

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

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: concepções de  
profissionais e usuários

Viviane Milan Pupin Andrade

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia,  
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da  
Universidade de São Paulo, como parte das  
exigências para a obtenção do título de Doutor  
em Ciências. Área: Psicologia.

Ribeirão Preto – SP

2013



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

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: concepções de  
profissionais e usuários

Viviane Milan Pupin Andrade

Orientadora: Professora Doutora Cármen Lúcia Cardoso

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia,  
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da  
Universidade de São Paulo, como parte das  
exigências para a obtenção do título de Doutor  
em Ciências. Área: Psicologia.  
Apoio: CAPES.

Ribeirão Preto – SP

2013

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

Capa: *O mamoeiro* de Tarsila do Amaral

### **FICHA CATALOGRÁFICA**

Pupin-Andrade, Viviane Milan

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: concepções de profissionais e usuários. Ribeirão Preto, 2013.

177p.: il.

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de Concentração: Psicologia.

Orientadora: Cármen Lúcia Cardoso.

1. Agentes Comunitários da Saúde
2. Estratégia Saúde da Família
3. Psicologia Social da Saúde

PUPIN-ANDRADE, V.M. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde:** concepções de profissionais e usuários. Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



*A todos que contribuíram para a realização deste trabalho, especialmente aos participantes da pesquisa e aos Agentes Comunitários de Saúde*





## AGRADECIMENTOS

A **Deus** por estar sempre iluminando meus caminhos.

Aos meus pais, **Mauro** e **Sueli**, por acreditarem no conhecimento enquanto riqueza do ser humano e incentivarem e apoiarem tanto esse meu percurso.

Ao meu irmão, **Gustavo**, meu querido, que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos de minha vida. À minha cunhada **Renata**, pelo companheirismo, presença e escuta.

À **Cármen**, minha mestre amiga, que desde a graduação topou estar comigo na busca por novos conhecimentos. Cármen, mais que referência profissional, você constitui referência de pessoa humana, sempre solidária e presente.

À **Lícia Barcelos de Souza** e **Cristiane Paulin Simon** pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições oferecidas durante a qualificação do trabalho.

À minha grande pequena **Alice**, filha querida, que me ensina a cada dia a beleza de ser mãe e de acompanhar cada aprendizagem sua.

Aos meus familiares queridos que acompanham meu crescimento e são minhas referências de respeito, dignidade, honestidade, humildade e união. Avós **Mira**, **Mário** (*in memorian*), **Armando** e **Lúcia**; tios **Maria**, **Pedro**, **Sônia** e **Jorge**; primos **Alex**, **Líria**, **Allan**, **Giuliana**, **Breno**, **Caroline** e **Ana Laura** sei que posso contar com vocês em todos os momentos.

Ao **Daniel** que suportou ausências para que este trabalho pudesse ser concretizado.

Aos meus velhos e fiéis amigos que, mesmo apesar da distância, são meus companheiros incondicionais, verdadeiros parceiros.

Aos professores e funcionários da Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto.

À **Margareth**, minha “médica da família”, que acredita que é possível fazer um trabalho diferenciado mesmo diante de tantos obstáculos. Obrigada pela disponibilidade e relação humanizada.

Ao **CNPQ** pelo apoio financeiro.



## RESUMO

PUPIN-ANDRADE, V.M. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde:** concepções de profissionais e usuários. 2013. 177 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

O Agente Comunitário da Saúde (ACS) compõe a equipe mínima da Estratégia Saúde da Família e teve sua profissão reconhecida recentemente. Tem como especificidades o fato de atuar na mesma comunidade em que vive e não ter como exigência para o ingresso na profissão a conclusão prévia de curso técnico na área da saúde. O presente estudo teve como objetivo analisar as concepções de usuários e profissionais da equipe mínima da Estratégia Saúde da Família a respeito do trabalho do ACS. Trata-se de um estudo descritivo que utilizou o método qualitativo em pesquisa. Foram realizadas no contexto de duas Unidades de Saúde da Família: 1) entrevistas semiestruturadas com dezoito usuários e com sete profissionais (dois médicos, duas enfermeiras, duas auxiliares de enfermagem e uma dentista); 2) observações participantes, ao longo de seis meses, do trabalho do ACS especialmente das visitas domiciliares e das reuniões de equipe. O material da pesquisa, composto pelas transcrições das entrevistas e pelos registros das observações participantes, foi analisado através dos princípios da Análise de Conteúdo Temática, que possibilitou a descrição de dois temas: “Processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde” e “Identidade do Agente Comunitário de Saúde: origem e formação de um trabalhador em suas especificidades”. A análise apontou que o “processo de trabalho” do ACS, segundo as concepções de profissionais e usuários, encontra-se centrado na realização das visitas domiciliares, que tem como finalidades: levar informações aos usuários, entregar produtos e/ou serviços a domicílio, escutar o usuário e fiscalizar o cumprimento de prescrições. Destacamos o predomínio, na perspectiva dos participantes, de uma concepção das visitas domiciliares centrada em uma prática individual, que focaliza os aspectos técnicos do trabalho em saúde e, portanto, reducionista. Além disso, a inserção do ACS em outras atividades laborais, como grupos com a comunidade e participações em reuniões de equipe, dá-se com o intuito de que o mesmo aprenda conteúdos e práticas do trabalho em saúde, ou seja, o “saber/fazer”, apontando para uma desvalorização deste profissional em suas especificidades. Apesar dos participantes referirem à origem comunitária do ACS como forma de compartilhar vivências com os usuários da ESF, valoriza-se o conhecimento biomédico como viabilizador de práticas do ACS e como meio de diferenciá-lo de um “leigo”. Deste modo, o estudo permitiu descrever e refletir acerca das contradições que perpassam o processo de trabalho do ACS e a construção de sua identidade profissional, bem como a captura do trabalho do ACS pela lógica reducionista/biomédica e a conseqüente desvalorização de tal profissional em suas especificidades. Apontamos a importância do resgate dos fundamentos filosóficos que possibilitaram a inserção do ACS enquanto um profissional da saúde no intuito de ressaltar suas especificidades e valorizá-las no seu fazer cotidiano, recuperando, assim, sua atuação comunitária/política e reconfigurando o lugar/papel do ACS na equipe e na comunidade em que atua.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Psicologia Social da Saúde.



## ABSTRACT

PUPIN-ANDRADE, V.M. **The work of Community Health Agents:** the conceptions of workers and clients. 2013. 177 p. Thesis (Doctorate) – Faculty of Philosophy, Sciences, and Languages of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

The Community Health Agent (CHA) is a member of the minimal composition of the Family Health Team, whose profession has been recently acknowledged. The specificities of CHAs are that they must work in the same community in which they live, and that it is not necessary for them to complete any technical health course. The objective of the present study was to analyze the conceptions of workers and clients of the Family Health Team, in its minimal composition, regarding the work of the CHA. This descriptive study was performed using a qualitative research method. The following activities were performed within the environment of two Family Health Units: 1) semi-structured interviews with eighteen clients and seven workers (two physicians, two nurses, two nursing aides and one dentist); 2) participant observation of the CHA's work for six months, particularly of home visits and team meetings. The research material, comprised of the transcribed interviews and the records from the participant observations, was analyzed according to the principles of Thematic Content Analysis, which enabled the description of two themes: "The Working Process of the Community Health Agent" and "The Identity of the Community Health Agent: the origin and development of a worker considering particular specificities". The analysis revealed that the "working process" of the CHA, according to the conceptions of workers and clients, currently focuses on performing home visits, which aim at: bringing information to clients, delivering products and/or services at home, listening to the client, and supervising the clients' compliance to drug treatments. We highlight the predominance, from the participants' perspective, of a conception of home visits centered on an individual practice, focused on the technical aspects of health work; hence, reductionist. Furthermore, the inclusion of the CHA in other work activities, such as community groups and their participation in team meetings, occurs with the purpose of offering the CHA the chance to learn contents and practices of health work; i.e., the "know/do", which reveals an undervaluing of this profession and its particular specificities. Although the participants referred to the CHA being from the community originally as a way to share the experiences of the FHT clients, biomedical knowledge is valued as the foundation of the work of the CHA, and as the factor that differentiates a CHA from ordinary "laymen". Therefore, the present study permitted to describe and reflect upon the contradictions that permeate the working process of the CHA, and the construction of the professional identity of the CHA. Furthermore, this study allowed understanding the work of the CHA from the reductionist/biomedical rationale and the consequent undervaluation of this profession and its specificities. We highlight it is important to recover the philosophical foundations that allowed including the CHA as a health professional with the purpose to outline the specificities of this profession and value them in everyday practice, thus rescuing their community/political participation and reestablishing the position/role of the CHA in the team and community in which they work.

Descriptors: Community Health Agent; Family Health Strategy; Social and Health Psychology.



## RESUMEN

PUPIN-ANDRADE, V.M. **El trabajo del agente comunitario de salud:** concepciones de profesionales y pacientes. 2013. 177 f. Tesis (Doctorado) – Facultad de Filosofía, Ciencias y Letras de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

El Agente Comunitario de Salud (ACS) constituye el escalafón mínimo de la Estrategia Salud de la Familia y recibió recientemente el reconocimiento de su profesión. Tiene como particularidades el hecho de actuar en la comunidad en la que vive, y no requerirse para ingresar en la profesión la conclusión previa de cursos técnicos en el área de salud. El estudio objetivó analizar las concepciones de pacientes y profesionales del escalafón mínimo de la Estrategia Salud de la Familia acerca del trabajo del ACS. Estudio descriptivo, utilizando el método cualitativo en investigación. Fueron realizadas en el contexto de dos Unidades de Salud de la Familia: 1) entrevistas semiestructuradas con dieciocho pacientes y siete profesionales (dos médicos, dos enfermeras, dos auxiliares de enfermería y una odontóloga); 2) observaciones participantes, durante seis meses, del trabajo del ACS, en especial de las visitas domiciliarias y las reuniones de equipo. El material de la investigación, consistente en las transcripciones de las entrevistas y los registros de las observaciones participantes, fue analizado según los principios del Análisis de Contenido Temático, lo que hizo posible determinar dos temas: “Proceso de trabajo del Agente Comunitario de Salud” e “Identidad del Agente Comunitario de Salud: origen y formación de un trabajador en sus especificidades”. El análisis expresó que el “proceso de trabajo” del ACS, de acuerdo a las concepciones de profesionales y pacientes, se centra en la realización de visitas domiciliarias, que tienen las siguientes finalidades: llevar informaciones a los pacientes, entregar productos y/o servicios a domicilio, escuchar al paciente y vigilar el cumplimiento de las prescripciones. Destacamos el predominio, en la perspectiva de los participantes, de una concepción de las visitas domiciliarias centrada en una práctica individual, enfocando los aspectos técnicos del trabajo en salud y, consecuentemente, reduccionista. Además, la inserción del ACS en otras actividades laborales, como grupos comunitarios y participaciones en reuniones de equipo, se realizan con la intención de que el mismo aprenda contenidos y prácticas del trabajo en salud; es decir, el “saber/hacer”, apuntando esto a una desvalorización del profesional en cuestión en sus especificidades. A pesar de que los participantes refirieran el origen comunitario del ACS como manera de compartir vivencias con los pacientes de la ESF, se valoriza el conocimiento biomédico como facilitador de prácticas del ACS y como modo de diferenciarlo de un “lego”. De este modo, el estudio permitió describir y reflexionar sobre las contradicciones que impregnan el proceso laboral del ACS y la construcción de su identidad profesional, así como la captura del trabajo del ACS por la lógica reduccionista/biomédica y la consecuente desvalorización de la profesión en sus especificidades. Hacemos notar la importancia del rescate de los fundamentos filosóficos que posibilitaron la inserción del ACS como profesional de salud con el propósito de destacar sus especificidades y valorizarlas en su quehacer cotidiano, recuperado así su actuación comunitaria/política y reconfigurando el lugar/papel del ACS en el equipo y en la comunidad en la que actúa.

Descriptores: Agentes Comunitarios de Salud; Estrategia Salud de la Familia; Psicología Social de la Salud.





## LISTA DE QUADROS

|                   |  |    |
|-------------------|--|----|
| <b>Quadro 1 -</b> | Tempo de trabalho dos profissionais das equipes dos Núcleos de Saúde da Família.....                   | 53 |
| <b>Quadro 2 -</b> | Caracterização sócio-demográfica dos profissionais participantes das entrevistas.....                  | 59 |
| <b>Quadro 3 -</b> | Caracterização sócio-demográfica referente aos usuários do Núcleo C participantes das entrevistas..... | 62 |
| <b>Quadro 4 -</b> | Caracterização sócio-demográfica referente aos usuários do Núcleo D participantes das entrevistas..... | 63 |



## **LISTA DE SIGLAS**

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**ACs** – Agentes Comunitários de Saúde

**PSF** – Programa Saúde da Família

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**NSF** – Núcleo de Saúde da Família

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**SESP** – Serviço Especial de Saúde Pública

**PIASS** – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

**PAS** – Programa de Agentes de Saúde

**PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**CEP/CSE/FMRP – USP** – Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

**UNICEF** – Fundo das Nações Unidas para a Infância



## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>APRESENTAÇÃO .....</b>  | <b>23</b> |
| <b>1. INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>29</b> |
| 1.1. O processo de trabalho em saúde.....  | 31        |
| 1.2. Do visitador sanitário ao agente de saúde: a inserção de um novo profissional da saúde na atenção primária..... | 35        |
| 1.3. O Agente Comunitário de Saúde .....   | 40        |
| <b>2. OBJETIVOS .....</b>  | <b>45</b> |
| <b>3. MÉTODO .....</b>   | <b>49</b> |
| 3.1. Percurso metodológico – a escolha do local do estudo.....   | 51        |
| 3.2. Os Núcleos de Saúde da Família participantes .....  | 55        |
| 3.2.1. Núcleo de Saúde da Família C .....  | 55        |
| 3.2.2. Núcleo de Saúde da Família D.....   | 56        |
| 3.3. Procedimento de coleta de dados .....   | 57        |
| 3.3.1. As entrevistas .....  | 57        |
| 3.3.1.a. Participantes das entrevistas .....   | 58        |
| 3.3.2. A observação participante .....   | 63        |
| 3.4. Procedimento de análise dos dados .....   | 67        |
| <b>4. RESULTADOS .....</b>   | <b>71</b> |
| 4.1. Processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde .....   | 73        |
| 4.1.1. Visitas domiciliares .....  | 73        |
| 4.1.1.1. As finalidades das visitas domiciliares.....  | 79        |
| A) Informativa .....   | 79        |
| B) Entrega a domicílio .....   | 87        |
| C) Escuta.....   | 89        |
| D) Fiscalizadora.....  | 95        |
| 4.1.2. Grupos com a comunidade: a idealização de uma prática .....   | 99        |
| 4.1.3. Reuniões de equipe: oportunidade de aprendizado para o ACS .....  | 104       |
| 4.1.4. Trabalhos burocráticos/escriturários .....  | 107       |
| 4.1.5. Multifuncionalidade do trabalho do ACS: o faz tudo .....  | 110       |

|  |            |
|--|------------|
| 4.1.6. Acompanhamento longitudinal.....  | 112        |
| 4.1.7. Dificuldades no trabalho do acs.....  | 114        |
| 4.1.7.a. Práticas intersubjetivas.....   | 114        |
| 4.1.7.b. Falta de valorização .....  | 125        |
| 4.2. Identidade do Agente Comunitário de Saúde: origem e formação de um trabalhador em suas especificidades..... | 127        |
| 4.2.1. Origem do ACS .....   | 127        |
| 4.2.1.a. Compartilhamento de vivências .....   | 127        |
| 4.2.1.b. Extensão do Núcleo de Saúde da Família.....   | 129        |
| 4.2.2. Formação do ACS.....  | 133        |
| 4.2.2.a. Autoridade do conhecimento .....  | 133        |
| 4.2.2.b. Hierarquização do conhecimento.....   | 135        |
| <b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>   | <b>143</b> |
| <b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>  | <b>153</b> |
| <b>APÊNDICES.....</b>  | <b>163</b> |
| APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....   | 165        |
| APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista.....  | 166        |
| APÊNDICE C – Informações detalhadas sobre os profissionais participantes das entrevistas.....                    | 168        |
| APÊNDICE D – Informações detalhadas a respeito dos usuários participantes das entrevistas.....                   | 170        |
| <b>ANEXO .....</b>   | <b>175</b> |
| ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....  | 177        |

# APRESENTAÇÃO

---





Apresentar o estudo torna-se um exercício de trazer à tona grande parte do meu percurso acadêmico.

No período da graduação, participei como estagiária de Psicologia por dois anos do processo de trabalho num Núcleo de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto/SP. Em tal estágio, intitulado “O psicólogo no Programa Saúde da Família: construindo grupos de promoção de saúde”, buscava-se repensar a prática do psicólogo na Saúde Coletiva e a possibilidade da atuação deste profissional junto à equipe da Saúde da Família na construção de grupos de promoção de saúde. Para tanto, as atividades desenvolvidas no referido Núcleo de Saúde da Família possibilitaram uma imersão na comunidade, visando a conhecer suas necessidades e potencialidades, e no trabalho da equipe da Saúde da Família, visando a conhecer seus fundamentos e suas práticas.

O contato direto com o trabalho de toda a equipe, especificamente com o Agente Comunitário de Saúde (ACS), possibilitou a emergência de questionamentos sobre tal trabalho e sobre a Saúde da Família como um todo. Acompanhar diariamente as visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, participar das discussões em equipe sobre as famílias visitadas e, principalmente, presenciar as angústias vividas por eles diante de alguns casos por eles acompanhados (angústias por vezes expressas em conversas em espaços informais dentro do Núcleo de Saúde da Família e por vezes expressas em pedidos de ajuda explícitos – como, por exemplo, quando pediam a minha presença em determinadas visitas domiciliares) tudo isso me fez buscar conhecer e compreender um pouco mais acerca do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, recentemente incluído na equipe de Saúde da Família e ainda sem profissão reconhecida legalmente. Foi então que busquei sistematizar alguns estudos que pudessem contribuir para reflexões sobre os referidos questionamentos, realizando o trabalho de Monografia de Conclusão de Curso intitulado “Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de ‘ser agente’”, concluído em 2005 e que teve bolsa de Iniciação Científica fornecida pela FAPESP (processo nº. 03/13917-8).

Em tal estudo pude perceber que os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) se descreviam como fonte direta de apoio à comunidade, trazendo como sentidos para o “ser agente” aspectos como o ser “anjo da guarda” ou o “salvador da pátria”, ser a base de apoio da comunidade, o elo de ligação entre a comunidade e a equipe de saúde e o que coloca limites na relação com a comunidade.

Aprofundando os estudos realizados durante a Iniciação Científica, propus a dissertação intitulada “Agentes Comunitários de Saúde: concepções de saúde e do seu trabalho”, concluída em 2008 e que teve bolsa de Mestrado fornecida pela FAPESP (processo

nº. 06/57229-6). Analisando as concepções de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde, percebeu-se que as mesmas apontam para uma visão ampliada de saúde, englobando como determinantes da mesma o lazer, o trabalho, a moradia e infraestrutura, a alimentação e a atividade física. Contudo tais determinantes foram descritos de maneira prescritiva, ou seja, o profissional da saúde é que detém o conhecimento sobre o que é bom para o usuário. Da mesma forma, as concepções de trabalho envolveram tecnologias leves tais como escuta, acolhimento, vínculo e ter a linguagem leiga, demonstrando uma preocupação com o trabalho que envolve a humanização das práticas em saúde, mas, por outro lado, tais tecnologias foram descritas muitas vezes como não suficientes em si mesmas, necessitando ser acompanhadas por atuações mais técnicas como prescrições, encaminhamentos e resoluções de problemas. Em tal estudo também se descreveu a sobrecarga dos Agentes Comunitários de Saúde na realização de seus trabalhos, uma vez que, além das exigências impostas ao trabalho dos mesmos e a pouca valorização do trabalho, os Agentes Comunitários de Saúde descreveram as sobrecargas em lidar com o diferente, o alto envolvimento emocional com os usuários e a sobrecarga relativa à realização do trabalho em equipe, uma vez que tal trabalho pode ser influenciado negativamente por questões pessoais entre os membros da equipe, descrevendo-se a emergência de uma equipe apenas quando há laços de amizade ou afinidade entre os membros.

Tais estudos culminaram na publicação de três artigos científicos, a saber: “Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de ‘ser agente’” – publicado pela Revista Estudos de Psicologia (Natal); “Concepções de saúde de Agentes Comunitários de Saúde: uma contribuição para reflexões acerca do saber/fazer em saúde no SUS” – publicado pela Revista Saúde em Debate; e “Fazer de ‘soldadinho’: as dificuldades no trabalho de Agentes Comunitários de Saúde” – publicado pela Revista Psico (PUCRS).

