a contratação de um recepcionista, de um telefonista e de funcionários da enfermagem, fazer cursos de capacitações regularmente e criar uma associação ou um sindicato dos agentes comunitários para fortalecer a classe.

Teria que ser contratadas pessoas capacitadas pra ta cada um na sua função, no caso da recepção deveria ser contratado um recepcionista ou um telefonista, uma auxiliar de enfermagem pra ta ajudando, porque as meninas às vezes não dão conta, cada um na sua função. A limpeza, a moça saiu de férias, tenta por outra no lugar dela...” (ACS Violeta – USF Verde)

No estudo de Bachilli, Scavassa e Spiri (2008), os ACS trazem uma crítica em relação à instituição de saúde em que trabalham. De acordo com os ACS, existe no processo de trabalho deles desvio de função, ou seja, acabam realizando serviços burocráticos dentro da unidade de saúde e fazem serviços inerentes a outros profissionais.

Eu acho que com certeza o nosso trabalho pode melhorar, com o tempo tanto as autoridades, como a gente, a gente vai tentando buscar alternativas para melhorar, como por exemplo, fazer cursos, capacitações, saber ao certo que doenças é que ta tendo mais, como prevenir, o que fazer para não ter. (ACS Begônia – USF Verde)

A capacitação oferecida aos ACS é incompleta, voltada principalmente ao modelo biomédico. Torna-se necessário oferecer um treinamento voltado para reflexões a respeito dos princípios do SUS, para que esses profissionais compreendam o adequado funcionamento do SUS. (ROSA, CAVICCHIOLI E BRÊTAS, 2004).

Eu acredito que formando uma associação, ou até mesmo um sindicato, nós poderíamos conseguir melhorar o nosso trabalho, até porque se a

gente não fizer isso, tudo aquilo que aparecer de trabalho, será jogado para o agente comunitário. Por isso que é preciso uma união entre os agentes comunitários, formar um sindicato pra lutar e batalhar pelos direitos. (ACS Tulipa – USF Verde)

Alguns autores como Nunes et. al. (2002) que também estudaram essa temática, trouxeram como sugestões para melhorar a qualidade do trabalho dos ACS, a importância do treinamento. Para esses autores, o treinamento constante proporciona aos ACS os conhecimentos necessários sobre o processo saúde-doença, oferecendo conhecimentos além dos biomédicos, para que possam atender com satisfação às necessidades de saúde da população atendida por eles. Por outro lado, esses mesmos autores afirmam que torna-se necessário treinar os ACS para realizarem os procedimentos técnicos básicos como, por exemplo, medida de peso e altura de crianças, verificação da carteira de vacinação e desenvolvimento de ações educativas.

É necessário integrar no universo de trabalho dos ACS uma maior oferta de capacitação e manutenção de educação continuada. (MARTINES E CHAVES, 2007).

Nesta investigação, a comunidade entrevistada também sugeriu algumas estratégias de melhoria do trabalho dos ACS. Para a população residente no bairro de atuação da equipe da USF Azul, uma das estratégias citadas foi investir nos ACS por parte da Secretaria Municipal de Saúde, oferecendo a eles o preparo adequado para atuação. Como vemos na fala a seguir:

(...) o agente comunitário é uma profissão nova, eu acho que eles ainda tem muito o que aprender e muito a oferecer. Então assim, seria muito bom se a secretaria de saúde tivesse com essa consciência, com essa preocupação, de estar cada vez mais preparando esses profissionais né, de dar a eles a chance de crescer nessa profissão, já que é uma profissão nova, já que é uma profissão assim que o posto de saúde em si depende deles, depende do trabalho deles pro bom funcionamento do posto. (Comunidade nº 15 – ACS Magnólia – USF Azul)

Outro morador se queixou das condições da estrutura física da USF e sugeriu sua reforma imediata, pois, durante a ocorrência de chuva, o espaço se torna insuficiente para acomodar todos os usuários.