Tendo em vista os estudos realizados até então sobre o ACS e a participação da pesquisadora como colaboradora na supervisão do estágio oferecido aos alunos de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto em Núcleos de Saúde da Família, um novo questionamento foi levantado: como os profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e os usuários da referida Estratégia concebem o trabalho do ACS? Na tentativa de refletir sobre tal questionamento, deu-se continuidade à investigação sobre o profissional ACS, porém a partir da ótica dos demais profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família e dos usuários da Estratégia Saúde da Família que recebiam a visita domiciliar dos ACS. Entrar em contato com as concepções de profissionais e usuários a respeito do trabalho do ACS possibilitou refletir sobre expectativas relacionadas à identidade

profissional do mesmo, permitindo repensar práticas em saúde e a construção da ESF em conformidade aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além disso, refletir sobre o trabalho do ACS, tendo em vista os novos paradigmas da saúde que primam pela formação de vínculo, acolhimento e práticas humanizadas, pode contribuir para a problematização das práticas em saúde através da articulação da Psicologia com a ESF. Considera-se que a Psicologia detém um arcabouço teórico/prático que possibilita repensar o trabalho em saúde a partir da perspectiva da subjetividade e das relações interpessoais, contribuindo para a construção do processo de trabalho pautado na produção do cuidado.



# 1. INTRODUÇÃO

---



## 1.1. O processo de trabalho em saúde

Inicialmente foi efetuado um diálogo com autores da saúde coletiva que discorrem sobre o processo de trabalho em saúde, entendendo que, uma vez que o ACS é um profissional da saúde, faz-se necessário contextualizar tal trabalho no âmbito da saúde pública.

Mendes-Gonçalves (1992) realiza uma análise do trabalho de forma geral e aponta as especificidades do trabalho em saúde que, segundo ele, não visa à produção de valor e seus resultados não contemplam a produção de mercadorias, mas objetiva a satisfação de necessidades. Acrescenta que o objeto do processo de trabalho em saúde é o homem, apreendido em sua subjetividade.

Ayres (2001) concebe a subjetividade como sendo relacional e aponta que a mesma envolve uma contínua reconstrução de identidades que ocorre através da relação com o outro, ou seja, é na alteridade vivida que constituímos a nós mesmos como sujeitos.

Neste contexto, a mudança do modelo assistencial em saúde depende de uma reorientação do processo de trabalho em saúde e de uma análise do trabalho em saúde a partir da micropolítica dos processos de trabalho (MERHY, 2002). O autor afirma que para analisar os possíveis efeitos da transição tecnológica na saúde é necessário voltar o olhar para o momento do ato de cuidar e sua organização no interior do serviço de saúde.

No trabalho em saúde, o ato de produção do produto e seu consumo ocorrem ao mesmo tempo, numa relação que Merhy (2002) denomina de “interseçora”, ou seja, no interior de um processo de trabalho dirigido para a produção de atos de cuidar. Estabelece-se, assim, um espaço interseçor entre trabalhador e usuário que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato.

Para dizer da possibilidade de atuação em saúde, Merhy (2002) utiliza-se da expressão “caixas de ferramentas tecnológicas” (p.63) – que conceitua como conjunto de saberes que se dispõem para a ação de produção de atos de saúde e que inclui: a) tecnologias leves, referentes às relações que permeiam o encontro entre subjetividades, a saber: produção do vínculo, autonomização e acolhimento; b) tecnologias leve-duras que compreendem os saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde; c) tecnologias duras que envolvem as máquinas-ferramentas, ou seja, os equipamentos tecnológicos (MERHY et al., 1997).

O referido autor pontua que quanto maior o endurecimento dos processos produtivos em torno de saberes tecnológicos muito bem definidos, maior a interdição à possibilidade de, no espaço interseçor, o mundo do usuário penetrar como capturante das finalidades dos processos produtivos em saúde, em outras palavras, o espaço relacional usuário-profissional constitui-se no momento singular de produção do cuidado que pode, quando centrado em tecnologias duras (produção de procedimentos), perder seu potencial de “trabalho vivo em ato” (p. 120).

Para Merhy (1997) o foco da atenção em saúde é o usuário, e o serviço busca intervir a partir dos problemas e necessidades do mesmo, visando à melhoria da saúde entendida como ganhos de autonomia no seu “modo de andar a vida” (p. 79). Sendo assim, Merhy (2002) concebe que o objeto do campo da saúde não é a cura ou a promoção e proteção da saúde, mas sim a produção do cuidado, por meio do qual se pode atingir a cura e a saúde.

Merhy (1997) aponta que no espaço relacional (interseçor), tanto usuário quanto profissionais são instituintes de necessidades, atuando no referido espaço expondo suas intencionalidades e desejos. As forças instituintes do trabalho morto (cristalizado nos meios de produção e no processo já institucionalizado do modo de trabalhar) podem “capturar” o trabalho vivo em ato, caso tal trabalho não provoque ruídos, fissuras e linhas de fugas nos processos de trabalho instituídos, que possam implicar na busca pelo sentido desta “captura” sofrida pelo trabalho vivo.

Dar visibilidade às práticas relacionais envolve também lançar um olhar para o princípio da integralidade que configura, juntamente com a universalidade e a equidade, um dos princípios do Sistema Único de Saúde. A adoção de tal princípio representa uma tentativa de mudança dos processos de trabalho em saúde.

Pinheiro (2001) aponta o caráter polissêmico do termo integralidade e descreve como um dos sentidos da integralidade o fato da mesma ser uma

ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e no plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados (p.65).

Mattos (2001) descreve três conjuntos de sentidos da integralidade. O primeiro deles refere-se à integralidade como atributo das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma “boa prática”. O autor defende que a integralidade é “um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um



valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram” (p.48).

O autor acrescenta, ainda, que a integralidade relacionada aos encontros entre usuários e profissionais de saúde implica na capacidade do profissional de compreender, além do sofrimento manifesto do outro, o risco de sofrimento futuro no contexto do modo de andar a vida deste sujeito. Além disso, implica compreender os significados das ofertas de cuidados que se fazem necessárias e o significado mais imediato de suas ações e palavras no momento do encontro com esse outro. Para que tais compreensões sejam viáveis, é necessário que o profissional se coloque no lugar do outro. (MATTOS, 2009).

O segundo conjunto de sentidos atribuídos à integralidade refere-se à forma de organizar as práticas em saúde. Nesse sentido, Mattos (2001) propõe a articulação entre assistência e práticas de saúde pública. A integralidade implica na organização dos serviços de saúde de tal forma que os mesmos consigam realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população que atendem.

O terceiro conjunto de sentidos da integralidade está relacionado às configurações de políticas especiais para dar respostas a certos problemas de saúde ou às necessidades de certos grupos específicos. A integralidade seria “uma recusa por parte dos que se engajam na formulação de uma política em reduzir o objeto de suas políticas, ou melhor, de reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem” (MATTOS, 2001, p.59).

O referido autor acrescenta que a “integralidade implica numa recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo” (MATTOS, 2001, p.61). Segundo o autor, a integralidade envolve o estabelecimento de relações entre sujeitos, onde há uma abertura para o diálogo e a possibilidade de estar com o outro sem transformá-lo em objeto de intervenções e/ou de práticas de saúde. É entender que esse outro é sujeito de direitos e, conseqüentemente, tem o direito ao atendimento de suas necessidades de saúde (MATTOS, 2001).

Lacerda e Valla (2005) pontuam que a integralidade do cuidado envolve a apreensão ampliada das necessidades e a conseqüente incorporação da dimensão psicossocial, lidando com o sofrimento não apenas em seu aspecto biomédico.

De acordo com Camargo Júnior (2003) o modelo da biomedicina, centrado nos aspectos biológicos, fragmentado e hierarquizado, é contraditório à proposta da integralidade, e a prática em saúde, baseada nas intervenções individuais e privatista, também é um obstáculo para a conquista da integralidade.

Pensando a integralidade a partir da dimensão do cuidado, Pinheiro e Guizardi (2005) entendem como ação integral o “entre-relações” de pessoas, produto “de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo” (p.21). As autoras assumem a integralidade como prática social, pressupondo o olhar ampliado para as diferentes visões de mundo dos usuários.

A criação da Estratégia Saúde da Família e a consequente inserção do ACS representam um passo importante para se consolidarem práticas pautadas pela integralidade, uma vez que buscam através de seus princípios um olhar ampliado para o processo saúde-doença, priorizando processos de trabalho pautados no cuidado. Por outro lado, não se espera que a criação da ESF dê conta por si só de consolidar tais práticas já que a instituição de princípios não garante o cumprimento dos mesmos, sendo necessário voltar o olhar para o que Merhy (1997) chama de espaço interseção usuário-profissional na tentativa de entender se tal ato de cuidar está pautado pelos princípios da integralidade.

Refletindo sobre as ações dos Agentes Comunitários de Saúde, Guizardi e Pinheiro (2005) apontam que as mesmas têm o potencial diverso ao modelo hegemônico de assistência pela proximidade, pela fala e vivências compartilhadas com os usuários, pela disponibilidade para estar junto e conhecer o cotidiano das famílias. O ACS, segundo os autores, pode ser a voz das experiências e saberes do usuário, apesar de, em alguns momentos, isso poder ser angustiante pela ausência de um saber institucionalizado – o que faz com que muitas vezes o ACS recorra ao discurso científico, na tentativa de consolidar um lugar profissional.

Na perspectiva do processo de trabalho em saúde, levando em consideração o novo modelo de atuação, pautado pelo cuidado, pela integralidade e pela produção do vínculo, a Psicologia Social da Saúde, como um campo da saúde coletiva, tem importantes contribuições a oferecer. Camargo-Borges e Cardoso (2005) apontam que a Psicologia Social da Saúde traz conceitos potentes e propostas de ações que compartilham com pressupostos da ESF, tais como: a construção de um fazer coletivo; a contextualidade e a interação com ações construídas coletivamente a partir da imprevisibilidade do cotidiano; a produção do vínculo; e a construção de espaços mais democráticos de convivência. Neste sentido, Camargo-Borges (2002) aponta que trabalhar com a proposta da ESF requer uma inversão da lógica do cuidado – menos técnico e mais relacional – tanto entre equipe-usuário quanto entre os membros da equipe – e nesse âmbito a Psicologia detém conhecimentos que podem contribuir para a superação do modelo biomédico.

## **1.2. Do visitador sanitário ao agente de saúde: a inserção de um novo profissional da saúde na atenção primária**

As últimas décadas têm sido marcadas por tentativas de reorganização da assistência à saúde tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento. Busca-se analisar as diferentes ordens de determinações que incidem sobre o setor saúde, repensando elementos contraditórios de difícil superação, como, por exemplo, as inovações científicas e tecnológicas na área da saúde, acarretando custos crescentes da atenção em saúde ao mesmo tempo em que há necessidade de extensão da assistência à população (SILVA; DALMASO, 2002).

O contraste existente no cenário brasileiro na década de setenta - de um lado a dominância de uma medicina de custo elevado e de intenso consumo por uma parte privilegiada da população e de outro um imenso número de pessoas com necessidades básicas de saúde sem acesso ao atendimento - desencadeou movimentos que apostaram na atenção primária como forma de amenizar as desigualdades no acesso a serviços de saúde (SILVA; DALMASO, 2002).

Cabe ressaltar que tais movimentos não constituem exclusividade do cenário brasileiro, ou seja, o Brasil compartilha discussões que ocorreram internacionalmente sobre a viabilidade da expansão dos serviços de saúde através do investimento na atenção primária à saúde. Dentre essas discussões destaca-se a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada em 1978 em Alma-Ata. No relatório final de tal Conferência, elegeram-se os cuidados primários à saúde como meios principais para que todos pudessem alcançar um padrão de saúde aceitável num futuro próximo (WHO/UNICEF, 1978).

Sendo assim, nos anos setenta, coincidindo com a emergência no cenário internacional da proposta da Atenção Primária à Saúde, implantaram-se programas de extensão de cobertura da assistência à saúde, inicialmente concebidos como programas de Atenção Primária Seletiva, ou seja, programas específicos para populações pobres, com o uso de tecnologias simples e de baixo custo e pessoal com baixa qualificação profissional (MENDES, 2002). Anteriormente à proposta de expansão da cobertura da assistência à saúde, alguns programas já haviam sido implantados e contavam com mão de obra sem especialização.

Procedo a uma breve explanação do contexto histórico da implantação dos programas de extensão de cobertura da assistência à saúde no Brasil, incluindo os programas que

anteriormente a esse período tinham também como estratégia a inserção de trabalhadores sem formação específica na área da saúde. O fato de não exigir tal formação facilita a proposta de expansão desses programas, uma vez que a oferta de mão de obra que não tem o ensino superior é maior e ameniza o problema de encontrar profissionais dispostos a se locomoverem para áreas com poucos recursos.

A primeira iniciativa de incorporação de mão de obra não especializada na saúde foi do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942 na região Amazônica. O SESP contava com a figura dos visitantes sanitários que atuavam no monitoramento da situação de saúde dos indivíduos – especialmente de gestantes e crianças – e na prevenção e controle de doenças específicas. A criação do SESP, inicialmente, dirigiu-se às populações trabalhadoras nas áreas de extração de matéria-prima de interesse durante a guerra contra a Alemanha, focalizando suas ações na prevenção de doenças transmissíveis (SILVA; DALMASO, 2002).

Já na década de setenta, a primeira experiência no desenvolvimento dos programas de extensão da cobertura da assistência médica ocorreu através do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), instituído para a região Nordeste do País em 1976 e expandido nacionalmente em 1980. Tal Programa tinha como finalidade implantar uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades consideradas pequenas com até vinte mil habitantes, bem como contribuir para a melhora do nível de saúde da população através de práticas que envolviam desde questões ambientais até problemas sanitários que exigiam a atenção médica individual (SILVA; DALMASO, 2002).

O PIASS incorporou a ideia dos visitantes sanitários do SESP, mas tais profissionais passaram a ser denominados agentes ou auxiliares de saúde, tendo algumas atribuições similares às dos visitantes sanitários. Os auxiliares de saúde do PIASS tinham como objetivo a diminuição da marginalidade social e produtiva, expandindo estruturas básicas de saúde para populações de extrema pobreza. Eram recrutados na própria comunidade onde iriam trabalhar e deveriam realizar um trabalho de incentivo à população no apoio e cumprimento das ações propostas pelas unidades de saúde (SILVA; DALMASO, 2002).

Num quadro marcado pela ocorrência de seca de grandes proporções; condições epidemiológicas desfavoráveis; baixo acesso a empregos; dificuldade em fixar profissionais de saúde em localidades sem recursos sociais, econômicos e de lazer; e necessidade de atender às recomendações da Organização Mundial de Saúde de buscar opções viáveis para amenizar os problemas de saúde, foi criado, no Ceará, o Programa de Agentes de Saúde (PAS). O objetivo geral do PAS seria aumentar a capacidade da população de cuidar de sua própria saúde através da inserção do agente de saúde. Esperava-se também a redução do risco

de mortes ligadas ao parto, o incentivo ao aleitamento materno e a redução de mortes por desidratação causada pela diarreia (SILVA; DALMASO, 2002).

Devido aos resultados satisfatórios na redução da mortalidade infantil no Ceará, tal Programa foi premiado pelo UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância – e, portanto, perdeu seu caráter provisório, sendo alvo de investimentos políticos (SILVA, 1997).

Por pressões das entidades representativas da enfermagem – por entenderem que a inserção do agente de saúde poderia comprometer a assistência à saúde pela ausência de qualificação profissional e supervisão adequada e pelo receio de que tais agentes pudessem ser criados para substituir o profissional de enfermagem – o enfermeiro foi eleito o responsável pela supervisão do trabalho do agente de saúde, e pela sua profissionalização (SILVA, 1997).

Analisando a posição ocupada pelos agentes de saúde, Silva (1997) pontua que os mesmos teriam uma posição estratégica junto à comunidade através do acesso aos domicílios e por estarem ligados às famílias por laços afetivos ou até mesmo de parentesco. Acrescenta que, profissionalmente, o agente de saúde estaria no ponto limítrofe entre a enfermagem e o serviço social por realizar tanto ações biomédicas quanto ações de organização comunitária. A experiência do PAS, pelos seus resultados satisfatórios, foi expandida nacionalmente em 1992, passando a denominar-se Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (SILVA; DALMASO, 2002).

Lima e Moura (2005) apontam que o PACS foi criado numa perspectiva preventcionista, na tentativa de resolver a dificuldade de acesso aos serviços e a falta de credibilidade na prestação dos serviços públicos de saúde, de informações sobre cuidados básicos de saúde e de resolutividade na atenção à saúde. Além disso, a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é descrita como mediadora e articuladora entre serviços de saúde e comunidade, tentando diminuir a ausência de identificação entre ambas. No PACS, as visitas domiciliares são realizadas com o intuito de alterar a forma de organização dos serviços em saúde, não esperando a demanda surgir espontaneamente, mas agindo sobre a mesma preventivamente (VIANA; DAL POZ, 1998).

Apesar das repercussões positivas do PACS tais como a ampliação do acesso à atenção básica em saúde, Mendes (2002) aponta que tal Programa, isoladamente, mantém o caráter de atenção primária seletiva dos demais programas, sendo incompatível com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, de equidade e de integralidade. Além disso, sua operacionalização gerou uma demanda maior por serviços de

saúde e, conseqüentemente, a necessidade de referências para serviços de saúde com densidade tecnológica maior.

Na tentativa de disseminar as propostas bem sucedidas do PACS e de modificar algumas de suas incongruências e tomando a Atenção Básica como eixo de reestruturação do modelo assistencial, o Ministério da Saúde cria, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1998). Focalizado em ações de prevenção da doença e promoção da saúde voltadas aos indivíduos e à família, de forma integral e contínua, o PSF tem o objetivo de reestruturar o modelo assistencial na perspectiva de contemplar os princípios do SUS, fugindo do modelo tradicional de assistência à saúde centralizado na doença e no hospital, em práticas curativas e de alto custo (BRASIL, 2002). Nesse sentido, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) a Saúde da Família é a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica que tem como fundamentos e diretrizes: adscrever o território, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade; possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; integrar ações programáticas e demanda espontânea e articular as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejar as diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território; e trabalhar de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe.

A constituição da equipe da Saúde da Família deve ser minimamente composta por médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. O número de ACSs

deve ser necessário para cobrir toda a população cadastrada na área de abrangência da ESF, com o máximo de 12 ACSs por equipe.

A equipe deve realizar um levantamento de indicadores epidemiológicos e socioeconômicos, através de visitas domiciliares, realizando o cadastramento das famílias na área de abrangência e o seu contínuo acompanhamento, visando planejar ações em saúde de acordo com a necessidade local (BRASIL, 2000; FRANCO; MERHY, 1999).

Por não compartilhar as especificidades de um “Programa”, não atuando de forma vertical em um grupo ou doenças específicas, entende-se o PSF como sendo uma “Estratégia” que busca reestruturar e reorganizar a atenção primária, viabilizando a execução de propostas e doutrinas do SUS. Sendo assim, adota-se nesse estudo a denominação “Estratégia Saúde da Família” (ESF).

Por considerar que o trabalho em equipe mínima é mais adequado para atender às necessidades de saúde da população, o PACS, atualmente, encontra-se em processo de incorporação à ESF, ou seja, a implantação isolada do PACS dá-se apenas em situações em que há necessidade de uma estratégia transitória que crie condições para implantação futura da ESF (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

A implantação da ESF, porém, não se dá sem desafios. Campos (2007) aponta que apesar da ESF ter como objetivo a operacionalização dos princípios do SUS, tendo em seu discurso teórico o enfoque situacional, dinâmico e singular na compreensão do processo saúde-doença, na sua execução aproxima-se mais de um programa ao definir objetivos e metas através de normatizações, assumindo, assim, características prescritivas que não propiciam um processo de trabalho crítico e reflexivo por parte da equipe.

Nesse sentido, Franco e Merhy (2007) apontam que a simples implantação da ESF não é garantia de mudança do modelo assistencial, uma vez que a mesma depende da conquista da mudança na forma de se prestar o cuidado em saúde e, conseqüentemente, do agir dos profissionais. Tais autores consideram que não é a mudança de forma ou estrutura do modelo que garante práticas usuários-centradas, sendo necessário uma mudança na micropolítica do trabalho, incorporando uma “face humanitária” (p.116) aos processos tecnológicos da saúde, destacando a produção do acolhimento, vínculo e responsabilização enquanto produtores de uma atuação profissional diferenciada.

### 1.3. O Agente Comunitário de Saúde

Conforme já mencionado, atualmente o ACS integra a equipe mínima da ESF. Como atribuições do ACS, o Ministério da Saúde pontua: o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas. Para cumprir suas atribuições, o ACS deve realizar: a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; o registro de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; a realização de visitas domiciliares periódicas, para monitoramento de situações de risco à família e participação em ações que fortaleçam os elos entre setor da saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Na mesma direção a Portaria n.º 2.488 (Brasil, 2011) que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, descreve como atribuições específicas do ACS: trabalhar com adscrição de famílias em microáreas; realizar o cadastro de todas as famílias de sua microárea e mantê-lo atualizado; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; acompanhar através das visitas domiciliares todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade; realizar ações visando integrar a equipe de saúde e a população adscrita; estar em contato permanente com as famílias e desenvolver ações educativas, com o objetivo de promover a saúde e prevenir doenças; e desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, e de vigilância à saúde através das visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas realizadas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada especialmente a respeito de situações de risco.

Com relação às visitas domiciliares, a referida Portaria estabelece que as mesmas devem ser programadas em conjunto com a equipe, levando-se em consideração os critérios de risco e vulnerabilidade de forma que as famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, adotando a média de uma visita mensal por família.

O manual de autoria do Ministério da Saúde intitulado “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde” (Brasil, 2009) descreve o ACS como um “agente de mudança” (p.23), enfatizando seu papel de extensão dos serviços de saúde dentro da comunidade e de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários através de uma postura “vigilante” (p.24).



A atuação do ACS no PACS e na ESF está atrelada a concepções de saúde ampliadas que incluam determinantes não apenas biomédicos, mas determinantes biopsicossociais através de um olhar para toda a família e não apenas sobre o indivíduo. Os ACSs têm como especificidades: a necessidade de pertencerem à comunidade em que trabalham e não terem como exigência para o ingresso na profissão a conclusão prévia de curso técnico específico na área da saúde. Pressupõe-se que pertencer à comunidade é sinônimo de compartilhamento do universo cultural e linguístico e de familiaridade com os problemas da comunidade, o que, por sua vez, permite realizar ações de educação em saúde, identificação de fatores de adoecimento e proposição de estratégias consideradas mais eficazes, resultando numa maior eficiência de ações e na conquista de confiança dessa comunidade (NUNES et al., 2002).

O reconhecimento da categoria profissional do ACS efetivou-se em 2002 através da lei nº 10.507. Com a regulamentação das atividades do ACS através da lei nº 11.350, publicada em 2006, o candidato ao cargo de ACS deve, além de residir na área em que irá atuar, ter concluído o Ensino Fundamental e concluir com aproveitamento o curso introdutório de formação inicial e continuada (BRASIL, 2002; 2006).

No ano de 2004, o Ministério da Saúde juntamente com o Ministério da Educação, buscando a elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional, investiram na profissionalização do ACS e publicaram o Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004). Em tal documento, ressalta-se a necessidade de valorização da singularidade profissional do ACS enquanto profissional da saúde com interface na assistência social, educação e meio ambiente. Como perfil requerido ao final do curso, o documento descreve que

“esses profissionais deverão ter potencializadas suas capacidades de aumentar o vínculo entre as equipes de saúde e as famílias/comunidade, de facilitar o acesso dos usuários ao sistema de saúde e de liderança, avançando em direção à autonomia dos sujeitos em relação à própria saúde e à responsabilização coletiva pela promoção da saúde de indivíduos, grupos e meio ambiente. Além disto, o curso deverá reforçar o importante papel social do técnico agente comunitário de saúde de atuar como mediador entre distintas esferas da organização da vida social” (p. 18).

Além disso, o referido documento salienta a importância do saber-ser do ACS, descrito como a produção de si, transversal a todas as competências e expressa pela capacidade de crítica, reflexão, ética e mudança ativa em si mesmo e nas suas práticas. Segundo o documento, a produção de si engloba: interagir com os indivíduos e seu grupo social, com coletividades e a população; respeitar valores culturais e individualidades ao

pensar e propor práticas de saúde; buscar alternativas frente a adversidades, com postura ativa; recorrer à equipe de trabalho para a solução ou encaminhamento de problemas identificados; levar em conta a pertinência, oportunidade e precisão das ações e procedimentos que realiza, considerando indivíduos, grupos e população a que se refere a prática profissional; colocar-se em equipe de trabalho em prol da organização e eficácia das práticas em saúde; e pensar criticamente seus compromissos e responsabilidades como cidadão e trabalhador.

Sobre as relações de trabalho, Lima e Moura (2005) enfatizam que grande parte delas eram terceirizadas, inexistindo vínculos empregatícios diretos com o Estado, sendo que, algumas vezes, os contratos eram apenas verbais com recebimento de salário mensal sem obrigações sociais e sem direitos vinculados a um contrato formal. Atualmente, a lei n 11.350 institui que toda contratação de ACS deverá ser precedida de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, vedando a contratação temporária ou terceirizada de ACS, exceto em situações emergenciais de combate a surtos endêmicos (BRASIL, 2006).

O trabalho do ACS motivou a realização de estudos que discutem o seu papel. Silva (2001) em estudo realizado através de análise documental, da observação direta do trabalho dos ACSs e de entrevistas com os mesmos, profissionais da ESF e responsáveis pela implantação da ESF na região metropolitana de São Paulo, analisa a identidade do ACS sob duas perspectivas: agente institucional (identificado com exigências advindas de ser um agente num sistema de saúde) e agente da comunidade (identificado com ações de solidariedade e preocupação com o bem-estar da comunidade), ressaltando a presença concomitante das duas perspectivas dependendo das situações vivenciadas no cotidiano do seu trabalho. Ressalta, porém, a predominância do polo técnico de sua ação – que seria o trabalho na instituição e de assistência à comunidade, em consequência de fatores como reconhecimento social do trabalho, possibilidades de apoio da equipe de saúde e referência no que o ACS considera trabalho e identidade ocupacional. A inserção do ACS, segundo a autora, corresponderia a uma tentativa de juntar a dimensão técnica do trabalho – que diz respeito à resolutividade técnica (como o acesso ao serviço) – com a dimensão política – que envolveria as ações para amenizar exclusões sociais e de cidadania.

Em estudo sobre a construção da identidade dos ACSs da Bahia a partir de sua inserção na equipe da ESF e da interação com os moradores, realizado através de grupos focais com membros da comunidade, Nunes et al. (2002) apontam a dupla inserção do ACS como viabilizadora de um papel híbrido e polifônico do mesmo. Na medida em que deve realizar trocas entre saberes populares de saúde e saberes médico-científicos, o ACS pode ser

veículo de contradições (e também de um diálogo profundo entre esses dois saberes) já que convive com a realidade e práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha e também com práticas pautadas por referenciais biomédicos.

Seabra (2006) realizou um estudo com objetivo de compreender o papel do ACS na visão da equipe da ESF, na condição de membro da equipe e usuário da mesma unidade de saúde na qual trabalha. Através de entrevistas com médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, a autora realiza um trabalho descritivo das atuações dos diversos profissionais na ESF e aponta que o ACS é descrito predominantemente como um elo entre a comunidade e o serviço de saúde, sendo responsável por trazer contribuições do saber do senso comum aos profissionais da equipe. A autora aponta a dificuldade dos profissionais da saúde em incorporar o ACS à equipe de saúde, diferenciando “a gente” – que compõe a equipe de saúde – do “agente” – que seria um agente externo à equipe.

Bornstein (2007) em estudo realizado através de análise documental, de observação participante e de entrevistas com ACS, médicos e enfermeiros da ESF, analisa a mediação entre o conhecimento técnico-científico e o conhecimento popular, vivenciados pelos ACSs em seu processo de trabalho. A autora pontua que a mediação é favorecida pela vinculação do ACS com a população local, facilitando a identificação e o diálogo entre eles. Para diferenciar as mediações a autora constrói uma tipologia, concluindo que as mediações praticadas pelos ACSs são muitas vezes contraditórias: dependem em parte de opções individuais e em parte de cobranças institucionais que privilegiam uma mediação “convencedora” ou “reprodutora” em detrimento de uma mediação “transformadora”. Nesse sentido, práticas mediadoras, centradas no convencimento a seguir normas e numa educação vertical e autoritária, perderiam seu poder democrático de abrir-se ao reconhecimento da existência de diversos saberes sobre a saúde.

Destacam-se também estudos realizados, especificamente, sobre o trabalho do ACS. Pupin (2008), Pupin e Cardoso (2008), a partir da análise de entrevistas com ACSs, pontua que os ACSs participantes descrevem concepções ampliadas de saúde e concepções do trabalho que incluem tecnologias leves (tais como escuta, acolhimento e vínculo) o que demonstra a preocupação com práticas humanizadas, mas, por outro lado, tais tecnologias são muitas vezes descritas como não suficientes em si mesmas, carecendo de práticas complementares mais técnicas como prescrições, orientações e resolução de problemas. Além disso, de acordo com Pupin e Cardoso (2011) o trabalho de ACS foi descrito como permeado de sobrecarga, tanto em relação às exigências impostas ao trabalho e a pouca valorização,

quanto em relação a atuações que envolvem lidar com o diferente e com uma equipe de saúde descrita como tal apenas quando há laços de amizade ou afinidade entre seus membros.

Alguns estudos analisam o trabalho do ACS a partir de seu papel educativo. Trapé (2005), através da análise de entrevistas individuais e de grupos focais realizados com ACSs, afirma que tanto a concepção teórica sobre educação em saúde quanto a *práxis* do ACS estão marcadas por oscilações entre características mais transformadoras e práticas criativas e características conservadoras e práticas reiterativas, sendo esta última a predominante.

Na mesma direção, Flores (2007) em estudo sobre a formação dos ACSs como educadores em saúde, através de entrevistas coletivas realizadas com os mesmos, com profissionais da ESF, com coordenadores do PACS e com usuários, pontua a existência de uma contraposição entre o que o autor denomina de “currículo estabelecido” (o que formalmente se espera da atuação do ACS) e o que denomina de “currículo praticado” (as práticas efetivamente exercidas pelos ACSs). O autor acrescenta que o ACS, ao centrar sua prática em ações de cunho preventivo, informativo, no cuidado e no desenvolvimento de hábitos saudáveis, exerce uma solidariedade ainda restrita e pouco ligada à politização da comunidade, ou seja, uma ação de mediação das relações sociedade civil/sociedade política.

Dentre os estudos que analisam a relação entre ACSs e usuários da ESF, destaca-se o realizado por Seoane (2007) focalizando as percepções dos usuários sobre a privacidade e a confidencialidade das informações que os mesmos compartilham com os ACSs nas visitas domiciliares. Tal autora aponta que os usuários podem compartilhar informações pessoais com os ACSs – abrindo mão de seu direito à privacidade das informações – na tentativa de facilitar ou manter o seu acesso aos serviços de saúde.

Considera-se que o trabalho do ACS vem se reconfigurando a partir de sua prática cotidiana e, diante disso, buscou-se sistematizar um estudo que lançasse um olhar para tal trabalho na perspectiva dos demais profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família e dos usuários da Estratégia Saúde da Família.

## **2. OBJETIVOS**

---



Este estudo tem como objetivo geral analisar as concepções de profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família e de usuários de tal Estratégia a respeito do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

Como objetivos específicos, tem-se:

- analisar quais atividades são consideradas responsabilidade do ACS;
- analisar as atividades que os profissionais de saúde consideram que o ACS exerce na Equipe de Saúde da Família e na comunidade;
- analisar as atividades que os usuários consideram que o ACS desempenha na comunidade em que reside e na Equipe de Saúde da Família;
- analisar quais conhecimentos são considerados relevantes ao ACS no exercício de suas atividades, na ótica de profissionais e de usuários da ESF.





### **3. MÉTODO**

---



### 3.1. Percurso metodológico – a escolha do local do estudo

O município de Ribeirão Preto encontra-se dividido em cinco Distritos de Saúde, a saber: Norte, Sul, Central, Leste e Oeste. Tal divisão tem como objetivo compatibilizar as necessidades advindas do crescimento do município com a melhora do acesso aos serviços de saúde. Os Distritos são regiões com áreas e populações definidas a partir de critérios econômicos, sociais e geográficos. Cada Distrito tem uma Unidade Básica Distrital de Saúde que funciona como referência de algumas especialidades para as Unidades Básicas de Saúde pertencentes ao mesmo e uma Universidade eleita corresponsável por cada Distrito (RIBEIRÃO PRETO, 2008).

Foi realizado um levantamento de todas as equipes de Saúde da Família existentes na cidade de Ribeirão Preto/SP (RIBEIRÃO PRETO, 2008). Optou-se por realizar a pesquisa no Distrito Oeste, uma vez que o mesmo é corresponsabilidade do município e da Universidade de São Paulo. Tal Distrito é composto por uma Unidade Básica Distrital de Saúde, um Centro de Saúde Escola, um Centro Médico Social Comunitário, seis Unidades Básicas de Saúde e nove Unidades de Saúde da Família (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

O critério de seleção das equipes participantes do estudo foi a existência da ESF (excluindo, portanto, os PACS pela inexistência de uma equipe multiprofissional), o tempo de implantação da mesma e o tempo de trabalho dos profissionais na equipe. Foram incluídas como possíveis participantes do estudo equipes da ESF funcionando há pelo menos dois anos e cujos profissionais trabalhassem na ESF por pelo menos um ano, por possibilitar um convívio entre os participantes do estudo com os ACSs, diferentemente de equipes recém-implantadas nas quais as concepções poderiam mais facilmente estar baseadas em idealizações pela ausência do convívio no trabalho.

Através de contato telefônico com as Unidades Básicas de Saúde que contavam com ESF para atualização e conferência das informações obtidas através do site da Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto (RIBEIRÃO PRETO, 2008), constatou-se que quatro equipes de ESF foram implantadas há mais de dois anos, optando-se, assim, por considerar tais equipes como possíveis participantes do estudo.

O projeto de pesquisa de Doutorado foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (CEP/CSE/FMRP – USP) para apreciação do mesmo.

Os responsáveis pelo Comitê de Ética em Pesquisa referido encaminharam uma cópia do projeto aos quatro Núcleos de Saúde da Família descritos como possíveis colaboradores no estudo para a apreciação do projeto e a análise da viabilidade da inserção da pesquisadora em cada Núcleo de Saúde da Família.

Os coordenadores ou responsáveis por cada núcleo entraram em contato telefônico com a pesquisadora com o objetivo de agendar uma apresentação oral do projeto numa reunião administrativa da Unidade (que acontecia todas as sextas-feiras no período da manhã).

Foram agendadas essas apresentações de acordo com a disponibilidade de horários de cada Núcleo de Saúde da Família. Cabe ressaltar que três dos Núcleos de Saúde da Família demandaram essa apresentação oral e um deles enviou uma autorização escrita para a realização da pesquisa ao Comitê de Ética sem solicitar tal apresentação.

A apresentação oral do projeto aos Núcleos centrou-se na explicitação dos objetivos do estudo, nas considerações éticas, na metodologia adotada, nas possíveis contribuições que tal estudo poderia fazer e no esclarecimento de dúvidas quanto à realização do estudo. Além disso, esse foi um momento de avaliação da aceitação da pesquisa em cada Núcleo de Saúde da Família.

Após o consentimento de todos os Núcleos de Saúde da Família para a realização da pesquisa o projeto foi reavaliado pelo referido Comitê de Ética, sendo o mesmo aprovado - Processo nº 307/CEP/CSE-FMRP-USP (ANEXO A).

Posteriormente, já com a aprovação do Comitê de Ética, procedeu-se a um novo contato com todos os Núcleos de Saúde da Família considerados possíveis colaboradores do estudo visando coletar informações relevantes para a seleção de dois Núcleos colaboradores.

As informações coletadas foram a respeito do tempo de trabalho de cada profissional no Núcleo de Saúde da Família e buscou-se avaliar a disponibilidade das equipes para a realização da pesquisa. Optou-se por utilizar o tempo de trabalho dos profissionais da equipe de no mínimo um ano na ESF como critério de seleção dos Núcleos colaboradores, por ter como objetivo analisar as concepções do trabalho do ACS a partir da convivência de profissionais e usuários com os mesmos. Além do critério de tempo de trabalho dos profissionais, avaliou-se a disponibilidade e receptividade das equipes para com a pesquisa, por considerar tais fatores fundamentais para o desenvolvimento do estudo.

O Quadro 1 apresenta as informações referentes ao tempo de trabalho dos profissionais das quatro equipes de Saúde da Família, coletadas em reuniões das referidas equipes.

**Quadro 1 – Tempo de trabalho dos profissionais das equipes dos Núcleos de Saúde da Família**

| <b>Profissão</b>              | <b>Tempo de trabalho NSF</b> | <b>Trabalho anterior em ESF</b> |
|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| <b>Núcleo A</b>               |                              |                                 |
| <i>ACS 1</i>                  | <i>9 anos</i>                | <i>Não</i>                      |
| <i>ACS 2</i>                  | <i>6 anos</i>                | <i>Não</i>                      |
| <i>ACS 3</i>                  | <i>1 ano e 11 meses</i>      | <i>Não</i>                      |
| <i>ACS 4</i>                  | <i>5 anos</i>                | <i>Não</i>                      |
| <i>Auxiliar de Enfermagem</i> | <i>7 anos</i>                | <i>6 meses</i>                  |
| <i>Auxiliar de Enfermagem</i> | <i>4 anos e 6 meses</i>      | <i>2 anos</i>                   |
| <i>Médico</i>                 | <i>8 anos e 14 dias</i>      | <i>1 ano e meio</i>             |
| <i>Enfermeiro</i>             | <i>10 anos</i>               | <i>Não</i>                      |
| <b>Núcleo B</b>               |                              |                                 |
| <i>ACS1</i>                   | <i>8 anos</i>                | <i>Não</i>                      |
| <i>ACS 2</i>                  | <i>6 anos</i>                | <i>Não</i>                      |
| <i>ACS 3</i>                  | <i>5 anos</i>                | <i>Não</i>                      |
| <i>ACS 4</i>                  | <i>6 anos</i>                | <i>Não</i>                      |
| <i>Auxiliar de Enfermagem</i> | <i>7 meses</i>               | <i>2 anos</i>                   |
| <i>Auxiliar de Enfermagem</i> | <i>8 anos</i>                | <i>1 ano e 7 meses</i>          |
| <i>Médico</i>                 | <i>6 meses</i>               | <i>6 meses</i>                  |
| <i>Enfermeiro 1</i>           | <i>5 anos</i>                | <i>Não</i>                      |
| <i>Enfermeira 2</i>           | <i>1 mês</i>                 | <i>Não</i>                      |
| <b>Núcleo C</b>               |                              |                                 |
| <i>ACS 1</i>                  | <i>3 anos</i>                | <i>Não</i>                      |
| <i>ACS 2</i>                  | <i>5 anos e 11 meses</i>     | <i>Não</i>                      |
| <i>ACS 3</i>                  | <i>7 anos e 1 mês</i>        | <i>Não</i>                      |
| <i>ACS 4</i>                  | <i>7 anos e 2 meses</i>      | <i>Não</i>                      |
| <i>ACS 5</i>                  | <i>7 anos e 10 meses</i>     | <i>Não</i>                      |
| <i>Auxiliar de Enfermagem</i> | <i>2 anos e 4 meses</i>      | <i>6 anos</i>                   |
| <i>Auxiliar de Enfermagem</i> | <i>7 anos</i>                | <i>Não</i>                      |
| <i>Médico</i>                 | <i>2 anos e 5 meses</i>      | <i>8 meses</i>                  |
| <i>Enfermeira</i>             | <i>7 anos e 11 meses</i>     | <i>Não</i>                      |
| <b>Núcleo D</b>               |                              |                                 |
| <i>ACS 1</i>                  | <i>3 anos e 4 meses</i>      | <i>Não</i>                      |
| <i>ACS 2</i>                  | <i>7anos e 10 meses</i>      | <i>Não</i>                      |
| <i>ACS 3</i>                  | <i>6 anos</i>                | <i>Não</i>                      |
| <i>ACS4</i>                   | <i>2 anos</i>                | <i>Não</i>                      |
| <i>Auxiliar de enfermagem</i> | <i>7 anos e 11 meses</i>     | <i>1 ano e 8 meses</i>          |
| <i>Auxiliar de enfermagem</i> | <i>7 anos</i>                | <i>1 ano</i>                    |
| <i>Médico</i>                 | <i>2 anos e 4 meses</i>      | <i>5 anos e 5 meses</i>         |
| <i>Enfermeira</i>             | <i>1 ano e 6 meses</i>       | <i>Não</i>                      |

Durante a apresentação do projeto em todos os Núcleos, a pesquisadora observou e, posteriormente, registrou comentários dos profissionais de cada equipe que pudessem explicitar o interesse ou resistência quanto ao desenvolvimento do estudo em suas Unidades.

No Núcleo de Saúde da Família A os profissionais da saúde riram quando foi explicitado que o critério de seleção de um Núcleo colaborador seria o tempo de trabalho dos

profissionais, afirmando que as pesquisas sempre “sobravam para eles” (sic) por serem os que tinham mais tempo de trabalho em Saúde da Família. Uma das profissionais relatou que havia um grande número de alunos que acompanhavam o trabalho do Agente Comunitário de Saúde e ficava na dúvida se a pesquisadora conseguiria acompanhar um dia de trabalho dos mesmos devido a essa sobrecarga de alunos estagiários acompanhando os ACSs nas visitas domiciliares. A referida profissional acrescentou que isso poderia atrasar a coleta de dados e enfatizou que, para além do tempo de trabalho dos profissionais, fosse levado em consideração esse apontamento na seleção do referido Núcleo. Essa mesma profissional da saúde relatou que havia várias pesquisas sendo realizadas neste Núcleo e temia que os usuários ficassem “muito remexidos” (sic) pela quantidade de pesquisas das quais participavam. Percebeu-se, assim, muita resistência dos profissionais de nível superior (médico e enfermeiro) quanto à realização da pesquisa nesta Unidade.

No Núcleo de Saúde da Família B as manifestações de resistência à pesquisa partiram das próprias ACSs. Uma delas relatou estar cansada de ser acompanhada por alunos e que sentia falta de estar sozinha nas visitas domiciliares para poder conversar melhor com o usuário, acrescentando acreditar que a presença do aluno interferia na qualidade da visita domiciliar. Outra ACS disse que havia muitos alunos para elas darem “assistência” (sic) e que a pesquisadora não poderia ir junto com os alunos porque seriam muitas pessoas para entrar numa casa (ela citou como exemplo a casa de um usuário que era pequena e que ela mal conseguia entrar sozinha nesta residência). No referido Núcleo uma enfermeira não contemplou o tempo mínimo de um ano de trabalho na ESF.