(...) para o trabalho dela não tenho sugestão, mas aqui no posto o que precisa melhorar é a reforma. Precisava de uma área, de um lugar maiorzinho, porque quando tem tempo de chuva, quando chove, o povo fica tudo aqui dentro. É ruim pros pacientes e é ruim pra elas também, porque fica todo mundo aqui dentro e tumultua muito. A gente sempre bate nessa tecla quando tem reunião, quando vem o pessoal da saúde, a gente ta sempre pedindo, mas é difícil. Igual nem piso tem aqui, é esse chão, pra um posto ter esse chão aqui, não é legal, é complicado viu. (Comunidade nº 21 – ACS Palma – USF Azul)

A maioria dos moradores não trouxeram sugestões. Acreditam que a forma como está sendo desenvolvido o trabalho dos ACS, está satisfazendo suas necessidades, não necessitando de mudanças.

(...) não tem nada pra melhorar ali não, tudo ali ta ótimo, tudo que a gente precisa tem, tem remédio todo mês, todo mês tem lá, nunca falta. Com as crianças, se acontecer alguma coisa, eles vem rapidinho, eles já vão lá e já atendem, eu acho que ta de parabéns o atendimento do posto e dos agentes. (Comunidade nº 17 – ACS Primavera – USF Azul)

A população atendida pelos ACS da USF Verde, trouxe dentre as sugestões para melhoria, o seguinte: contratação de novos funcionários, realização de visitas domiciliares com maior frequência. Alguns desacreditam em melhorias e não deram sugestões.

Na fala abaixo podemos observar como os usuários encontram-se decepcionados com as atividades desenvolvidas na área da saúde. Fica explicito que ele não acredita em soluções para a atual situação.

Sugestões?, não tenho. A saúde, a educação e a segurança, ta uma porcaria no Brasil. Já não tem nem mais conserto mais, mas ta bom fazer o que?. (Comunidade nº 6 – ACS Camomila – USF Verde)

Já outros moradores, sugerem que novos profissionais agentes comunitários sejam inseridos nas equipes de saúde da família, com finalidade de auxiliar os ACS e diminuir o número de famílias e, conseqüentemente, a demanda de serviço.

Eu acho que pra melhorar deveria ter que por mais gente pra trabalhar, porque eles não tã dando conta, é muito serviço. Às vezes a agente demora pra passar porque não dá tempo. Porque tem gente que precisa mais que a gente, que é mais doente e precisa de mais visita. (Comunidade nº 7 – ACS Orquídea – USF Verde)

Um dia ela falou pra mim, que ela tem 150 casas pra visitar todo mês, e ela não da conta. Então pra ela passar em todas, ela tem que fazer tudo correndo. Mas não da pra ela fazer correndo, porque ela tem que fazer perguntas, perguntar como é que ta, como não ta, se precisa de consulta, o que precisa, o que não precisa. E o trecho aqui é grande, ela é bastante sofrida, é chuva, é sol, eu vejo ela passar aqui. (Comunidade nº 11 – ACS Begônia – USF Verde)

O grande número de famílias cadastradas nas micro-áreas de cada ACS também devem ser levado em consideração, pois torna mais difícil para esse profissional acompanhar mensalmente cada domicílio. (OLIVEIRA, NACHIF E MATHEUS, 2003).

A sugestão do morador abaixo está relacionada com a visita domiciliar feita pelos ACS. Ele sugere que a sua ACS passe em sua residência regularmente, pois assim poderia facilitar a resolução das necessidades dos usuários.

(...) eu acho que se ela passasse mais aqui em casa com certeza melhoraria. (Comunidade nº 9 – ACS Orquídea – USF Verde)

De acordo com Oliveira, Nachif e Matheus (2003), o motivo que leva os ACS a não realizarem as visitas domiciliares mensalmente, é o fato de desenvolverem outras atividades dentro da unidade de saúde, como, por exemplo, o cadastramento do cartão SUS, do Bolsa Família, que são ações que exigem tempo e, para executá-las, há necessidade de se afastarem de suas respectivas áreas de atuação no domicílio.

O estudo desenvolvido por Silva e Dalmaso (2002), traz uma contribuição em relação a algumas estratégias que facilitam o desenvolvimento do trabalho do agente comunitário e cita: maior atenção ao desenvolvimento de planos na área social, maior ênfase para ações de caráter coletivo e comunitário, treinamento específico, maior supervisão e reflexão do trabalho realizado.