O Núcleo de Saúde da Família C manteve uma postura investigativa durante a apresentação do projeto. Os profissionais perguntaram minuciosamente sobre a metodologia do projeto, realizaram comentários produtivos sobre as perspectivas futuras do estudo, ou seja, no que o estudo poderia contribuir, especialmente no que se referia às concepções dos usuários a respeito do trabalho do ACS (sobre esse assunto uma ACS comentou – “eles vão responder que a gente tem que levar receita, remédio e marcar consulta pra eles” (sic)). A coordenadora fez a ressalva de que, se o Núcleo fosse o escolhido, seria necessária a apresentação dos resultados após o término do estudo, ressaltando que muitos pesquisadores coletavam os dados e não retornavam à Unidade para apresentá-los. A pesquisadora firmou o compromisso de apresentar os dados da pesquisa após a realização da mesma independente do Núcleo selecionado. No referido Núcleo, todos os profissionais contemplaram o tempo mínimo de trabalho na ESF.

O Núcleo de Saúde da Família D não exigiu a apresentação oral do projeto. A pesquisadora, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, entrou em contato com a

enfermeira responsável para agendar uma apresentação do projeto e coletar as informações sobre o tempo de trabalho dos profissionais. A apresentação foi realizada e nenhum comentário ou dúvidas foram feitos em relação à pesquisa por parte dos profissionais da saúde. Após a apresentação, uma das profissionais disse que o Núcleo estava “de portas abertas” (sic) para a pesquisa e considerava que os usuários também seriam receptivos, já que eles recebiam muito bem o ACS e qualquer outro profissional que os visitava. No referido Núcleo, todos os profissionais contemplaram o tempo mínimo de um ano de trabalho na ESF.

Tendo em vista os critérios estabelecidos, foram selecionados os Núcleos C e D. Tais Núcleos foram selecionados por contemplarem o critério de tempo de trabalho mínimo dos profissionais na ESF de um ano e, ainda, por demonstrarem disponibilidade e receptividade para com a pesquisa.

### **3.2. Os Núcleos de Saúde da Família participantes**

#### **3.2.1. Núcleo de Saúde da Família C**

O Núcleo de Saúde da Família C na época da realização do estudo contava com a equipe mínima composta por médico, enfermeira, duas auxiliares de enfermagem (uma delas contratada durante minha inserção na Unidade para a coleta de dados, tendo em vista que uma das auxiliares de enfermagem que trabalhava na Unidade na época da coleta das informações a respeito do tempo de trabalho dos profissionais no Núcleo não trabalhava mais no referido Núcleo), cinco agentes comunitárias de saúde e uma dentista com contrato de oito horas semanais. Participavam das atividades da Unidade uma aprimorada de Psicologia, três residentes de Medicina, docentes e alunos do curso de Odontologia, Enfermagem, Fonoaudiologia, Medicina e Fisioterapia. A participação e a inserção desses profissionais nas atividades do Núcleo eram bastante variadas.

A área de abrangência de tal Núcleo encontrava-se dividida em cinco microáreas – uma microárea por agente comunitária de saúde. Apesar da proximidade entre as microáreas, as mesmas não possuíam características semelhantes: uma delas destoava das demais por englobar uma área de favela que não contava com rede de água e esgoto disponível em todas as residências.

As proximidades da área de abrangência do Núcleo C contavam com três escolas estaduais, três escolas municipais de Ensino Infantil (CEMEI), duas organizações religiosas (uma católica e uma evangélica) e uma praça ampla, arborizada e muito utilizada pela comunidade para realização de caminhadas diárias e para diversas brincadeiras infantis. Além disso, contava com pequenos mercados de alimentos e hortaliças e um número considerável de bares.

O Núcleo de Saúde da Família C tinha 729 famílias cadastradas. Cabe ressaltar que o motivo destacado pelas ACSs para o não cadastramento de todas as famílias era o fato de algumas possuírem plano privado de saúde e não se interessarem pelo cadastramento. Na sala dos agentes comunitários de saúde havia um quadro com as anotações referentes aos usuários hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças menores de um ano e crianças menores de dois anos que era constantemente atualizado. No geral, 405 usuários eram diagnosticados com hipertensão arterial, 118 eram diagnosticados com diabetes, 18 eram gestantes e 63 eram crianças menores de dois anos. Nota-se que o Núcleo de Saúde da Família C era predominantemente composto por uma população adulta, com um número expressivo de idosos.

### **3.2.2. Núcleo de Saúde da Família D**

O Núcleo de Saúde da Família D contava, na época da realização da pesquisa, com uma equipe mínima composta por médico, enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, quatro Agentes Comunitários de Saúde e uma dentista com contrato de oito horas semanais. Participavam das atividades da Unidade uma aprimoranda de Psicologia, três residentes de Medicina, docentes do curso de Enfermagem e Medicina e alunos estagiários dos cursos de Odontologia, Enfermagem, Fisioterapia e Medicina. Assim como no Núcleo de Saúde da Família C, a participação e a inserção desses profissionais nas atividades do Núcleo eram diversas.

A área de abrangência de tal Núcleo encontrava-se dividida em cinco microáreas – uma por agente comunitário de saúde. Na época da realização da pesquisa, uma microárea não estava sendo coberta por ACS e a Unidade encontrava-se em processo seletivo para a contratação de um novo ACS. Enquanto isso, os ACSs que compunham a equipe se revezavam para realizar algumas visitas de urgência na microárea que estava sem ACS, especialmente para realizar a entrega de encaminhamentos ou de lembretes de consultas agendadas. As microáreas possuíam características muito próximas, marcadas pela situação de carência socioeconômica.



Nas proximidades da área de abrangência do Núcleo D havia três Escolas Estaduais de Ensino Básico, três Escolas Municipais de Ensino Infantil e uma Igreja católica. Contava também com uma praça pouco frequentada e em estado de conservação regular e uma extensa área de favela que, na época da realização da coleta de dados, passava por processo de urbanização.

O Núcleo de Saúde da Família D contava com 862 famílias cadastradas. Na sala de reuniões da Unidade havia um quadro com as anotações referentes aos usuários hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças menores de um ano e acamados de cada microárea que passava por constantes atualizações. No geral, 227 usuários eram diagnosticados com hipertensão arterial, 73 eram diagnosticados com diabetes, 28 eram gestantes, 51 eram crianças menores de um ano e 11 eram acamados. O Núcleo de Saúde da Família D era predominantemente composto por usuários mais jovens, com predomínio de crianças.

### **3.3. Procedimento de coleta de dados**

A pesquisadora participou das atividades dos Núcleos de Saúde da Família participantes do estudo. A inserção da pesquisadora no Núcleo de Saúde da Família C deu-se no período de 11/05/2009 a 26/11/2009, totalizando mais de seis meses e no Núcleo de Saúde da Família D a inserção ocorreu no período de 16/04/09 a 24/10/09, totalizando mais de seis meses. Tal participação teve como objetivo facilitar a familiarização da equipe com a pesquisadora e desta com as rotinas e atividades da equipe, na tentativa de aproximar-se o mais possível da situação vivenciada cotidianamente.

#### **3.3.1. As entrevistas**

Tendo em vista o objetivo geral do estudo – analisar as concepções dos profissionais da ESF e dos usuários a respeito do trabalho dos ACSs – optou-se pela realização de entrevistas, por considerá-las um instrumento útil para captar crenças, valores, opiniões e também para compreender relações (NETO, 1994).

A entrevista não é uma tarefa neutra de obtenção de informações. Constitui-se numa interação ativa entre duas ou mais pessoas, envolvendo um processo de negociação, cujos resultados devem ser contextualizados, ou seja, deve-se levar em consideração os elementos interpessoais e sociais que permeiam esta interação (FONTANA; FREY, 2002).

Neste estudo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, compostas por questões norteadoras, mas com liberdade para que o participante pudesse se expressar acerca da temática abordada. As questões norteadoras encontram-se no Apêndice C.

Os participantes foram anteriormente esclarecidos a respeito dos objetivos do estudo, de sua participação voluntária, do respeito ao sigilo quanto à identificação dos participantes e da ausência de danos e riscos decorrentes da participação, da possibilidade de interromper a sua participação a qualquer momento caso desejassem e da liberdade para não responder a assuntos que não quisessem. Todos os participantes leram, juntamente com a pesquisadora, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) antes de assinarem o mesmo.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. O tempo médio de duração de cada entrevista foi de aproximadamente trinta minutos e foram realizadas concomitante à observação participante.

### **3.3.1.a. Participantes das entrevistas**

#### **✓ Profissionais da ESF**

Participaram das entrevistas todos os profissionais que compunham a equipe mínima das duas ESF selecionadas (exceto os ACSs) e que voluntariamente aceitaram participar, a saber: médico (n=2), enfermeiro (n=2), auxiliar de enfermagem (n=2), cirurgião dentista (n=1).

Optou-se por entrevistar todos os profissionais da equipe de Saúde da Família por acreditar que dessa forma tem-se a possibilidade de entrar em contato com a multiplicidade de vozes acerca do trabalho do ACS.

Após um contato mais prolongado com a equipe foram iniciadas as entrevistas, ou seja, a realização das entrevistas não se deu imediatamente após a inserção da pesquisadora

nos Núcleos de Saúde da Família, objetivando construir uma aproximação com os profissionais que minimizasse possíveis ansiedades frente à realização de entrevistas.

As entrevistas foram agendadas previamente com os participantes de acordo com a disponibilidade de horários dos mesmos. Todas as entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos profissionais, garantindo um espaço isolado das demais atividades e dos trabalhadores da ESF. Cabe ressaltar que algumas entrevistas com os profissionais tiveram que ser remar cadas por conta de imprevistos do trabalho realizado no Núcleo ou pelo grande número de pacientes agendados.

Segue o Quadro 2 com as informações a respeito dos profissionais participantes das entrevistas. As informações detalhadas a respeito dos referidos profissionais encontram-se no Apêndice D.

**Quadro 2 – Caracterização sociodemográfica dos profissionais participantes das entrevistas**

| <b>Núcleo C</b>        |             |              |                                |  |                               |
|------------------------|-------------|--------------|--------------------------------|--|-------------------------------|
| <b>Profissional</b>    | <b>Sexo</b> | <b>Idade</b> | <b>Tempo de trabalho na SF</b> | <b>Formação complementar</b>               | <b>Forma de identificação</b> |
| Médico                 | M           | 30 anos      | 2 anos e 6 meses               | Residência em SF                           | Médico – C                    |
| Enfermeira             | F           | 46 anos      | 8 anos                         | Mestrado em Enfermagem                     | Enfermeira – C                |
| Dentista               | F           | 49 anos      | 7 anos                         | Especialização em SF                       | Dentista – C                  |
| Auxiliar de enfermagem | F           | 28 anos      | 7 anos                         | Cursava Enfermagem                         | Auxiliar de enfermagem – C    |
| <b>Núcleo D</b>        |             |              |                                |  |                               |
| <b>Profissional</b>    | <b>Sexo</b> | <b>Idade</b> | <b>Tempo de trabalho na SF</b> | <b>Formação complementar</b>               | <b>Forma de identificação</b> |
| Médico                 | M           | 39 anos      | 7 anos e 9 meses               | Residência em Medicina Geral e Comunitária | Médico - D                    |
| Enfermeira             | F           | 28 anos      | 1 ano e 5 meses                | -  | Enfermeira – D                |
| Auxiliar de enfermagem | F           | 36 anos      | 8 anos                         | -  | Auxiliar de enfermagem – D    |

Apesar dos Agentes Comunitários de Saúde não serem participantes das entrevistas neste estudo, os mesmos foram citados ao longo dos trechos das entrevistas e observações participantes, sendo identificados através da sigla ACS seguida por um número que os diferenciava: ACS1; ACS2; ACS3; ACS4 e ACS5 (os ACSs que trabalhavam no Núcleo C) e ACS6; ACS7; ACS8 e ACS9 (os ACSs que trabalhavam no Núcleo D). Os demais profissionais, quando citados, foram identificados pela função que ocupavam no Núcleo.

### ✓ **Usuários da ESF**

Foram entrevistados usuários da ESF e para tal foram sorteadas duas famílias por ACS. O Núcleo de Saúde da Família C contava em sua equipe com cinco ACSs, sendo sorteadas, portanto, dez famílias (duas famílias de responsabilidade de cada ACS) e o Núcleo de Saúde da Família D contava em sua equipe com quatro ACSs, sendo sorteadas, portanto, oito famílias (duas famílias de responsabilidade de cada ACS), totalizando dezoito entrevistas (n=18).

De acordo com a metodologia qualitativa de pesquisa, que embasa tal estudo, o número de participantes não tem a intenção de ser numericamente representativo do universo pesquisado, mas busca-se o aprofundamento da compreensão do objeto pesquisado (MINAYO, 2004).

A opção pelo sorteio justifica-se pela intenção de selecionar aleatoriamente os usuários participantes, ou seja, pretendeu-se minimizar as possíveis escolhas pelos ACSs de usuários para participarem do estudo. Além disso, optou-se por realizar o sorteio de duas famílias por ACS e não sortear um determinado número de famílias dentre a totalidade das cadastradas, para evitar concentrar um número maior de famílias participantes do estudo que seriam visitadas por um determinado ACS.

Cada família adscrita à ESF possuía um prontuário cadastrado na mesma e para a realização do sorteio pretendia-se utilizar esses prontuários, ou seja, realizar o sorteio através da escolha aleatória de prontuários, porém, no trabalho de campo, os ACSs sugeriram a realização do sorteio a partir de seus cadernos, já que cada ACS possuía um caderno com as anotações das famílias visitadas por eles (uma família por folha). A pesquisadora aceitou a sugestão e, de posse desses cadernos, abria aleatoriamente uma página e sorteava a família participante. Os critérios de exclusão de famílias participantes da entrevista foram: não aceitar

a visita domiciliar do ACS, utilizar exclusivamente serviços de saúde privados e receber a visita domiciliar do ACS num prazo inferior a dois anos. A entrevista foi realizada com o membro da família responsável por receber o ACS no domicílio.

Após o sorteio, a pesquisadora foi até a residência dos sorteados explicar a pesquisa, confirmar os critérios de inclusão do usuário enquanto participante da pesquisa e confirmar o interesse voluntário do mesmo em participar. Cabe ressaltar que em nenhum dos Núcleos o ACS estava presente no momento da realização das entrevistas, mas a equipe do Núcleo de Saúde da Família D colocou como condição para a inserção da pesquisadora na comunidade estar acompanhada pelo ACS pelo fato do local ser de difícil acesso tanto por barreiras físicas (localização das residências) quanto por barreiras sociais (local controlado por traficantes). É interessante acrescentar que os ACSs do referido Núcleo acompanharam a pesquisadora até a residência dos sorteados e ficaram realizando visitas domiciliares próximos da residência em que a entrevista era realizada, aguardando a finalização da mesma para que pesquisadora e ACS pudessem sair juntos do local. O Núcleo C, por sua vez, não exigiu a presença do ACS durante o convite aos usuários, mas impôs como condição para o contato da pesquisadora com os mesmos o uso do jaleco e de um cartão de identificação (no caso o cartão de estudante da pesquisadora).

Mediante a não aceitação do usuário em participar da entrevista, outra família era sorteada. No Núcleo de Saúde da Família D não houve recusas em participar da entrevista. No Núcleo de Saúde da Família C uma usuária se recusou a participar alegando falta de tempo e duas usuárias não foram encontradas em suas residências após quatro tentativas em dias e horários diferentes. Procedeu-se, portanto, ao sorteio de outros três usuários.

Acredita-se que a condição imposta pela equipe do Núcleo D – a presença do ACS juntamente com a pesquisadora no momento de explicar a pesquisa e fazer o convite aos usuários – possa ter influenciado a decisão dos usuários do Núcleo de Saúde da Família D em aceitarem participar da pesquisa.

As entrevistas com os usuários foram realizadas nos domicílios dos mesmos mediante autorização do próprio morador, priorizando o espaço eleito pelo morador para a realização da entrevista.

Seguem abaixo os quadros com alguns dados dos usuários participantes da pesquisa. Cabe ressaltar que, ao longo do trabalho, os usuários foram identificados nos trechos das entrevistas através de um número seguido da letra referente ao Núcleo de Saúde da Família ao qual está vinculado (C ou D). Informações mais detalhadas sobre os usuários participantes da pesquisa encontram-se no Apêndice E.

**Quadro 3 – Caracterização sociodemográfica referente aos usuários do Núcleo C participantes da entrevista**

| Identificação | Sexo | Idade | Estado Civil | Filhos | Escolaridade                        | Profissão             | Tempo que recebeVD |
|---------------|------|-------|--------------|--------|-------------------------------------|-----------------------|--------------------|
| Usuária 1.C   | F    | 48    | Casada       | 2      | 4 <sup>a</sup> série E. Fundamental | Dona de casa          | 7 anos             |
| Usuária 2.C   | F    | 28    | Casada       | 2      | E. Médio Completo                   | Dona de casa          | 2 anos e 8 meses   |
| Usuária 3.C   | F    | 73    | Viúva        | 1      | “Científico”                        | Professora Aposentada | 6 anos             |
| Usuária 4.C   | F    | 55    | Casada       | 1      | E. Fundamental Completo             | Dona de casa          | 7 anos             |
| Usuária 5.C   | F    | 75    | Casada       | 2      | 4 <sup>a</sup> série E. Fundamental | Costureira Aposentada | 7 anos             |
| Usuário 5.C   | M    | 77    | Casado       | 2      | 7 <sup>a</sup> série E. Fundamental | Aposentado            | 7 anos             |
| Usuária 6.C   | F    | 46    | Casada       | 2      | E. Superior Completo                | Confecciona Enfeites  | 5 anos             |
| Usuária 7.C   | F    | 44    | Casada       | 2      | E. Fundamental Completo             | Dona de casa          | 6 anos             |
| Usuária 8.C   | F    | 34    | Casada       | 2      | 4 <sup>a</sup> série E. Fundamental | Dona de casa          | 2 anos             |
| Usuária 9.C   | F    | 54    | Divorciada   | 1      | E. Fundamental Completo             | Dona de casa          | 3 anos             |
| Usuária 10.C  | F    | 46    | Casada       | 6      | 5 <sup>a</sup> série E. Fundamental | Dona de casa          | 3 anos             |

**Quadro 4 – Caracterização sociodemográfica referente aos usuários do Núcleo D participantes das entrevistas**

| Identificação | Sexo | Idade | Estado Civil | Filhos | Escolaridade                        | Profissão    | Tempo que recebe VD |
|---------------|------|-------|--------------|--------|-------------------------------------|--------------|---------------------|
| Usuária 1.D   | 65   | F     | Casada       | 2      | 6 <sup>a</sup> série E. Fundamental | Dona de casa | 2 anos              |
| Usuária 2.D   | 31   | F     | Casada       | 2      | 3 <sup>a</sup> série E. Fundamental | Dona de casa | 7 anos              |
| Usuária 3.D   | 52   | F     | Casada       | 1      | 7 <sup>a</sup> série E. Fundamental | Dona de casa | 7 anos              |
| Usuária 4.D   | 79   | F     | Viúva        | 2      | 3 <sup>a</sup> série E. Fundamental | Aposentada   | 5 anos              |
| Usuário 5.D   | 56   | M     | Casado       | 2      | Superior Incompleto                 | Aposentado   | 7 anos              |
| Usuária 6.D   | 35   | F     | Casada       | 2      | 4 <sup>a</sup> série E. Fundamental | Dona de casa | 7 anos              |
| Usuária 7.D   | 36   | F     | Casada       | 2      | 4 <sup>a</sup> série E. Fundamental | Dona de casa | 2 anos              |
| Usuária 8.D   | 20   | F     | Solteira     | 0      | E. Médio Completo                   | Estudante    | 7 anos              |

### 3.3.2. A observação participante

A observação participante conceitua-se como observação sistematizada natural de grupos reais ou de comunidades em sua vida cotidiana e que fundamentalmente emprega a estratégia empírica e técnicas de registro qualitativas (DELGADO; GUTIÉRREZ, 1995). A observação, neste estudo, tratou-se de uma observação direta, uma vez que a pesquisadora participou como observadora de atividades específicas realizadas pelos colaboradores da pesquisa.

A observação participante foi utilizada como forma de complementar os dados obtidos através das entrevistas, realizando, assim, a investigação exploratória da interação ACS-equipe e ACS-usuário, de acordo com a rotina das equipes de Saúde da Família. As observações foram seguidas por anotações em diário de campo: em alguns momentos apenas

palavras chaves foram anotadas para posteriormente – no momento o mais breve possível – proceder a anotações mais extensas a respeito do observado. Buscou-se através de tal observação apreender momentos nos quais as interações apontadas pudessem trazer concepções do trabalho do ACS de forma a complementar as entrevistas realizadas. Para tanto foram escolhidas para a realização da observação participante atividades instituídas que envolvem diretamente a participação dos ACSs, a saber: reuniões de equipe, visitas domiciliares, redação de relatórios e atividades de recepção.

### **Reuniões de equipe**

Os Núcleos de Saúde da Família participantes do estudo contavam com a realização diária de reuniões de equipe na qual os Agentes Comunitários de Saúde – e, menos frequentemente, os outros profissionais da equipe e os alunos estagiários – traziam casos de famílias visitadas ou acompanhadas por eles para discutirem com toda a equipe multiprofissional. Tratava-se, portanto, de reuniões de discussão de casos. Tais reuniões aconteciam no período da manhã, das 7h30min às 8h30min e não contavam com a participação de toda a equipe, já que a Unidade de Saúde mantinha suas portas abertas à comunidade, apesar dos atendimentos médicos e da enfermagem começarem somente após o término das reuniões.

Os dois Núcleos participantes do estudo contavam, também, com uma reunião administrativa realizada uma vez por semana, na qual se discutiam questões relativas à unidade de saúde como um todo (suas atividades, suas necessidades, organogramas, eventos, participação de estagiários, autorização da realização de pesquisas na unidade, dentre outros). Tais reuniões aconteciam às sextas-feiras, no período da manhã, das 7h30min às 10h. Cabe ressaltar que nesse período os Núcleos de Saúde da Família ficavam com as portas fechadas à comunidade e todos os profissionais participavam de tais reuniões.

Nos dois Núcleos de Saúde da Família a pesquisadora participou tanto das reuniões de discussão de casos quanto das reuniões administrativas, frequentando, ao longo do período do trabalho de campo, duas reuniões por semana em cada Núcleo de Saúde da Família.



## **Visitas domiciliares**

Diariamente os ACSs realizavam visitas domiciliares às famílias cadastradas na microárea de sua responsabilidade. Nos dois Núcleos de Saúde da Família participantes do estudo tais visitas eram realizadas preferencialmente no período da manhã, logo após o término das reuniões de equipe, aproximadamente das 9h às 11h. Visitas no período da tarde eram evitadas por conta das condições climáticas desfavoráveis (exposição ao sol) e eram realizadas especialmente quando havia urgência (eram consideradas urgências as entregas de encaminhamentos e lembretes de consultas médicas agendadas) ou quando o ACS estava com “as suas visitas atrasadas” (ou seja, os ACSs deveriam preencher um relatório mensal no Sistema de Informação da Atenção Básica que estipulava um determinado número ideal de visitas mensais e os ACSs consideravam-se “atrasados” quando não haviam cumprido o número mínimo de visitas exigidas ao longo do mês).

Dificilmente realizavam-se visitas domiciliares nas manhãs de sexta-feira, reservadas para a reunião administrativa de equipe. Tal reunião tinha um horário de duração mais prolongado, finalizando por volta das dez horas da manhã.

Com relação à observação das visitas domiciliares, a pesquisadora acompanhou cada um dos ACSs por pelo menos cinco períodos completos (manhã). Percebeu-se que alguns ACSs tinham resistências quanto ao fato de serem acompanhados pela pesquisadora em suas visitas domiciliares. Nesse caso, explicitava-se o interesse em conhecer o trabalho realizado e não em avaliar tal trabalho como correto/errado ou bom/ruim. A inserção prolongada da pesquisadora nos Núcleos de Saúde da Família foi determinante para reduzir as resistências de alguns dos ACSs quanto à presença da mesma nas visitas domiciliares.

## **Redação dos relatórios**

Os Agentes Comunitários de Saúde realizavam, sistematicamente, anotações a respeito de todas as visitas domiciliares realizadas. Tais anotações eram efetuadas no prontuário comum das famílias cadastradas (comum no sentido de que todos tinham acesso, já que havia prontuários cujo acesso era permitido aos demais profissionais e não aos Agentes Comunitários de Saúde).

Além das anotações, no Núcleo de Saúde da Família C os ACSs deveriam carimbar logo após o término da redação uma carinha correspondente ao estado que o ACS avaliasse que a família se encontrava (feliz, normal ou triste). Em conversas informais com os ACSs, os mesmos relataram que tais carinhas serviam para chamar a atenção dos demais profissionais para o estado em que se encontrava a família, pressupondo que tais profissionais fossem ler o relato dos ACSs antes da realização dos atendimentos.

Em ambos os Núcleos, os ACSs contavam com uma sala de trabalho para que eles pudessem redigir os relatórios e realizar reuniões entre os ACSs e reuniões dos ACSs com a enfermeira. A pesquisadora esteve presente nos momentos em que os ACSs ficavam na sala redigindo o relatório das visitas realizadas. Tal trabalho era realizado prioritariamente a tarde e dificilmente todos os ACSs estavam presentes juntos na sala realizando tal trabalho – o que configurava dinâmicas bem diversas pela presença e/ou ausência de determinados ACSs. Cabe ressaltar que tais dinâmicas não foram frutos de análise, mas não se descarta a importância de estudos sobre o relacionamento entre os ACSs.

A presença da pesquisadora nesse espaço também viabilizou um contato mais próximo com os ACSs, o que permitiu que, por diversas vezes, os mesmos desabafassem sobre insatisfações quanto às condições de trabalho, dificuldades na realização do trabalho e no trabalho em equipe.

### **Atividades de recepção**

Os Agentes Comunitários de Saúde também participavam das atividades de recepção dos Núcleos, ajudando os auxiliares de enfermagem no trabalho realizado pelos mesmos.

No Núcleo de Saúde da Família C tal atividade era realizada voluntariamente e nem todos os ACSs participavam, ou seja, o ACS se disponibilizava a ajudar quando percebia que o auxiliar de enfermagem estava sobrecarregado. Por outro lado, no Núcleo de Saúde da Família D tal atividade era sistematizada, isto é, havia uma escala de participação dos ACSs nas atividades de recepção e cada ACS era responsável por ajudar nas atividades da recepção em um dia da semana.

A pesquisadora participou como observadora das atividades realizadas na recepção pelos ACSs. Tais atividades consistiam em: atendimento ao usuário que chegava à Unidade de Saúde – verificando a demanda do usuário (consulta agendada ou eventual) e separando os

prontuários do usuário para o médico pegar no momento da consulta; atendimento de telefone; e, exclusivamente no Núcleo de Saúde da Família D, os ACSs realizavam remarcação de consultas e/ou retornos e orientação dos usuários na pós-consulta (ao sair do consultório médico alguns usuários perguntavam aos ACSs o que eles deveriam fazer e estes orientavam a respeito dos medicamentos receitados e disponíveis na rede de serviços públicos e orientavam a respeito do local onde alguns pacientes deveriam realizar determinados exames).

Outras atividades também foram objeto de observação participante, porém eram atividades realizadas pontualmente, a saber: reunião de todos os ACSs do município com o prefeito municipal para pressioná-lo quanto às questões do trabalho do ACS, entrega de convites de atividades realizadas pelos Núcleos para os usuários, participação em atividades de promoção de saúde, dentre outros. Apesar da presença da pesquisadora nessas outras atividades da equipe, ressalta-se que, conforme apontado anteriormente, foram sistematicamente registradas para a análise pormenorizada as reuniões de discussão de casos de famílias, as reuniões administrativas, as visitas domiciliares realizadas e os momentos de ajuda do ACS na recepção. Todos os registros das observações foram feitos através de diário de campo.

Na tentativa de diferenciar os trechos relativos às observações participantes dos trechos relativos às entrevistas, no tópico Resultados, apresentam-se os mesmos ao longo do trabalho da seguinte forma: os trechos frutos das observações participantes encontram-se em *itálico*, seguidos pelas informações do momento observado, do Núcleo de Saúde da Família e da data; e os trechos das entrevistas foram apresentados em fonte normal, seguidos pelas informações da pessoa entrevistada (usuário ou profissional) e do Núcleo do faz parte (C ou D).

### **3.4. Procedimento de análise dos dados**

No presente estudo, optou-se pela Abordagem Qualitativa em pesquisa. Segundo Minayo (2004) as metodologias de pesquisa qualitativa são “capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.” (p.10).

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

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

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

A Análise de Conteúdo é composta por três etapas, a saber:

✓ Pré-análise: consiste na leitura flutuante dos textos, tomando contato exaustivo com o material e com seu conteúdo. Nessa etapa, realiza-se a constituição do *corpus*, organizando o material na tentativa de responder a normas de validade – exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência;

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

✓ Tratamento dos resultados e interpretação: a partir da categorização, recortes e agrupamentos elaborados realizam-se inferências, isto é, interpretações sobre o conteúdo que se pretende analisar.

Neste estudo, optou-se pela análise temática, consistindo a mesma em explicitar os núcleos de sentidos que compõem a comunicação e cuja presença signifique algo ao objetivo analítico proposto. Segundo Bardin (1977) o tema é:

a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. O texto pode ser recortado em ideias constituintes, em enunciados e em proposições portadores de significações isoláveis (p.105).

Todas as entrevistas foram analisadas, mas cabe ressaltar que nem todas as atividades fruto da observação participante foram fruto de análise. Após um primeiro contato com todo o material registrado, foram selecionadas descrições que contemplam a interação de todos os diferentes ACSs com a equipe de ESF e com os usuários, interações estas permeadas pelas concepções que tais profissionais e usuários tivessem do trabalho do ACS – objetivo do presente estudo. O critério de seleção das reuniões, das visitas domiciliares e dos momentos de ajuda na recepção para a análise foi o fato das mesmas serem consideradas pela pesquisadora como relevantes na complementação dos dados obtidos nas entrevistas a respeito das concepções de profissionais e usuários sobre o trabalho do ACS.



## **4. RESULTADOS**

---





A análise das entrevistas com os usuários e profissionais da saúde permitiu a emergência dos seguintes temas: “Processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde” e “Identidade do Agente Comunitário de Saúde: origem e formação de um trabalhador em suas especificidades”. Tais temas foram subdivididos em subtemas, pormenorizados ao longo do estudo.

#### **4.1. Processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde**

O processo de trabalho nos permite uma aproximação da produção do cuidado entendida aqui como não restrita apenas ao uso das técnicas em saúde, mas englobando as interações subjetivas e intersubjetivas que ocorrem nas práticas em saúde. Ayres (2004) propõe analisar o cuidado em saúde como um constructo filosófico e uma atitude prática que envolve a interação dos sujeitos e a busca do alívio de um sofrimento, mediada por saberes.

A proposta da ESF relativa ao trabalho do ACS de focalização em território específico e de construção de relações próximas entre equipe e comunidade através do estabelecimento do vínculo e produção de acolhimento pretende constituir a lógica do cuidado baseado na micropolítica dos processos de trabalho, ou seja, nos fazeres cotidianos, nas relações. (Camargo Borges, 2002).

O tema “Processo de trabalho do ACS” refere-se às concepções de usuários e profissionais a respeito do fazer do ACS, que englobou tanto as práticas realizadas na Unidade de Saúde da Família quanto as realizadas na comunidade. Além disso, o tema também abarca as dificuldades enfrentadas pelos ACSs no processo de trabalho.

##### **4.1.1. Visitas domiciliares**

As entrevistas apontam para uma centralidade das visitas domiciliares no trabalho do ACS, sendo consideradas por alguns usuários como trabalho exclusivo do ACS na comunidade.

“Assim, eu só conheço esse trabalho deles: as visitas. As visitas. Eu vejo... todo dia. Pra tudo lugar que a gente anda tem... (risos) tem uma andando. Sempre tem um agente.” (Usuária 1.C)

“só visita. Eu vejo assim, ela só visita as pessoas. Visita eu, visita, visita, visita.” (Usuária 4.D)

Na mesma direção, uma enfermeira, por sua vez, aponta que o trabalho do ACS na comunidade restringe-se, basicamente, à realização das visitas domiciliares.

“bom, com a comunidade, além das visitas delas, dessas coisas... assim, se você for pensar na comunidade como uma coisa, né, eu acho que elas fazem pouca coisa.” (Enfermeira – C)

Segundo os usuários, as visitas domiciliares são realizadas em dois momentos: um de conversas informais e outro de conversas centradas em procedimentos biomédicos (estado de saúde, estado vacinal etc).

“tem mais ou menos um questionário que ela deve seguir, né. Ela chega, ela vem de manhã, né, ela me encontra de manhã, né, e ela procura saber da... da saúde, como é que a gente tá se sentindo, procura saber... os remédios. Aí ela vai falando nome por nome, sabe. E... mas antes ela descontraí a gente, sabe. Antes dela entrar nesses assuntos, a gente conversa um pouco aí depois ela entra, né ‘e você, como é que você tá? Você tá bem? A... você tem consulta pra que dia?’ aí ela já olha e ‘olha, você tem consulta tal dia. Você tem retorno’ conferir se, no caso, você teve e não foi, ela fala ‘porque que você não foi na consulta? O que que aconteceu? E os medicamentos? Você tá tomando... você continua com os mesmos medicamentos?’ aí ela vai citando nome por nome e... aí ela fala ‘ó, tal dia é a próxima consulta, né, não vai esquecer’. Sabe, mas isso tudo com... delicadeza, né, nada de grosseria (risos). (...) Ficar aí ouvindo, às vezes você desabafa, sabe. E às vezes justo na hora que ela tá aqui você tá nervosa, aí você fala ‘ai, sabe, eu ando tão nervosa’ e acaba, sabe, além dela fazer esse trabalho aí da prevenção, elas acaba também escutando muita coisa (risos), né, que é fora, à parte, do que elas estão fazendo. Então, elas estão sempre dispostas a ouvir, né.” (Usuária 9.C)

Sr – Ela pergunta o remédio que a gente toma. Se mudou algum remédio, se não mudou. E se eu to sentindo alguma coisa, ou ela [esposa] tá sentindo alguma coisa. Se tá precisando de um médico, se não tiver, se tá ou não tá. (...) aí que tá tudo pronto, que ela (ACS ) fecha o livro... aí... conversa. (...) e ela já sabe disso, então ela faz a entrevista logo pra... bater um papinho. E ela não leva muito tempo não. (...) eu acho que ela tem muita gente pra visitar.

Sra – é, ela sabe o trabalho dela. Não é dizer que ela conversa demais. Nada disso. (...) mas ela não fala nada do marido não... nem do... do filho... eu é que pergunto, daí ela fala. Da mãe, eu é que pergunto. Senão ela não fala, não. Ela acaba ela quer ir embora, né, fazer o trabalho dela, é claro.

Sr – e daí a gente segura um pouco (risos) (...)

Sr – é, e depois que ela terminar as perguntas, aí a gente conversa, né, sorri... (Usuários 5.C)

Parece haver, na opinião dos usuários, uma cisão entre os assuntos ligados ao que consideram ser o trabalho do ACS (relatar as consultas, retornos, exames etc) e assuntos não relacionados ao trabalho do ACS (falar de coisas da casa, estado de humor, episódios tristes vivenciados e temas do cotidiano). Tal cisão parece estar relacionada à concepção biomédica de saúde, ou seja, sendo o ACS um profissional da saúde ele deve coletar informações sobre consultas, remédios, problemas de saúde, exames etc. Nesse sentido, “outros assuntos” (sic) não poderiam ser considerados como determinantes do processo saúde-doença e parecem estar relacionados a uma conversa informal, sem finalidade para o trabalho do ACS.

Os usuários descrevem que é necessária uma postura mais formal, que possibilite uma relação mais impessoal para permitir ao ACS a realização de seu trabalho – que acreditam ser o de perguntar e escrever as informações que precisa passar ao médico. Os momentos de conversas informais permeiam uma amizade entre ACS e usuário e se afastariam do que o usuário considera ser a atitude profissional do ACS. Apesar do usuário descrever a importância da conversa informal, preserva o espaço das “perguntas” (sic) do ACS, só podendo se descontraír após o ACS realizar seu trabalho de perguntar a respeito do estado de saúde dos moradores, como se conversar informalmente sobre a vida e suas dificuldades não fosse falar sobre sua saúde e não fizesse parte do trabalho do ACS.

Outro ponto interessante é a descrição da forma de organização da visita domiciliar apontada pelo usuário: a “entrevista” (sic) realizada pelo ACS que deve ser rápida para poder “bater um papinho” (sic) também rapidamente já que necessita visitar outras famílias. Por outro lado, o usuário descreve conseguir prolongar o tempo de permanência do ACS na visita domiciliar, “segurando” (sic) o ACS um pouco mais.

Nesse sentido, consideramos que as visitas domiciliares são descritas com parâmetros técnicos bem determinados, ou seja, há parâmetros de questionamentos biomédicos que os ACSs devem seguir que, segundo os usuários, garantiria uma efetividade na realização dessas visitas.

Verri (2007) em estudo realizado sobre as visitas domiciliares aponta que as mesmas focalizam-se nos procedimentos e não na produção do cuidado, ressaltando que quanto mais orientadas pela norma mais distantes estão da proposta da mudança da atenção em saúde. Além disso, a autora questiona o cumprimento burocrático e compulsório das visitas como forma de gerar dependência e controle do usuário, distanciando-se da construção da autonomia.

Assim, inferimos que a concepção dos usuários a respeito das visitas domiciliares configura o trabalho do ACS na direção de uma atuação técnica e, conseqüentemente, coloca

em segundo plano seu papel social. Neste contexto, Nogueira, Silva e Ramos (2000) apontam que o ACS se vê dividido entre a dimensão institucional (técnica) de seu trabalho e a dimensão solidária e social.

Percebe-se, por outro lado, o potencial do usuário de conquistar espaço na relação com o ACS, como no caso abaixo descrito de uma observação de uma visita domiciliar de rotina, em que a usuária começa a relatar o que mais a aflige, mas o ACS interrompe e propõe primeiramente perguntar de todos da família para depois entrar no assunto emergente.

*ACS4 é convidada a entrar e sentar no alpendre. A usuária logo diz que sua sogra está com suspeita de Alzheimer. ACS4 diz 'é?! Ixi. Vamos ver primeiro todos daqui e depois quando chegar nela você me conta tudo' [A ACS propõe seguir a ordem em que o nome dos moradores da casa encontravam-se escritos no seu caderno].*

*A usuária diz que faz tempo que ACS4 não passa lá e ACS4 olha no caderno, fala a data da última visita e explica que estava de férias.*

*ACS4 pergunta se a mulher está bem e ela diz que não está conseguindo dormir por causa da sogra: a sogra não dorme a noite e fica gritando a noite inteira que tem alguém debaixo de sua cama. ACS4 pergunta se a sogra está tomando medicamento para dormir e ela diz que sim e vai buscar os remédios. Ao olhar os remédios, ACS4 diz que um deles é fraco, acrescentando que já tomou tal remédio e que o mesmo serve também para depressão e para tirar dor. A usuária disse que uma conhecida sua tem a mãe com o mesmo problema e disse que esse remédio dá alucinação. ACS4 diz que não sabe se o remédio dá alucinação, mas pode se informar e dizer depois para ela.*

*ACS4 pergunta se ela está tomando remédio para aguentar essa situação e a usuária diz que não e acrescenta que a sogra quer chamar a atenção e um dia a usuária quase falou para a sogra que dava "Tic tac" [bolas que se assemelham a capsulas revestidas] para ela quando ela dizia que estava sentido dor e a sogra dizia que melhorava. ACS4 pergunta por que ela quase falou isso e ela disse que estava irritada pois já tinha dado remédio para dor e a sogra continuava dizendo estar com dor.*

*ACS4 pergunta a reação do marido diante de tudo isso. A usuária diz que ele não fala nada porque ele fica pouco com sua sogra e quando o marido está em casa a sogra fica quietinha, não dá trabalho nenhum.*

*ACS4 pergunta se ela sabe o que vai fazer caso confirme o diagnóstico de Alzheimer e ela diz que não sabe por que nunca teve caso na família. ACS4 diz que seu avô teve e o cuidador sofre demais. ACS4 diz que tudo que falava para ele não fazer ele ia lá e fazia. ACS4 conta que tem um medicamento que se toma para evitar piorar ainda mais a doença, mas quando se conseguiu o medicamento, ele já tinha morrido. A usuária pergunta como consegue o medicamento e ACS4 diz que vai se informar com o médico e depois fala para ela.*

*Saindo da casa a usuária diz que não vê a hora de aposentar e ACS4 pergunta se ela trabalhou fora e ela diz que sim e que parou porque sua filha tinha bronquite e a sogra não quis cuidar da neta. ACS4 diz 'tá vendo como são as coisas, agora cê que cuida dela'.*

*ACS4 diz que vai se informar e volta para falar para ela. Ressalta que qualquer coisa que ela precisar o Núcleo está à disposição. (observação participante; visita domiciliar; 30/07/09; ACS4; Núcleo C)*

O ACS até tenta seguir a ordem dos moradores como constava em seu caderno, mas a usuária consegue retomar o seu problema principal – que afeta direta ou indiretamente todos os moradores da casa. Nesse sentido, apesar da preocupação do ACS em preencher as informações no seu caderno, a usuária consegue romper com a lógica proposta pelo ACS e relatar o que considerava importante e que, posteriormente, é partilhado pelo ACS. Sendo assim, mesmo com a existência de parâmetros técnicos que o ACS pretendia seguir, a usuária conquista o espaço para deixar emergir o vivencial. É importante salientar que não consideramos que a técnica deva ser abolida, muito pelo contrário, a técnica é essencial na prática do trabalho em saúde, mas enfatizamos que a técnica deve pressupor o encontro entre as pessoas e levar em consideração a singularidade das mesmas.