As falas dos entrevistados nesta investigação apontam para a necessidade de mudança e aperfeiçoamento do trabalho dos ACS. Percebemos que os próprios ACS possuem uma visão ampla das mudanças necessárias, como, por exemplo, a contratação de mais pessoas para atuar na ESF. Com a contratação de um profissional para trabalhar exclusivamente na parte burocrática da recepção, a demanda de serviço do ACS diminuiria, deixando-o livre para atuar nos domicílios juntos às necessidades das famílias.

A comunidade entrevistada não se posicionou a respeito da contratação de novos profissionais e pouco contribuiu com sugestões. Por isso, pode-se concluir que encontram-se satisfeitas com a forma como estão sendo atendidas pelos ACS.

6. Considerações Finais

A partir do pressuposto de que há um descompasso no trabalho dos ACS entre as atribuições e objetivos propostos pelo Ministério da Saúde e a prática desenvolvida no cotidiano dos serviços de atenção primária à saúde, particularmente no contexto do município de Marília-SP, e do objetivo geral desse trabalho que foi analisar o trabalho dos agentes comunitários de saúde, tendo em vista suas expectativas e as da comunidade em relação ao trabalho do ACS, na perspectiva da atenção primária à saúde; que nortearam esta pesquisa, foi possível analisar o processo de trabalho do ACS pela ótica da comunidade e do ACS.

Essa pesquisa, com abordagem qualitativa, usou as entrevistas dos ACS e da comunidade para conhecer o processo de trabalho dos ACS.

As características dos ACS encontradas de maneira geral nas duas USF estudadas foram:

- A maioria do sexo feminino;
- A faixa etária encontrada foi de 22 a 45 anos;
- Todos possuem 2º grau completo;
- O tempo de atuação ficou entre 1 e 8 anos de serviço.

Em relação às expectativas dos ACS, a maioria deles gosta do que faz, destacando a importância da relação com a comunidade.

O trabalho burocrático que os ACS realizam na recepção, se apresentou como um entrave no desenvolvimento de seu trabalho, pois a maioria deles considerou essa atividade como negativa.

O agente comunitário de saúde é um ator fundamental na proposta da estratégia de saúde da família. Esse profissional vem desenvolvendo um importante trabalho junto à equipe de saúde da família, com objetivo principal de acompanhar pacientes portadores de hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, gestantes e crianças.

Para a comunidade, o ACS se tornou por meio da visita domiciliar, um facilitador, pois é ele quem conhece a realidade de vida da população e suas reais necessidades de saúde.

A realidade do trabalho exercido pelos agentes comunitários no município de Marília-SP, mostrou que a maioria das ações desenvolvidas por eles vão ao encontro do que é preconizado pelo Ministério da Saúde: a realização de visitas domiciliares, atuação nas ações de controle de doenças e promoção e proteção da saúde, cadastramento das famílias, identificação das micro-áreas de risco, mobilização da comunidade por meio de ações coletivas.

Chamou-nos a atenção nas falas dos ACS algumas dificuldades práticas que são exercidas e que não tem ligação nenhuma com as atribuições do Ministério da Saúde para este profissional. Os ACS relataram que estar na recepção da USF, desenvolvendo atividades burocráticas, leva-os ao distanciamento das famílias que eles acompanham dentro das suas micro-áreas.

Observamos que a comunidade atendida pelos ACS valoriza o trabalho desses profissionais e os reconheceram como atores importantes da Estratégia Saúde da Família.

Apesar das fragilidades encontradas na prática profissional, é inegável o benefício que o trabalho dos ACS traz para a comunidade que ele acompanha. Consideramos o ACS um profissional essencial para o avanço da Estratégia Saúde da Família, pois, por serem eles do mesmo universo cultural da comunidade, conseguem identificar as necessidades de saúde da população e intervir com maior êxito, articulando seu trabalho com o da equipe.

Pelo fato de os ACS serem uma figura bastante conhecida dos membros da comunidade, há uma maior possibilidade de estabelecer vínculo, tornando-os mais acessíveis para o acompanhamento das necessidades da população. Além disso, ele é o elo

entre o usuário e a equipe de saúde e é o maior detentor de informações que interessam à saúde dentro da comunidade.