Ressalta-se também que, diante de situações descritas pelos usuários sobre suas vivências, os ACSs respondem às mesmas através do relato de experiências pessoais semelhantes – como no caso em que o ACS diz também ter tido experiências na família com parentes portadores de Alzheimer, relata a existência de um medicamento que controla a doença, avalia um medicamento como “fraco” (sic) por já ter utilizado o mesmo e relata a experiência de sofrimento do cuidador.

Em estudo realizado por Silva e Dalmaso (2002) na região metropolitana de São Paulo, os ACSs apontaram uma insuficiência técnica do saber em relação ao seu objeto de trabalho, recorrendo, nesses casos, a religião e a experiências pessoais como forma de ajuda ao outro.

Ferraz e Aerts (2005) apontam que, apesar de algumas experiências pessoais do ACS facilitarem o trabalho com as famílias – como o fato de já terem passado pela maternidade/paternidade, nem sempre o que deu certo numa experiência pessoal é o adequado para a comunidade assistida pelo ACS, ressaltando a importância da educação permanente e supervisão constante do trabalho do ACS.

Considera-se que passar por uma experiência semelhante à vivenciada pelos usuários, podendo entender os sentimentos despertados por tal vivência e ser fonte de apoio ao usuário pela escuta e compreensão dos sentimentos é diferente de utilizar-se da experiência pessoal para orientar o usuário a realizar procedimentos que o próprio ACS fez. Neste sentido, reitera-se a necessidade de discussão em equipe dos casos acompanhados pelos ACSs, considerando que outros olhares podem visualizar novos caminhos de ajuda ao usuário. A visita domiciliar não deveria ser caracterizada como um trabalho exclusivo e realizado isoladamente pelo ACS.

Além de responder através de suas experiências pessoais, o ACS também parece ter a descrição da situação/problema numa única perspectiva, ou seja, apenas um usuário é quem relata a situação ao ACS.

*Durante uma visita domiciliar, uma senhora diz 'ai, mas é um problema atrás do outro'. E a ACS4 pergunta o que tá acontecendo. A senhora diz que o marido de sua filha trata mal o seu neto (que é filho só de sua filha) e diz que não suporta ver essa diferença. Diz que sua filha fala que não tem diferença, mas a senhora percebe a diferença. Cita que seu outro neto (filho dos dois) vai e pega um monte de chicletes e quando o outro neto vai pegar o marido de sua filha não deixa. A ACS escuta a usuária, mas muda de assunto, perguntando das condições de saúde de cada membro da família: de seus dois filhos que estão fazendo regime, de seu marido e de seus netos. A senhora diz que sua filha amamenta os dois filhos juntos e acrescenta 'ela é uma boa chocadeira, mas na hora que os filhos crescem ela não dá conta'. Ao retomar o assunto dos netos a senhora comenta que briga muito com sua filha por conta dessa diferença relatada. A senhora cita que diz para a filha que quer estar viva para ver seus dois filhos (os netos da senhora) jogarem na cara dela (da mãe dos netos) toda essa diferença que eles sofrem e depois que falou a senhora se arrepende de falar isso e chora muito. A ACS diz que não deve ser fácil para ela ver os netos sofrerem isso e acrescenta 'eles dizem que vó é mãe duas vezes, então você deve sentir duas vezes'. A senhora concorda. A ACS pergunta da escola das crianças e ela diz que está tudo bem e que o neto mais velho melhorou muito e ela fala para a mãe dele sempre elogiar ele e não ficar só apontando os erros. Pergunta quem vai na reunião das crianças e ela diz que vai na do neto mais velho e da neta quem vai é a mãe 'porque senão eu também não dou conta. Ela que é mãe, né. Tem que ir'. (observação participante; visita domiciliar; 14/05/09; ACS 4; Núcleo C).*

No caso da usuária que acredita que sua filha faz diferença entre seus netos, a filha não é ouvida pelo ACS – o que poderia ampliar a visão do ACS sobre a situação/problema nas suas diversas perspectivas.

Silva e Dalmaso (2002) apontam que além da tendência dos ACSs centrarem as ações realizadas durante as visitas domiciliares em apenas um membro da família, o ACS quando mantém contato com outros indivíduos da família sua abordagem não considera a dinâmica familiar, mas isoladamente os indivíduos que habitam o mesmo domicílio.

Consideramos que tal observação participante permite repensar a forma de realizar as visitas domiciliares: normalmente o ACS elege um membro da família como o responsável por estabelecer o vínculo com ele. Acreditamos que restringir o contato do ACS a apenas um membro da família pode empobrecer o olhar do ACS a respeito da dinâmica familiar, uma vez que o mesmo deixa de entrar em contato com a possível diversidade de perspectivas trazidas por outros membros da família. Com isso, não estamos propondo que o ACS deva sempre realizar a escuta a todos os membros da família em todas as famílias sob sua responsabilidade,

mas sim diante de especificidades como a relatada acima, buscando, na prática do trabalho e com ajuda da equipe, captar a diversidade sem focar seu trabalho na busca de verdades.

#### 4.1.1.1. As finalidades das visitas domiciliares

Tanto usuários quanto profissionais pontuam diferentes concepções para a finalidade das visitas domiciliares, a saber: informativa; entrega a domicílio; escuta e fiscalizadora.

##### A) Informativa

Uma das finalidades apontadas para a realização da visita domiciliar pelo ACS é a informativa. Num primeiro momento, a função informativa engloba a coleta de informações a respeito dos usuários, especialmente sobre o estado de saúde dos mesmos e sobre as consultas e exames já realizados e os agendados.

“ela perguntava do meu marido, dos meus meninos... assim, pergunta como que eles tá de saúde, se tem retorno, assim, pergunta isso daí, que isso é dela mesmo. Acho que o agente é pra isso: perguntar se tem retorno, se não tá com nenhum problema, se tá bem. (...) se tá bem de saúde, se tem retorno, quando é o retorno, se tem alguma consulta, se não tem nenhum problema de saúde naquele, naquele tempo de quando ela veio até agora que ela voltou de novo.” (Usuária 2.D)

“visita as casas, visita eu de vez em quando. Ela pergunta se a vó tá bem. Ela é uma menina, assim, ela se interessa pra saúde das pessoas. (...) ela se preocupa com a saúde das pessoas. (...) ela pergunta da saúde. Como que a vó tá, a vó tá passando bem. (...) E é isso que ela fala. (...) Ela só pergunta. (...) ela não faz nada. Ela só pergunta como é que tá, se precisar de ajuda a vó liga... nesse sentido, mas ela não faz ginástica, ela nunca me deu remédio” (Usuária 4.D)

“a finalidade da visita é (...) é... coletar, hã... dados é... básicos: quantas pessoas, quem é quem, a idade, tá, se tem alguma profissão, se tá trabalhando, as doenças que a pessoa refere que ela tem, os medicamentos e tratamentos que ela faz. A parte da criança: das vacinas se tão em dia. Hã... das mulheres: se fez exames preventivos, o papanicolau, ... fazem planejamento familiar. Hã... dos homens se tem algum problema de saúde, né, a parte do trabalho em si.” (Médico - D)

O ACS é descrito como coletor de informações dos usuários. Os questionamentos dos ACSs, segundo os usuários, parecem centrar-se em aspectos biomédicos, ou seja, pressão arterial, situação vacinal, doenças do coração, uso de medicação etc.

Além disso, o trabalho de coletar as informações é descrito como “não faz nada” (sic) em contraposição às práticas concretas como prescrever medicação, levar remédios e realizar exercícios de fisioterapia. Nesse sentido, o trabalho do ACS seria o de verificar se a pessoa está ou não precisando de ajuda (práticas concretas/biomédicas), mas não é o próprio ACS quem oferece tal ajuda. A escuta do ACS parece ter sentido só quando relacionada a uma busca por profissionais capazes de oferecer serviços aos usuários, e o encontro entre o ACS e o usuário parece desvitalizado em relação a sua potência de acompanhamento longitudinal, formação de vínculo e politização.

Sendo assim, apesar da produção do cuidado do ACS ser proposta levando em consideração, além das práticas individuais, o contexto social comunitário, descreve-se o trabalho do ACS na comunidade como um trabalho individualizado, ou seja, o ACS não trabalha com uma comunidade e em prol da mesma, mas trabalha dentro de cada família individualmente perguntando seu estado de saúde e oferecendo serviços. Nesse sentido, a comunidade é pensada como um local de trabalho e não como um sujeito político.

A observação participante de visita domiciliar de rotina confirma que a interação do ACS com o usuário baseou-se na coleta de informações, principalmente a respeito de retornos, remédios e vacinas.

*ACS1 pergunta como a usuária está e ela diz que está bem. ACS1 confirma os remédios que a usuária relatou estar tomando na última visita domiciliar realizada que estavam anotados em seu caderno. Ela diz que vai pegar as receitas. Pega e mostra para ACS1 que vê e fala que um remédio ela não está mais tomando e a usuária diz “eu não te falei? Parei já. To só com a insulina. Você não deu baixa aí?” e ACS1 responde que não e a mulher diz “pode dar baixa aí já”. (observação participante; visita domiciliar; 07/07/09; ACS1; Núcleo C)*

*Numa visita para cadastramento ACS5 começa explicando o que é o Núcleo de Saúde da Família. A ACS começa explicando o papel do médico generalista: ‘cuidar da cabeça aos pés’, acrescentando que tal médico prestará assistência médica a todos os membros da família, mas ressalta o sigilo médico afirmando que as informações obtidas pelo médico sobre cada membro não serão compartilhadas com ninguém da família.*

*ACS5 diz que ela vai passar todo mês para conversar com ela e ver se está tudo bem, se está tomando o remédio direito, se está com consulta marcada ou retorno e para saber se está precisando de alguma coisa. ACS5 diz que ela pode não se sentir a vontade para falar certos assuntos e pode chegar e falar para ACS5 que não quer falar sobre isso.*



*ACS5 também explica o cadastro e que a partir do cadastro ela já pode ir ao Núcleo marcar consulta. (observação participante; visita domiciliar para cadastro de novo usuário; 07/08/09; ACS5; Núcleo C)*

O ACS acompanha o uso de medicação pelo usuário o qual descreve que o trabalho do ACS é “dar baixa” (sic) nas informações coletadas nas visitas domiciliares. Além disso, no momento da realização do cadastro o próprio ACS, ao explicar ao usuário que irá visitá-lo mensalmente para obter informações sobre consultas, retornos e remédios, já delimita, no primeiro contato, o que espera para os próximos encontros com o mesmo, ou seja, obter informações biomédicas.

Alguns usuários e profissionais ressaltaram que a finalidade de coletar informações seria a transmissão das mesmas aos demais membros da equipe, especialmente ao médico/ “chefe” (sic).

“eu acho assim, é um estudo sobre o que eles viram ali, aonde vão poder ajudar, aonde vão poder encaminhar, né. Porque é claro que ela não vai... ela vem aqui, apanha, ela deve lá, entregar tudo lá pro chefe, pro... o... principal ali, o médico ali, que é preciso ter uma orientação de como pode ajudar aquele indivíduo, né. É isso que eu penso.” (Usuária 3.C)

“eu acho... eu penso que deve ser assim: que depois que eles chegam eles devem fazer uma reunião pra saber quem foi que visitou, quem tava em casa, quem não tava. ‘não, depois a gente vai nessa casa pra saber... não, ó, na casa da fulana tá acontecendo isso. Lá tem um problema assim. Tá precisando de uma gaze, tá precisando de um curativo, tá precisando de um encaminhamento’. Eu não sei como é que é, mas deve ser assim. (...) porque elas anotam **tudo**. Tudo que a gente comenta com elas, elas anota. Então eu acho que deve passar pra alguém essa anotação. Porque elas... depois elas não vão apagar, porque depois na hora que a gente chega pra consulta, a médica ‘não, porque tava acontecendo isso, isso e isso. E o seu problema, e esse problema? Como...’ então eu acho que elas devem comentar com alguém lá dentro (risos). (...)Aí... é uma pessoa, assim, eu acho que se não tivesse os agentes comunitários, eu acho que seria mais difícil dos médicos poder acompanhar o histórico da gente, porque eu acho que através deles... eu não sei como funciona, mas eu acho que depois que eles chegam eles devem fazer uma reunião pra saber como que tá. ‘ah, como que tá o fulano? Como que tá o...?’ (...) Porque tem pra alguém... eles tem que prestar o serviço pra alguém. (Usuária 6.D)

“as informações que eles trazem, né, uma pressão que a gente tá vendo sempre alta, às vezes uma gravidez que já chegam e ‘ó, o paciente tá em atraso, não quer fazer gesta [teste de gravidez]’. Demandam pra gente tá indo fazer essa visita. Já aconteceu de uma paciente que tava gestante e queria fazer aborto e falou pro agente comunitário ‘eu vou fazer aborto’ e a agente comunitária veio pedir ajuda e eu fui até a casa e a gente conversou muito com essa paciente. E, assim, eu lembro quando a gente falava pra ela assim ‘dá o nenê embora. Você não quer o nenê? Dá embora. Porque se você fizer isso você vai por a sua vida em risco’. Quer dizer, foi uma demanda da

agente comunitário. E daí o nenê nasceu e ela tinha dois meninos e veio uma menina e é a paixão da vida dela. Então, assim, eu acho que isso é muito válido. É o que eu te falei onde tem a diferença de trabalhar com o agente comunitário, porque às vezes a gente não ia nem saber que essa mulher tava gestante, ia tentar um aborto, às vezes acontece alguma coisa mais séria com ela, com o bebê.” (Auxiliar de Enfermagem - C)

Relata-se que os dados captados pelo ACS são levados ao “chefe” (sic), médico, descrito também como o principal da equipe, como forma de “prestar contas” (sic) das informações coletadas e para o mesmo dizer ao ACS como orientar e ajudar o usuário. Nesse sentido, o ACS é descrito, pelos usuários, como um coletor de informações para o médico que, por sua vez, detém o saber sobre como ajudar cada usuário. Sendo assim, segundo os usuários, têm-se uma hierarquização quanto à importância dos profissionais da equipe: o médico é o chefe, principal e detentor do saber e o ACS é o subordinado que trabalha para o chefe, já que não detém o saber.

Uma profissional pontua que o ACS pode trazer dados da realidade vivida pelos usuários que fazem diferença na atuação de toda a equipe, como, por exemplo, no caso descrito por uma auxiliar de enfermagem na qual as informações trazidas pelo ACS viabilizou a atuação de toda a equipe na modificação de uma ideia acerca de um aborto.

Para além da funcionalidade das informações trazidas pelos ACSs, Trape e Soares (2007) tecem críticas a respeito do fato de que grande parte do trabalho do ACS tem características de um trabalho instrumental, resumindo-se em “trazer e levar” informações da comunidade para a equipe e vice-versa.

Para além das informações técnicas/formais alguns profissionais pontuam que o ACS capta, através do vínculo estabelecido com os usuários, a dinâmica familiar e comunitária.

“nas visitas ele traz para a equipe o olhar, né, a percepção da família de um modo mais real, né, mais real até do que a consulta individual, do que... você pode tá com um paciente no consultório, ele pode te falar mil coisas, colocar... né, se você dar um tempo pra ele, ele fala mesmo (...) eu acho que essa visão da comunidade, do modo de ser dos pacientes que eles trazem, isso é importante, esse trabalho é o que realmente faz a diferença. (...) então essa... essa experiência que ele traz, essa visão dele é importante pra poder enxergar mais esse paciente como um todo, não só o pouco ali que ele conversa comigo ou nas consultas individuais, entende? Então é isso que eu acho, enriquece o meu trabalho nesse sentido, né, de maior conhecimento das pessoas e das famílias, da comunidade. Então é isso.” (Dentista - C)

“essa visita na casa, ela possibilita ver o local onde a pessoa mora, entender hmm... melhor qual que é a dinâmica das pessoas que vivem naquela casa, da família, né. Isso cria, vai criando com a frequência das visitas uma intimidade saudável, positiva, né, e... e ele traz todas essas informações –

lógico que na visão dele – traz as informações é... pra equipe, dentro dos horários de discussões de família ou mesmo fora de horário, pega um profissional e conversa com ele, passa o que ele... o que ele encontrou, o que ele viu numa visita, né. (Médico - C)

“E... acho que fazer esse vínculo também, né, com as pessoas e entre a equipe e as pessoas, né, fazer esse papel de olhos e ouvidos da equipe, então eu acho que esse é o principal trabalho das agentes (...) eu acho que a principal finalidade do trabalho do agente comunitário é mesmo fazer essa ligação com a equipe. Fazer esse papel. Eu sempre digo, por exemplo, que eu conheço a minha comunidade, mas conheço graças a elas, né, que elas que me trazem as informações, quem são as pessoas, onde eles moram, como eles moram. Porque eu... eu em oito anos que eu to aqui não consegui visitar todas as famílias ainda, né. Mas eu sei porque elas olham e me trazem a informação. (...) A gente troca essa informação. Então eu acho que o principal trabalho delas é mesmo essa coisa de trazer as informações pra equipe através dessa busca domiciliar que elas fazem.” (Enfermeiro - C)

O vínculo estabelecido permite ao ACS uma inserção diferenciada nas famílias acompanhadas, o que facilita o contato com vivências que, segundo os profissionais, dificilmente seriam compartilhadas com os demais membros da equipe. O ACS é descrito, portanto, como o responsável por captar, através do vínculo estabelecido, “a realidade” vivida pela família, ou seja, dados relativos às vivências comunitárias e familiares.

Por outro lado, trazer informações para o restante da equipe é, segundo uma enfermeira, constituir-se em “olho e ouvidos da equipe” (sic). Nesse sentido, o ACS parece exercer uma vigilância em relação à comunidade, informando à equipe tudo o que acontece com os usuários. A equipe conhece a realidade de alguns usuários apenas através das informações fornecidas pelos ACSs.

Ferraz e Aerts (2004) em estudo sobre o papel do ACS na visão da equipe de saúde, descrevem que a equipe considera o ACS o elo entre ela e a comunidade, função facilitada pelo fato do ACS fazer parte da comunidade e conseguir trazer e levar informações dela para a equipe. As autoras questionam se o ACS exerce função de elo atuando como coletor de informações, como informante ou como membro da equipe que executa a busca ativa, ressaltando a importância dele ser um elo que interage com toda a corrente e não apenas interligar duas partes separadas.

Consideramos que o foco do trabalho das visitas domiciliares na busca de informações pelo ACS parece cindir e delimitar funções específicas para o trabalho de cada profissional da equipe: ao ACS caberia conhecer a realidade dos usuários/família/comunidade e aos demais profissionais caberia atuar tecnicamente mediante a ciência de tais informações.

Apesar da transmissão de informações ser valorizada pelos profissionais, os médicos pontuam que tais informações carregam a visão pessoal do ACS sobre a realidade vivida pelos usuários, cabendo ao profissional captar o caráter objetivo das informações, retirando a intersubjetividade presente.

“bom, de imediato assim, o que eu penso é que a própria discussão de família, que a gente tem de manhã elas contribuem muito pro serviço médico, tá, porque trazem, assim, assuntos de relevância, claro que – como você viu, né – às vezes com um certo apelo emocional que deixa a gente até um pouco preocupado e tal. (...) Mas de qualquer forma ajuda no sentido de que a gente também participa, fica sabendo qual que é o contexto da família, tenta ajudar da melhor forma possível o indivíduo e a família como um todo.” (Médico - C)

“às vezes o agente, ele interpreta uma situação dentro da... da... formação cultural dele, né, ele não é... ele não tem formação é... de enfermagem nem médica, né, então muitas vezes ele cria uma fantasia na cabeça dele que ele viu e traz em discussão. Então, o nosso papel na discussão de família é mostrar pra ele o que é realmente aquilo que aconteceu, que tá acontecendo com aquela pessoa, né, e porque que foi tomada essa conduta e não outra, porque ele traz também, como ele vive na comunidade, ele traz uma cultura da comunidade aqui dentro. Então, muitas vezes essa cultura, ela tá equivocada em alguns assuntos e a gente tem que fazer, trabalhar com ele, né, pra depois ele devolver a informação pra família, informação correta. As pessoas reclamam muito ‘ah, porque o médico fez isso, a enfermeira fez aquilo, porque que não fez isso?’ a gente depois mostra né ‘ó, a gente não fez isso por causa disso, porque o problema dele é esse e não é esse, né’. Não tem jeito de você é... tirar isso da pessoa, isso é da formação dele, da pessoa humana.” (Médico - D)

Segundo o médico, deter uma formação médica ou de enfermagem evitaria que o ACS interpretasse determinadas situações baseado em “fantasias” (sic). Ter a formação cultural do ACS e basear-se nela para atuar é, segundo o médico, por vezes equivocar-se, cabendo aos profissionais que detêm a formação biomédica “corrigir” os ACSs. Nesse sentido, o trabalho em saúde parece estar assentado na dicotomia certo/errado e saber/não saber, sendo os demais profissionais da equipe de saúde os detentores do saber que se distanciam do ACS pela hierarquização possibilitada por tal dicotomia.

Ainda a respeito da finalidade informativa das visitas domiciliares, aponta-se também a função de oferecer informações aos usuários a partir de questionamentos de seu estado de saúde. Tal trabalho é descrito como sendo o trabalho de orientar, acompanhar e prevenir.