Para a comunidade, o ACS tornou-se, por meio da visita domiciliar, um facilitador, pois é ele quem conhece a realidade de vida da população e suas reais necessidades de saúde.

Observamos que um dos mais importantes instrumentos de trabalho do ACS é a comunicação, ele precisa ter abertura para ouvir, informar, aconselhar e registrar as informações, potencializando o seu processo de trabalho no atendimento das necessidades das famílias.

O vínculo apareceu na maioria das falas, tanto dos ACS como da comunidade, como um aspecto importante no desenvolvimento do trabalho da ESF. Percebemos uma relação de amizade e afeto entre profissionais e população, o que pode estar diretamente relacionado ao que encontramos, que foi o fato de os ACS fazerem parte da comunidade onde atuam profissionalmente.

Em relação às percepções para melhorar o trabalho do ACS, os próprios agentes parecem não acreditar em mudanças e apresentam-se carentes de expectativas. Apesar disso, citaram algumas sugestões como: contratação de um recepcionista; treinamento e capacitações freqüentes; diminuição de trabalhos burocráticos e o desejo de atuar com maior freqüência nos domicílios.

As expectativas da comunidade são discretas, e de maneira geral, o trabalho que vem sendo realizado pelos ACS está adequado, abordando como percepções: investimento por parte da Secretaria Municipal de Saúde como a contratação de profissionais, capacitação dos ACS e melhora na estrutura física.

Dessa forma, acreditamos que com as percepções dos ACS e da comunidade, o trabalho dos ACS na ESF será de maior qualidade, pois os treinamentos irão aperfeiçoar a atuação profissional e poderá viabilizar maior

disponibilidade de tempo para a realização de visitas domiciliares devido a redução da demanda de procedimentos burocráticos.

Finalmente, diante das percepções apresentadas pelos ACS e pela comunidade, o trabalho dos ACS é um dos pontos que na Estratégia Saúde da Família contribui para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

Dessa forma, acreditamos que com as sugestões dos ACS e da comunidade, o atendimento dos ACS será de melhor qualidade, pois os treinamentos irão aperfeiçoar a atuação profissional e haverá maior disponibilidade de tempo para a realização de visitas domiciliares devido à redução da demanda de procedimentos burocráticos.

7. Referências Bibliográficas

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. 295 p.

ALMEIDA, M. I. Modalidade de conhecimento socialmente elaborado: atores sociais no Programa Saúde da Família. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 25, n. 2, p.227-235, jul./dez. 2003.

ANDRADE, R. D. **Desenvolvimento e utilização de jogo educativo sobre a prevenção de doenças respiratórias no seguimento de crianças menores de cinco anos para a capacitação de agentes comunitários de saúde**. 2004. 116 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

ARAÚJO, M. R. N.; ASSUNÇÃO, R. S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 1, p.19-25, jan./fev. 2004.

BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 51-60, jan./fev. 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2003. 226 p.

BEZERRA, A. F. B.; ESPÍRITO SANTO, A. C. ; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 809-815, out. 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde na Comunidade. Programa Comunidade Solidária. **Programa de agentes comunitários de saúde – PACS**. Brasília, 1997a. 12 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 dez. 1997b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Educação permanente**. Brasília, 2000a. (Cadernos de atenção básica: Programa Saúde da Família; caderno 3).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde e Comunidade. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b. 119p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001a. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS**. Brasília, 2001b. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, 11 jul. 2002. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2002/10507.htm>. Acesso em: 1 jun. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde (ACS)**: versão preliminar. Brasília: 2003. 29 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de março de 2006. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dabl/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf. Acesso em: 01 de maio de 2008.

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

DUARTE, L. R.; SILVA, D. S. J. R.; CARDOSO, S. H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.11, n. 23, p. 439-447, set./dez. 2007.

ESPÍNOLA, F. D. S.; COSTA, I. C. C. Agentes Comunitários de Saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. **Revista de Odontologia da Universidade da Cidade de São Paulo**. v. 18, n.1, p. 43-51, jan./abr. 2006.

EY, H; BERNARD, P; BRISSET, C. **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro. Masson, 1998.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. Agente comunitário de saúde em Porto Alegre: “um vendedor de saúde”. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 66, p.68-74, jan./mar. 2004.

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

FONTINELE JÚNIOR, k. **Programa Saúde da Família (PSF): comentado**. Goiânia: AB, 2003. 124 p.

FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1328-1333, set./out. 2004.

GOLEMAN, D. **Inteligência emocional**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1995.

IBGE. **Estatísticas da saúde: assistência médica sanitária**. Rio de Janeiro: IBGE, 1999. 106p.

IBGE. **Cidades**. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 7 set. 2006.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. **Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná**. 2005. 127 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Community health agent: a literature review. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 957-963, nov./dez. 2006.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N.E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, jan./fev. 2004.

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

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” : anos 80. In: SANTANA, J. P. (Coord). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde do distrito sanitário: Projeto GERUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995. p. 201-216.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 61-66, jan./jul. 2003.

MARÍLIA. Prefeitura Municipal de Marília. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. **Relatório de gestão 2004**. Marília. 2004. 189 p.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-433, set. 2007.

MARTINS, C. L.; OLIVEIRA, L. S. S.; RODRIGUES, M. A; WATANABE, H. H. W.; JACOMO, Y. A. Agentes comunitários nos serviços de saúde pública: elementos para uma discussão. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 51, p. 38-43, jun. 1996.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994. 278 p. (Saúde em debate; 76).

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

MINAYO, M. C. S. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999b. 269 p.

MINAYO, M. C. S.; D'ELIA, J. C.; SVITONE, E. **Programa de Agentes de Saúde do Ceará: estudo de caso**. Fortaleza: UNICEF, 1990. 60p.

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

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

ROSA, A. S.; CAVICCIOLI, M. G. S.; BRÊTAS, A. C. P. O significado que o agente comunitário de saúde atribui ao seu trabalho no processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 255-261, jul./set. 2004.

SANTOS, L. P. G. S. **A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção da saúde**. 2005. 128 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SEABRA, D. C. **O agente comunitário de saúde na visão da equipe multiprofissional**. 2006. 133 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-83, fev. 2002.

SILVEIRA, M. R.; SENA, R. R. Diversidade de práticas e saberes: o caso do agente comunitário de saúde no Programa Saúde da Família de Nova Contagem / Minas Gerais. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 9, n. 1, p. 59-64, jan./mar. 2005.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde/UNESCO, 2002. 725p.

TORRES, Z. F.; LOPES, B. C. O ACS na equipe de saúde da família. **Olho Mágico**, Londrina, v. 10, n. 3, p. 71-78, jul./set. 2003.

TRAPÉ, C. A. **A prática educativa dos agentes comunitários do PSF à luz da categoria Práxis**. 2005. 188 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. Alguns temas no desenvolvimento de uma pesquisa. In: _____. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. p. 91-115.

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, v. 12, n. 3, p. 777-788, maio/jun. 2007.

VIEIRA, A. L. S.; AMÂNCIO FILHO, A.; OLIVEIRA, E. S. O mercado de trabalho em saúde na região sudeste-Brasil: a inserção da equipe de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 134-138, jan./fev. 2004.

WAI, M. F. P. **O trabalho do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento** - Ribeirão Preto. 2007. 140f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

8. *APÊNDICES*

Apêndice A Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos – CEP/FAMEMA


Marília, 27 de Março de 2007

Ilmo^(a) Sr.^(a)
Prof^a Dr^a Ione Carvalho Pinto
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 130/07, intitulado: "O Trabalho do Agente Comunitário em uma Unidade de Saúde da Família do Município de Marília/SP", foi considerado **APROVADO** em Reunião Ordinária – 26/03/2007, de acordo com a Resolução 196/96 e suas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, podendo ser iniciado.