“então, aqui é a... a orientação, a prevenção, né, e... dos moradores, né. E é isso daí. (...) [ajuda] nas orientações. A... ela procura saber se a gente continua tomando remédio, se você tá tomando, se você tá com algum tipo de problema e... (...) Então, é uma orientação e... acaba deixando a gente

mais segura, sabe. E... é... a gente não se sente, assim, abandonada, né, porque de vez em quando a gente tem problema e é... uma ajuda, né, a mais que eles dão, né, porque não somos nós que estamos indo atrás deles, eles que estão vindo atrás da gente, né, vamos dizer, e no caso é a gente que tá precisando, né. (...) te orientando, né. Te orientando a procurar a... a saúde, a procurar o médico, a... assim o meio mais fácil (...) Então elas, a função delas é isso daí: é através delas a gente ter um acesso mais fácil ao médico, né, e de ter... porque ela ali, ela já tem a relação da... dos problemas que você tem – acredito eu – com ela. (...) Eu... eu... teve um tempo, né, que eu tava com uma tosse, né, eu tive um problema médico e aí já fazia mais de um mês. Aí eu perguntei pra ela e ela falou ‘não, imagina, vai aqui no Núcleo. Procura um médico, né. Pra você saber’. E de dente, né, eu tenho problema de travar a boca e eu to acabando tudo com os meus dentes e esses dias eu quebrei dormindo um dente. Aí a ACS2 passou e a gente conversando e tudo aí eu falei pra ela ‘ai, esses dias eu quebrei um dente, né’ e ela falou ‘não, vai lá’ e eu nem sabia que tinha dentista e ela falou ‘não, você vai na dentista.’ (...) Quer dizer, foi ela, né, porque se ela não tivesse falado pra mim, mesmo a gente tando aqui pertinho, né, eu não tava sabendo, eu não sabia. Então você fica sabendo de muitas coisas é... através delas, né.” (Usuária 9.C)

“elas passam pra orientação. Tá sempre orientando a gente, pra saber se tá acontecendo algum... se você tá com algum problema de saúde, se você tá bem, né, elas perguntam como que tá, quem tem problema de pressão, né, vê a idade... até a idade elas pergunta de novo. (...) ela pergunta de todos... de todo mundo: o que que tá acontecendo, se tá bem, o que que... se tem alguma consulta marcada ela avisa ‘ó, a tua consulta tá marcada’, ela tenta orientar a gente o máximo possível. (...) porque às vezes a gente tá com uma consulta agendada e elas não deixam a gente perder porque elas passam e falam ‘ó, você tem uma consulta’. (...) Ela (ACS) marca lá (no caderno) quando tem retorno, o que que ela vai fazer. (...) ajuda, porque às vezes... é igual eu te falei às vezes é... você vê que dona de casa, né, tem criança na escola, tem marido trabalhando, tem horário, você esquece... eu já perdi... às vezes eu já perdi consulta. Aí ela passou aqui e falou ‘mas você tinha uma consulta’ e eu falei ‘ai... agora já foi’. Você esquece, né, então eles estão sempre assim... às vezes ela passa... ela faz questão de passar... se ela saber que a gente tem consulta, às vezes ela passa avisando que você tem a consulta, entendeu? Então não deixa você perder a consulta. (...) um dia que eu tava com problema, né, aí elas... foi bom que elas veio aquele dia porque eu não tava sabendo o que eu ia fazer, né. Aí elas falaram pra mim ‘não, vai lá no postinho que o doutor X. (cita o nome do médico) ou alguém te atende, né’. E foi assim que eu mudei pra cá, eu não sabia se podia ir. Pra mim era lá na X. (cita o nome do Ambulatório de Especialidades), mas não, você tem que vir aqui primeiro, né, no postinho. Aí eu passei pelo médico, ele me orientou, tudo, e eu nem precisei descer lá na X. (Ambulatório de Especialidades). Porque quando você muda pro local você fica meia... perdida. E começou esse agente... assim... como fala? Saúde da Família?” (Usuária 7.C)

*Ao chegar numa residência, ACS1 diz que veio só para avisar que a usuária tem consulta amanhã às 13:30 e diz ‘tá vendo que importante que você é, eu vim aqui só pra te lembrar da consulta (fala em tom de ironia). Vê se não esquece, viu’. A mulher pede para ela avisar também seus filhos e ACS1 diz que já falou. (observação participante; visita domiciliar; 04/06/09; ACS1; Núcleo C)*

Os usuários concebem como “orientação” (sic) o questionamento do ACS a respeito do estado de saúde de todos os moradores da casa, o aviso de suas consultas agendadas, o esclarecimento de suas dúvidas, geralmente centradas no funcionamento do serviço de saúde e encaminhamento dos usuários ao Núcleo de Saúde da Família.

Segundo os usuários, as orientações constituem-se, muitas vezes, como forma de incentivar/estimular/insistir para que ele procure um serviço médico através da divulgação, realizada pelo ACS, dos serviços oferecidos e como resposta às suas dúvidas. Mas enfatiza-se, também, que tal trabalho envolve acompanhá-los na adversidade, não deixando os usuários inseguros e com o sentimento de abandono.

Ao descrever o ACS como o responsável por fornecer orientações a respeito do funcionamento dos serviços de saúde ou sobre determinadas doenças, os usuários atribuem ao ACS um saber que lhe permite oferecer aos usuários informações. Mas, ao mesmo tempo, o fato de esperar o ACS ir até sua residência para obter informações e/ou ser lembrado de seus compromissos agendados no serviço de saúde pode demonstrar uma passividade do usuário e um paternalismo do ACS.

Através de descrições das observações participantes das visitas domiciliares percebeu-se que as orientações fornecidas aos usuários também assumem a função de dizer a eles as atitudes corretas a tomar.

*Na visita a uma usuária com duas filhas, sendo uma recém nascida, ACS3 pergunta se a outra filha está com ciúmes. A mulher diz que a filha mais velha fica falando que ela quem cuida da bebê. ACS3 diz que a mãe tem que falar para a mais velha que ela é a princesa da casa e precisa ajudar a mãe a cuidar do bebê. A mulher diz que ela quer ficar o tempo todo com a bebê e ACS3 acrescenta ‘mas cuidar assim, jogar uma fralda fora, essas coisas’. A mulher ri e diz ‘eu pedi pra ela fazer isso ontem e ela não quis não. Levá fralda ela não quis’. ACS3 reforça que ela tem que ajudar em coisas simples. (observação participante; visita domiciliar; 30/06/09; ACS3; Núcleo C)*

*ACS5 pergunta se a senhora está bem e ela diz que sim. ACS5 pergunta se ela tem ido medir a pressão e ela diz que não. ACS5 fala que precisa ir porque tem gente que não sente que está com a pressão alta. A mulher diz que com ela acontece exatamente dessa forma e ACS5 diz ‘tá vendo, tem que medir. Senão dá um enfarto e cê nem vê’. A mulher diz que se der um enfarto já morre e pronto e ACS5 diz que ‘se morrer tudo bem, mas e se ficar numa cama?! Por isso tem que medir’. (observação participante; visita domiciliar; 20/07/09; ACS5; Núcleo C)*

Apesar da importância de tais orientações fornecidas pelo ACS, questiona-se a forma como o mesmo realiza tais orientações, assumindo uma postura de detentor de um saber,

utilizando-se inclusive, em alguns momentos, de um discurso amedrontador e punitivo para convencer o usuário a fazer o que o ACS considera como correto. Sendo assim, parece que o interesse do ACS centra-se mais no cumprimento do que é prescrito (ir constantemente aferir a pressão arterial, por exemplo) e não nas possíveis dificuldades que os usuários encontram em cumprir tais orientações. Nesse sentido, parece que o ACS reproduz o discurso e a prática em saúde próprias do modelo biomédico, e coloca-se perante a comunidade na posição do detentor do saber, ocupando uma posição hierárquica em relação aos usuários por deter esse saber.

Segundo Wai (2007) o ACS, diante da frustração por não ter suas orientações seguidas pelos usuários, tende a reproduzir uma visão rígida dos modos de fazer em saúde e, assumindo o papel de profissional da saúde, tende a carregar uma idealização da verdade absoluta quanto ao que preconizam, deixando de refletir a respeito do quanto é complexo o processo de mudança de hábitos.

Silva e Dalmaso (2002) apontam que as visitas domiciliares centram-se em atividades educativas formais, focadas na assistência médica e na prevenção de riscos específicos, enfatizando ações de tipo mais impositivas e vigilância de tipo disciplinar. Acrescentam que o suporte ao usuário através da escuta, fornecimento de informações e aconselhamento, considerado pelas autoras o foco social do trabalho do ACS, fica em segundo plano.

## **B) Entrega a domicílio**

Além das informações trazidas a domicílio, os participantes consideram que a visita domiciliar tem como finalidade a entrega de diversos produtos e/ou serviços também a domicílio, a saber: agendamento de consultas, entrega de encaminhamentos, de receitas e de remédios, dentre outros.

“remarcas consultas, que ela remarca, né.(...) aí se no caso, às vezes tiver atrasado [consulta], aí ela remarca, né. Traz encaminhamento de exames, de pedido de exames, isso ela traz também. Remarca também pra gente, que às vezes alguém não pode ir. Pra quem trabalha, igual eu mesmo não, né. Às vezes até pra quem não trabalha ela leva também. (...) leva encaminhamento. Se tiver de levar pra lá ela leva também ou traz também. Traz algum pedido de exame ou encaminhamento pra pessoa ir pra algum lugar. Às vezes tem alguma coisa que a gente também não tá sabendo ela vem avisar que tá marcado em algum lugar e a gente tem que ir pra não ter que remarcar. Ela é boa.” (Usuária 2.D)

“Já foram entregar receita pra minha mãe, entendeu? Já vi entregar na casa da vizinha a receita. Porque às vezes a gente vai lá e não tem tempo depois de ir buscar, se ela vai fazer a visita ‘ó, tá aqui a sua receita. Ó, chegou, tá aqui’. Então o trabalho deles é ótimo, é muito bom.” (Usuária 6.D)

*Passamos numa residência para entregar um encaminhamento. Comento com ACS que passei com ela na mesma residência a semana passada. Ela diz que já voltou outra vez depois daquele dia e não encontrou ninguém. Ela grita mais umas três vezes o nome da usuária depois de bater palmas. Diz que vai deixar um recado. Ao chegar ao Núcleo, ACS5 comenta com a enfermeira que passou na usuária para entregar o encaminhamento e não achou ninguém. Acrescenta que semana passada eu também fui com ela e não havia ninguém. A enfermeira pergunta se ACS5 já ligou na residência e ACS5 diz que sim e que dá que o telefone está desligado. (observação participante; visita domiciliar e Unidade de Saúde; 01/06/09; ACS5; Núcleo C)*

Destaca-se, de acordo com tais participantes, que o papel do ACS nas visitas domiciliares é entregar guias de encaminhamentos, receitas e remédios e realizar agendamentos de consultas, trabalho este corroborado através das descrições das observações participantes. Nesse sentido, novamente o trabalho do ACS na comunidade é descrito como um trabalho realizado individualmente através da entrega a domicílio. Descreve-se que tal trabalho é feito visando facilitar a vida do usuário que trabalha e não precisa utilizar seu tempo para ir ao Núcleo marcar ou buscar pedidos de exames e agendar consultas.

Sendo assim, o usuário assume uma postura passiva em relação as suas necessidades, ou seja, fica na espera de que o ACS venha até sua “porta” saber quais são suas necessidades e não vai por si só em busca de satisfazê-las. Além disso, o ACS assemelha-se a um “secretário particular” do usuário que agenda consultas e leva medicamentos e encaminhamentos, poupando os usuários de irem até o Núcleo para fazer isso. Nesse sentido, o ACS assume uma postura paternalista em relação ao usuário, na medida em que assume responsabilidades que deveriam ser do outro.

Cabe questionar se o ACS não assume tal função, de “secretário do usuário”, tanto no intuito de conquistar a confiança do mesmo e receber a permissão para entrar no seu espaço privado quanto no intuito de ter uma função mais definida e explicitada perante a equipe e os usuários.

Uma enfermeira descreve que o trabalho de levar informações e encaminhamentos para os usuários pode ser distorcido, transformando o ACS em “moleque de recados” (sic).

“as pessoas acabam usando eles como moleque de recado. Isso eu acho que não faz parte do trabalho deles. A questão do vínculo, deles estarem na comunidade, deles poderem levar e buscar informações ou trazer as pessoas... não quer dizer que ele tenha que ser secretário de cada um dos



usuários ou de cada um dos funcionários, né.(...) Conheço caso, por exemplo, de pacientes que acham que eles tem que trazer cartão pra marcar consulta e depois levar, sabe, de trazer queixas e depois dar o recado se dá pra vim ou não [se há vagas para atendimento em situação eventual], isso daí, sabe, a gente barra, né, eu considero que não é adequado, que não faz parte do trabalho deles e oriento eles a orientarem os usuários ou também oriento os usuários pra não utilizarem assim.” (Enfermeira - D)

Como “moleque de recados” (sic) a enfermeira descreve o trabalho do ACS de “office boy” tanto para os usuários quanto para os profissionais e cita exemplos de tais situações, a saber: marcar consultas para os usuários e ir até a unidade de saúde e ver se é possível um atendimento eventual ao usuário. Assumir tal função desvitaliza e diminui o potencial do seu trabalho. A enfermeira considera, ainda, que o fato do ACS estar constantemente na comunidade levando orientações pode facilitar a distorção do trabalho realizado pelo ACS.

### C) Escuta

Para além da busca de informações e da entrega a domicílio, as visitas domiciliares também foram descritas com a finalidade de oferecer e permitir o acolhimento, a escuta e a construção de vínculos, possibilitando ao ACS a realização de um trabalho ampliado em comparação ao trabalho dos demais profissionais.

Sra – “ah, eu acho muito bom, porque a gente chega lá (refere-se ao Núcleo de Saúde da Família) e não dá pra conversar, assim, com o médico, né, porque vai falar da doença e tal. Mesmo lá embaixo (refere-se ao Ambulatório de Especialidades). E ela vem e a gente conversa mais alguma coisa, sobre a saúde, ela conta... quer que a gente vai aí (no Núcleo) quando tem festinhas, quer que a gente vai... mas eu... eu acabei esquecendo e não fui. Mas ela é muito prestativa mesmo. Fala tudo que tem aí (Núcleo) e tal.” (Usuários 5.C)

“eu acho que ele é uma ponte de ligação entre o paciente e o núcleo. Eu acho que ele é... pra falar a verdade eu acho o serviço... claro que cada um tem a sua função, mas eu acho que o serviço dele é tão importante ou mais importante do que até quem fica ali no postinho de... de enfermeira, de recepcionista porque quem vê as necessidades de cada família é quem passa na porta. Sabe porque? Porque muitas vezes a pessoa chega lá e fala ‘ai to com uma coisa assim...’ e a pessoa de lá fala ‘ah, mas isso não é nada’. Pra ela não é nada, mas a agente comunitária percebe, porque ela sabe, ela sabe, assim, quando a pessoa tem necessidade e quando a pessoa não tem, você entendeu? (...) ela tá presente no dia a dia da casa da gente. E já... se você vai num posto, naquele dia a enfermeira não tá muito boa ou tá assim... não teve

uma boa noite de sono, ou teve preocupação ou tá com algum problema ou tá pensando em alguma outra coisa, então o problema que pra gente é importante pra ela pode não ser, mas o agente comunitário ele dá importância pra todos os problemas que a gente tem. (...) Porque é diferente, né, você vai no posto hoje, você passa... você tem um problema e vai lá na X. (cita o nome do Ambulatório de Especialidades), por exemplo, que é um posto grande, não é sempre o mesmo médico que te atende, aí você tem que contar tudo a história de novo. Aqui não, ele já tá te acompanhando, então eu acho que é essa ligação que ela faz, entendeu e que é muito importante. (...) ... as pessoas do bairro, da comunidade contam muito com a visita deles. Eu conheço pessoas idosas que não veem a hora deles passar, sabe, e a pessoa fica sabe quanto? Cinco, dez minutos na porta, mas aquilo pra ela é o pagamento dela do mês inteiro. (...) tem pessoas que aquilo é melhor do que ela ir no postinho encher a enfermeira toda hora, que muitas vezes eles fazem. (...) Porque eu vou falar a verdade: eu sinto muito mais interesse delas na porta da gente do que quando eu vou no Núcleo, porque lá eles falam 'fulano, faz isso, faz aquilo'. Não para pra perguntar 'tá tudo bem?' porque não é a função dela. Agora, já é a função dela, do agente comunitário. Ele escuta a gente, o posto não escuta a gente, mesmo que é o Núcleo, ele não escuta você. Eles não sabem o que tá acontecendo na sua vida, mas ela sabe porque todo mês ela passa e conta a história da vida do mês inteiro." (Usuária 6.C)

"eu falo 'olha, o meu bairro é de primeiro mundo' (risos). Porque tem o acompanhamento, né, os agentes de saúde vai lá em casa. (...) pergunta se não tá sentindo bem... eu tenho problema de pressão alta, eu levanto minha pressão tá alta, eu já vou ali [no Núcleo] e as meninas já me seguram e falam 'não, você já vai passar com o médico' e aqui é tudo praticamente na hora, sabe. E... às vezes a... a minha filha tem convênio e ela fala 'nossa mãe, eu que tenho convênio às vezes não sou tratada tão rápida que nem você, né' (risos) e eu falo assim 'ah, minha filha, aonde eu moro o tratamento é de primeiro mundo'. (...) Já aconteceu d'eu... porque eu pago aluguel aqui, d'eu querer... d'eu pensar em mudar, mas d'eu acabar ficando por causa desse Núcleo aqui, né, porque tem ba... porque toda vez que a gente pensa em mudar – que é eu e minha mãe, né – aí a gente, eu pergunto, né, 'aí será que tem?', eu procuro saber se tem o núcleo da família e o pessoal fala 'ah, não, aqui não tem' ou às vezes tem mais não tem agente que vai na... na... tem Núcleo, sabe, tem postinho, sei lá como é que fala, mas não tem a agente de saúde que vai em casa. Aí eu falo 'ah, não, então eu vou ficar por aqui'" (risos). (Usuária 9.C)

A valorização das visitas domiciliares realizadas pelo ACS perpassa, segundo os usuários, a questão da escuta, do acolhimento e do interesse que o ACS demonstra pelas vivências dos usuários, ampliando sua atuação para além da preocupação com a doença. Nesse sentido, os usuários apontam uma dicotomia entre o trabalho do ACS – que é descrito associado à saúde e dos demais profissionais da saúde – que é descrito associado à doença.

Além disso, uma usuária valoriza o trabalho do ACS e justifica sua permanência no bairro pela oferta dos serviços do Núcleo de Saúde da Família e pelo acompanhamento realizado pelo ACS através da visita domiciliar.

O trabalho ampliado do ACS, realizado através das visitas domiciliares, envolve, ainda, oferecer uma atenção especial ao usuário uma vez que, segundo o mesmo, os ACSs demonstram preocupação, dedicação e atenção. Entende-se por atenção especial o trabalho do ACS de captar, através do contato nas visitas domiciliares, as necessidades dos usuários na tentativa de satisfazê-las. Segundo a enfermeira, olhar para as necessidades dos usuários é, também, captar seus problemas de saúde.

“eu acho que é uma preocu... não é uma preocupação, é uma atenção especial que eles dão na família. Eu acho que é por aí, porque a gente, nós não tínhamos isso no bairro e não é todos os bairros que tem. O nosso bairro aqui é um dos privilegiados, né, de a gente ter... o meu vizinho aqui ele, ele... ele não andava e o médico vinha aí, o médico do núcleo, atender ele a domicílio. (...) eu acho que se amanhã eu precisar também, eu acredito que... se eu fico impossibilitada de ir, eu acredito que tem alguém que, no caso, que viria na minha casa. Coisa que... **por conta** dos agentes, né. No caso que vem na casa da gente e procura se informar do que tá acontecendo, né, onde tá todo mundo... eu acho que é isso daí, eu vejo assim. (...) Eu acho que é uma atenção especial que eles tão dando pras famílias. Uma preocupação, vamos dizer assim, né, porque todo mês, naquele dia que ela vem aqui e eu não to em casa ela vem outro dia. Vem outro dia. Vem. Nem se for pra vir só aqui em casa. (...) Eu recebo ela aqui, dentro da minha casa. Eu considero ela como... assim... parte da... da... da família. Que ela chega aqui e eu não sei receber ela lá fora. Ela entra.” (Usuária 1.C)

“eu acho que é um trabalho muito bom, muito importante. Porque não é todos os lugares que tem essa oportunidade, porque realmente é uma oportunidade que nós temos né. Porque não é todos os bairros que tem essas pessoas que vai de casa em casa pra fazer visitas, pra... é... fazer alguma coisa que precisa. Quando o meu marido operou, da primeira vez que ele operou ela me ajudou muito em cadeira de roda, nessas coisas tudo ela me ajudou. Então eu acho assim um trabalho muito bom. (...) assim, coisa de... pra andar, sabe? (faz o gesto com as mãos do aparelho de um andador) Se precisar de cadeira de roda ela ajuda também você a ir atrás, sabe? Ela dá a maior força, ela dá. Sabe, então eu acho que é o trabalho dela, que ela tem que fazer esse mesmo.” (Usuária 7.D)

“Acho que o principal trabalho do agente comunitário é a vigilância em saúde que é essa coisa delas estarem próximas, delas irem buscar nas casas, né, as necessidades e os problemas de saúde” (Enfermeira - C)

Contar com as visitas domiciliares do ACS é saber que o mesmo irá “fazer alguma coisa que [o usuário] precisa” (sic), incluindo conseguir um atendimento médico domiciliar e viabilizar o empréstimo de andador/cadeira de rodas. Apesar de descreverem possibilidades de ações diversas do ACS, em todas elas nota-se o olhar atento do ACS para as diferentes necessidades do usuário – o que é conceituado por uma enfermeira como sendo o trabalho de vigilância em saúde. Nesse sentido, o usuário parece sentir gratidão diante de toda essa

preocupação do ACS e recebe o mesmo em sua residência como se fosse “parte da família” (sic).