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,



Prof. Dr. Rubens Augusto Brazil Silvado
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos

Apêndice B – Roteiro para coleta de dados para o ACS**Dados de Identificação**

Nome Fictício:

Sexo: Idade:

Data de Nascimento:

Grau de Escolaridade:

Início da Entrevista:

Término da Entrevista:

Função atual:

Tempo na função atual:

O que pretendo com a pergunta?	Questões norteadoras
✓ Compreensão geral do trabalho que o ACS desenvolve	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fale o que o(a) sr(a) acha do seu trabalho de ACS dentro e fora da USF. ✓ Qual é o seu papel dentro da Equipe de Saúde da Família? ✓ Descreva sua rotina de trabalho.
✓ Expectativa quanto ao trabalho que desenvolve dentro e fora da USF	<ul style="list-style-type: none"> ✓ O que espera o(a) sr(a) do seu trabalho? ✓ O que a profissão de ACS significa para você?
✓ Finalidade do trabalho	✓ Para que serve seu trabalho?
✓ Instrumentos do trabalho	✓ O que o(a) sr(a) utiliza para fazer o seu trabalho ?
✓ Conhecimento sobre a comunidade	✓ Qual a sua opinião sobre a comunidade que você atende?
✓ Estabelecimento de vínculo com a comunidade	✓ Como é seu relacionamento com a comunidade que você atende?
✓ Estabelecimento de relações com os outros membros da equipe	✓ Qual sua opinião sobre a equipe que o(a) sr(a) trabalha?
✓ Condições de trabalho	✓ Quais são suas condições de trabalho?
✓ Avaliação do trabalho	✓ Como o(a) sr(a) avalia o trabalho que realiza?

Apêndice C – Roteiro para coleta de dados para a comunidade

Nome Fictício:

Sexo:

Idade:

Data de Nascimento:

Grau de Escolaridade:

Início da Entrevista:

Término da Entrevista:

O que pretendo com a pergunta?	Questões norteadoras
✓ Compreensão geral do trabalho que o ACS desenvolve	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Quais são as atividades desenvolvidas pelos ACS quando eles fazem um atendimento o(a) sr(a)? ✓ Qual a sua opinião em relação ao trabalho do seu ACS?
✓ Estabelecimento de relações com os outros membros da equipe	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Como é sua relação com o ACS que visita a sua residência?
✓ Expectativa quanto ao trabalho que desenvolve dentro e fora da USF	<ul style="list-style-type: none"> ✓ O que você espera em relação ao trabalho do seu ACS?
✓ Estabelecimento de vínculo com a comunidade	<ul style="list-style-type: none"> ✓ O que o(a) sr(a) acha do atendimento do ACS frente a comunidade?
✓ Avaliação do trabalho	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Quais são os pontos fortes do trabalho do ACS? ✓ Quais são os pontos fracos do ACS?
✓ Participação da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Quais são as oportunidades que o(a) sr(a) tem de participação na sua comunidade? ✓ Você participa de reuniões na USF? ✓ Quais são as reuniões que tem no bairro? ✓ Tem associação de moradores? ✓ Com que frequência você participa?

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,, portador (a) do documento R.G. sob nº, abaixo assinado, declaro que CONCORDO em participar deste estudo, ciente de que a pesquisa será realizada pela aluna de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Lílian Carla Ferrari Sossai, orientada pela Profª Drª Ione Carvalho Pinto. A pesquisa tem como título: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MARÍLIA-SP: REPENSANDO O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, e tem como objetivo analisar e interpretar as expectativas dos agentes, dos membros da equipe e da comunidade em relação ao trabalho do agente comunitário de saúde, em duas Unidade Saúde da Família (USF);

Além de que, estou ciente que terei:

- ✓ A garantia de receber esclarecimento a qualquer dúvida relacionada com a pesquisa;
- ✓ A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
- ✓ A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação;
- ✓ A segurança de que minha participação não trará qualquer prejuízo a mim;
- ✓ As informações sobre os resultados do estudo quando solicitado.
- ✓ Os dados poderão ser usados para divulgação em eventos médicos ou publicações garantindo sempre o meu anonimato.

Marília,de.....de 200....

Participante

Lílian Carla Ferrari Sossai
 Coren 0138389
 RG 29979242-0
 Fone: (14)34511807
 E-mail lil@famema.br

Profª Drª Ione Carvalho Pinto
 Coren 13124
 RG 7659625
 Fone: (16)36023429
 E-mal ionecarv@eerp.usp.br