A atenção/preocupação descrita também é sentida no fato do ACS insistir em encontrar a família, voltando às vezes exclusivamente na sua residência num outro dia, quando não a encontra no dia da visita domiciliar. Parece que isso faz com que os usuários sintam-se acolhidos e valorizados: não se descreve como obrigação do trabalho do ACS visitar todas as famílias no mês, mas sim como um interesse e cuidado do ACS pela família.

O contato próximo entre ACS e usuário e a presença e o apoio do ACS em momentos adversos - através da realização das visitas domiciliares - faz com que os usuários descrevam os ACSs como “amigos” (sic), “anjos da guarda” (sic) e “confidentes” (sic).

“São assim: amigos. **Muito** mais que amigos porque já me socorreram assim, em problemas muitos difícil. (...) Mas a ACS9 é **muito** amiga. Sempre tá vindo, vem, participa, ‘ó, tá acontecendo alguma coisa?’. ‘Não’. ‘Tá tudo bem?’. ‘Tá tudo bem’. (...) Eu acho que eles, assim, são os anjo da guarda, nosso, assim, do dia a dia. Porque se não fosse eles, que sempre eles tão vindo. Toda hora eles tão vindo. (...) [anjo da guarda] porque no começo da gravidez, se não fosse eles, eu tinha perdido ele (o filho) (fala emocionada). Porque eu sofri um acidente. Eu fui fazer um exame e eu caí, lá na X. (cita o nome do Ambulatório de Especialidades). Aí como eu desmaiei a placenta saiu do lugar. Eu cheguei lá, assim, em desespero. Chorando. Ali no núcleo. Aí as meninas ‘calma, não é assim. Calma. Vamos ter calma’. Se não fosse os agentes comunitários eu jamais iria ter calma de ver aquele... será que vai sair, será que não vai... entendeu? É... foram... com muito jeito, com muito carinho e conseguiram me fazer, assim, entender que o problema era sério. Que eu corria risco, mas que eu tinha que ficar tranqüila. Então, eu agradeço por eles. Me orientaram como eu deveria ter feito, fazer... é... depois que me socorreram tudo direitinho, consegui passar pelo médico, né. Aí o médico falou pra mim ‘não, você vai pra casa, fica de repouso até você ter o neném’. E esse tempo todo que eu fiquei de repouso... assim, sempre eles tavam vindo aqui pra ver como é que eu tava. Entendeu? Por isso que eu te falo: são os anjos da guarda. Só não vem de noite, porque não abre de noite (risos). Só não vem de noite porque não trabalha a noite, porque durante o dia, filha, sempre tem alguém andando por aí.” (Usuária 6.D)

“A... a... a primeira que eu vejo é confidente, tadinho. Porque acompanha tantos problemas que eu atravesso, você entendeu? Com essa filha (fala baixinho). Então ele acaba sendo até um confidente. (...) pergunta as coisas, faz perguntas, como é que tá de saúde todo mundo, se alguém tá precisando de alguma coisa, se alguém tá precisando de alguma consulta, você entendeu? (...) ele pergunta até dos meus problemas porque ele sabe que são muitos. (fala baixinho) (...) Ele é um menino muito bacana. É tudo de bom. Ele é confidente e que guarda sigilo. Segredos. Tá vendo. E tem hora que você tem necessidades disso, né: em ter uma pessoa em quem você pode confiar pra contar os problemas.” (Usuária 3.D)

*ACS3 diz que se um dia tiver condições de ajudar alguém vai ajudar uma das noras de um usuário e me conta a história de vida dela: perdeu a mãe nova – a mãe não ia ao médico de jeito nenhum, nunca tinha feito exame ginecológico e quando foi fazer a médica detectou visualmente câncer e depois de dois meses ela morreu. A menina cuida do pai que é alcoólatra. ACS3 conta que a menina sempre se cuida e faz todos os exames preventivos. Diz que faz tempo que mora com o moço e nunca engravidou. ACS3 diz que a única coisa que ela não fazia era tomar vacina porque tinha medo. Um dia ACS3 disse que tinha uma vacina dela própria atrasada e que ela também tinha medo de tomar vacina e chamou a menina para ir tomar com ela. A menina foi e ACS3 tomou vacina primeiro e a menina ficou olhando. Quando foi a vez dela, ela ficou com medo e ACS3 disse para ela tomar uma e se sentir dor não tomaria as outras. A menina tomou e disse que não doeu nada e tomou todas as outras. ACS3 disse que sente muito orgulho dessa menina e do fato de ACS3 ter podido ajudá-la nesse ponto. (observação participante; visita domiciliar; 30/06/09; ACS3; Núcleo C)*

Como anjo da guarda, descreve-se tanto a presença constante do ACS (“sempre... andando por aí” (sic)) quanto a confiança e a ajuda oferecida pelo mesmo (“se não fosse eles, eu tinha perdido [o bebê]” (sic)). Na descrição da vivência da possibilidade da perda do filho, a usuária enfatiza o papel do ACS diante do desespero: acalmar, orientar e estar sempre presente. Parece que mais do que a presença física do ACS, a relevância do mesmo constitui-se no fato do usuário saber que tem alguém com quem contar.

Percebe-se que é através da busca de informações a respeito do usuário e de toda a sua família (incluindo as vivências familiares), no momento das visitas domiciliares, que os usuários sentem-se acolhidos, ou seja, o constante questionamento do ACS a respeito do estado da família leva o usuário a considerar que o mesmo nutre uma preocupação com ele.

Além disso, uma usuária aponta que o ACS é uma pessoa de confiança para se compartilhar “até” (sic) os problemas. Nesse sentido, estar na porta da casa da usuária permite ao ACS acompanhá-la em suas adversidades e, conseqüentemente, acolher as diversas formas de problemas que não apenas os de doenças biológicas.

Por sua vez, uma ACS relata que durante a realização de visitas domiciliares sensibilizou-se com o problema de uma usuária e desenvolveu o desejo de ajudá-la. A ACS descreve um momento específico em que sua presença ao lado da usuária foi transformadora para si, uma vez que conseguiu ajudá-la a perder o medo de tomar vacinas. Nesse sentido, o ACS parece se responsabilizar junto ao usuário pelo cuidado do mesmo, ou seja, mais do que orientar a respeito da importância de se manter a situação vacinal em dia e das conseqüências negativas do não cumprimento, o ACS pode estar junto do usuário e desmistificar seus medos.

Poder corresponsabilizar-se pela saúde do usuário parece dar ao próprio trabalho um sentido e fazer com que o ACS sintam-se útil.

A presença constante do ACS na comunidade através da realização das visitas domiciliares possibilita, conforme já descrito anteriormente, o olhar do ACS para as necessidades dos usuários e os mesmos valorizam no trabalho do ACS a intersectorialidade – referida pela usuária como conquista de vagas para castração de animais – e a doação de alimentos e roupas.

“Ela já me ajudou até em outras coisas. até... castração dos meus bichinhos ela me... ela me orientou. Não, ela fez as fichinhas que manda lá pro Núcleo e o Núcleo manda lá pra Zoonoses. Olha a dificuldade que eu teria. Então tudo isso me... você vê, isso é uma coisa que me agilizou e muito. Muito. (...) já mandou pra lá e aí eles me ligaram de lá falando que eles tinham sido indicados. Quer dizer, indicados pelo Núcleo. E eu tinha ligado antes lá e eles me falaram que ia demorar, aí daí uns dias eles me ligaram e falaram que os bichinhos tinha sido indicado. Quer dizer, tudo isso agilizou. Então eu acho que é... o Núcleo é importante porque... não só pra gente, mas também como... até nessa área foi... é uma coisa que eu não sabia que tinha lá. Nunca eu ia imaginar que tinha o... e foi o agente comunitário de saúde que falou pra mim, que passou pra mim. E eu fiquei muito satisfeita (risos). Porque eu não tinha condições de pagar e... por intermédio... lá eles atendem muito bem, já tinha castrado um outro lá... mas foi tudo por intermédio do agente. Comentando comigo aqui em casa e nós fizemos, foi muito bom. Cê vê, foi uma coisa importante, né, eu acho que é um trabalho... por causa de não aumentar a população de bicho, né, a pessoa me passar me favoreceu muito. Muito mesmo.” (Usuária 1.C)

“ela já ajuda demais, porque ela me manda até... de vez em quando ela me manda uns... me ajuda até com problema financeiro... um feijão, uma farinha que ela manda também, ela manda as coisas pra mim de vez em quando. E... roupa, nossa, ela ajuda bastante. Casaco, eu acho que ela não pode fazer mais nada do que ela já faz. Ela já faz muita coisa (risos).” (Usuária 10.C)

Uma usuária aponta e valoriza a ajuda prestada pelo ACS na obtenção de vaga para castração de seus animais. Tal ajuda envolve a intersectorialidade, através da interligação do serviço de saúde com a rede mais ampla de serviços do município.

É inegável a ajuda à usuária mediante o ato de doação de roupas e alimentos. Por outro lado, consideramos relevante o questionamento a respeito do impacto que o contato próximo e diário do ACS com famílias em situação de privação de recursos socioeconômicos causa nele, podendo fazer com que o mesmo considere como ajuda possível à família a doação de recursos próprios. Acredita-se que poder refletir em equipe tais impactos pode minimizar a angústia do ACS perante tais problemáticas e, além disso, tem o potencial para realizar, com

base no princípio da intersetorialidade, o levantamento de recursos de ajuda disponíveis na rede de serviços do município.

#### D) Fiscalizadora

A realização das visitas domiciliares também foi apontada pelos usuários com a finalidade de fiscalizar o cumprimento de prescrições e da vigilância de tal cumprimento. A vigilância também inclui, segundo os profissionais, a busca ativa aos usuários faltosos.

“ah eu acho que é muito importante. Eu acho que é importante porque... olha, **muitas** vezes eu falo isso por mim, por experiência minha, muitas vezes nós somos relaxados, porque muitas vezes a gente não tem tempo pra gente. Quando ele chega na visita, a gente fica até com vergonha porque a gente fala ‘ih, não fiz isso, olha, ele vai me cobrar’. Aí o que que a gente faz: a gente já procura sanar isso e o mês que vem já tá com as coisas em dia pra explicar pra ela, entendeu? (risos) muitas vezes é aquela cobrança que pai e mãe faz, né? (risos) e eu acho que ela faz um pouco disso, eu acho que ela tem um pouco essa função na casa da gente, entendeu? De cobrar pra que a saúde é... faça uma prevenção, não deixe acontecer pra que depois vá procurar. Eu acho que ela é... ela é usada como uma prevenção pra... pra qualquer coisa que pode acontecer na casa da gente. Se acontecer é porque a gente não foi, mas ela não deixou de perguntar, entendeu? Não deixou de cobrar. E ela cobra.” (Usuária 6.C)

“Vem... toda semana ela passa por aqui, ver os cartão das vacinas, se tá atrasado, das crianças, dos adultos também. É isso que ela faz. (...) me enche o saco pra tá indo medir a pressão, tomar o remédio direitinho. Mas eu gosto demais delas, elas são boas demais. (...) [dever do ACS] é... é passar aqui e ver os pacientes como é que tá, é o que ela tá fazendo. (...) Quando falta ela... ela me dá mais bronca porque não pode deixar faltar nenhum dia. (...) [faltar] o remédio também. (...) a consulta também (risos). Ela reclama.” (Usuária 10.C)

“ocorre ajuda também quanto à busca ativa quando a, por exemplo, a gestante tá faltosa a gente fala ‘por favor, vai lá e pede pra ela vir na consulta’. (...) É mais nesse sentido mesmo, né, o paciente é hipertenso, tem um acompanhamento e começa a faltar, né, às vezes a gente não tem como avisar, chamar o paciente pra vir, a gente pede pra eles irem chamar. Bom, o que mais? Também quando a gente checa algum exame e vê que tá alterado e tem que chamar o paciente com uma rapidez, a gente também acaba utilizando o serviço deles, tá” (Médico - C)

*ACS5 diz que agora nos finais de reunião de discussão de casos, a enfermeira está passando o nome dos pacientes agendados no dia para os agentes irem avisando quando estão fazendo visitas. O coordenador fala ‘ah, legal’ e a enfermeira diz que visivelmente diminuíram os números de*

*faltas. ACS3 fala ‘também, a gente passa lá no dia e fala, vai lá hoje que tem consulta’. (observação participante; reunião administrativa; 18/09/09; Núcleo C).*

*ACS4 chama a usuária e ela sai lá fora. A usuária tem diagnóstico de depressão. ACS4 pergunta se ela não foi trabalhar e ela diz que está com dor de dente e não conseguiu ir. ACS4 em seguida fala ‘porque você não levou seus filhos na fonoaudióloga?’ e a mulher perguntou ‘mas tinha marcado?’ e ACS4 disse a data e o horário e acrescenta ‘agora nem sei mais se tem jeito de marcar de novo’ e a mulher diz que deve ter esquecido porque não pregou o dia em um papel na geladeira e nem se lembrou que eles tinham consulta. (observação participante; visita domiciliar; 20/10/09; ACS4; Núcleo C)*

*ACS3 encontra uma senhora sentada na calçada e pergunta se está tudo bem. A senhora diz que sim. ACS3 entra na porta da casa dela, olha e diz ‘nossa, tá tudo limpinho hein’ e a mulher disse que não foi ela quem limpou, mas um de seus filhos e ACS3 diz ‘isso mesmo, tem que botar todo mundo pra ajudar’. (observação participante; visita domiciliar; 30/06/09; ACS3; Núcleo C)*

Descreve-se como trabalho preventivo o “monitoramento” (sic) realizado pelo ACS quanto ao cumprimento das prescrições e ao aviso das faltas dos usuários às consultas agendadas, apontando a importância de tal trabalho como forma de ajuda ao usuário já que o ACS responsabiliza-se por não deixar o usuário “relaxado” (sic) em relação aos cuidados com sua saúde. Nesse sentido, o ACS assume a função cuidadora de “pai e mãe” (sic) e reproduz o modelo paternalista/tutelar de atenção à saúde, em detrimento do desenvolvimento da autonomia.

Por outro lado, pode-se afirmar que o usuário sente-se no dever de dar satisfação ao ACS de suas atitudes em relação às prescrições, por considerá-lo figura de autoridade que demonstra não só cuidado, mas também repreensão que “dá bronca” (sic), “fica brava” (sic) e “enche o saco” (sic) dos usuários. Nesse sentido, os usuários parecem assumir o lugar de “filhos” passivos que dependem de um controle externo para conseguir cumprir seus compromissos/deveres.

Flores (2007) em estudo sobre a formação do ACS enquanto educador em saúde descreve que ao mesmo tempo em que o ACS se percebe uma autoridade perante a comunidade, a comunidade é vista por ele como um filho dependente, desinformado e que precisa de ajuda para adquirir conhecimentos.

Na tentativa de fazer com que os usuários sigam as prescrições, o ACS os amedronta através da descrição de possíveis efeitos maléficos de suas atitudes, como por exemplo, o fato de não conseguir outra consulta com o fonoaudiólogo. Por outro lado, há um processo de



culpabilização da própria usuária, ou seja, a não obtenção dos resultados esperados está associada ao fato da usuária não ter cumprido o que foi prescrito a ela.

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2011) a equipe de saúde da família tem como uma de suas atribuições realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2006) o ACS deve realizar visitas domiciliares também com a finalidade de monitorar situações de risco. Nesse sentido, a busca ativa de determinados faltosos contempla a busca e monitoramento de usuários em situação de risco, mas considera-se que tal trabalho deve ser problematizado: pode ser entendido como de extrema importância em casos quando o usuário não detém por si só condições de cumprir com seus compromissos agendados e encontra-se em situação de risco. Em tal situação o ACS juntamente com a equipe pode entender as razões da falta e pensar formas de ajuda a esse usuário. Mas se realizado indiscriminadamente (passar na casa de todos os usuários para avisá-los das consultas agendadas), também pode ser entendido como forma de destituir o usuário de autonomia nos modos de andar a vida através de uma postura assistencialista por parte do ACS, criando uma relação ACS-usuário marcada pela dependência deste.

Para evitar indicadores desfavoráveis como o alto índice de faltas às consultas médicas, toma-se por pressuposto o fato de que todos os usuários são potencialmente faltosos e realiza-se um trabalho indiscriminado de convocação para as consultas e não se problematiza o porquê de tais faltas.

A perda de autonomia não se restringe apenas aos aspectos biomédicos: durante uma observação participante uma ACS verifica questões de higiene/limpeza da casa de uma usuária, exercendo uma vigilância ao usuário a respeito da forma como o mesmo mantém a higiene de sua casa.

Segundo estudo realizado por Ferraz e Aerts (2004) os usuários consideram que o papel do ACS é acompanhá-los nas questões de saúde e doença, cuidando, cobrando, controlando e vigiando a saúde das famílias.

Trapé e Soares (2007) em trabalho acerca das concepções dos ACSs sobre educação em saúde ressaltam o caráter prescritivo e normativo da mesma, utilizando-se técnicas de transmissão de orientações/normas por detentores de um saber científico a sujeitos considerados passivos. Além disso, tais autores ressaltam a utilização do amedrontamento do usuário como forma de garantir que o mesmo cumpra o determinado pelo profissional.

Craco (2006) menciona que o espaço das visitas domiciliares pode ser marcado por invasões e controles presentes na proposta de atenção à saúde da família, resultando numa

excessiva intromissão na vida da família, limitando sua privacidade, liberdade e autonomia e, conseqüentemente, gerando resistências e distanciamentos das famílias acompanhadas.

Ainda descrevendo o papel do ACS nas visitas domiciliares relacionado a uma postura de fiscalização, o usuário atribui ao ACS a função de conferir a veracidade de algumas informações fornecidas pelos usuários no serviço de saúde e da necessidade de se agendarem consultas médicas.

“a princípio, né, o que deixou a gente, digamos assim, alerta é o fato de que... é uma confirmação de que você realmente mora aqui no... na abrangência. (...) é, ver se o pessoal é daqui mesmo. Confirmar. É... seria isso. (...) mas eu imagino que seja assim mesmo. Fazer as visitas com a... na periodicidade dela (silêncio) o controle pessoal dela de quem mora e se não está em casa ela volta outro dia.” (Usuário 5.D)

*ACS5 pergunta a ACS3 onde estava uma pasta de uma família. ACS3 sai da sala nervosa dizendo que já falou que essa pessoa não é da área, que mora em outra cidade e vem para ser atendida aqui. Um estudante de enfermagem que estava ficando na recepção neste dia diz que é complicado isso, pois eles ficam na recepção insistindo com a enfermeira que eles realmente moram na área e ACS3 diz que não é nada complicado, que eles precisam acreditar no agente, e questiona, caso contrário, porque o agente realiza o seu trabalho. ACS3 diz que sempre tem que falar para o pessoal do outro lado de sua área que eles não serão atendidos e que agora não vai fazer mais isso, vai falar para eles virem no Núcleo e brigarem que vão ser atendidos. (observação participante; sala dos agentes; 01/06/09; Núcleo C)*

Para receber atendimento na Unidade de Saúde da Família é preciso ser morador da área de abrangência, assim, o usuário descreve que o ACS é o responsável por confirmar a veracidade das informações sobre a residência do usuário, ou seja, verificar se o usuário mente quanto ao seu local de residência para usufruir dos serviços do Núcleo. O ACS parece imbuído de um poder em relação à comunidade, já que para o usuário é o ACS quem irá verificar se o mesmo necessita de atendimento médico ou não, de acordo com o que observa da família.

As observações participantes confirmam a preocupação do ACS quanto à veracidade das informações fornecidas pelos usuários a respeito de seu local de moradia e a revolta de um ACS quando a equipe não utiliza as informações que o mesmo oferece e atende uma pessoa que não reside na área de abrangência.

Correia (2008) discorre sobre o papel do ACS de cadastrar as famílias que residem na área de abrangência e aponta que o fato de ser o responsável por verificar quem de fato reside na área e, conseqüentemente, quem pode ou não ser atendido pela ESF o transforma em “*dono da chave da porta*” (p.101). Nesse sentido, a autora ressalta o perfil de vigilância do

ACS através da ação burocrática e policialista de verificador e acredita que isso pode, inclusive, dificultar o acesso do cidadão ao cuidado.

De acordo com Mendonça (2008) as visitas domiciliares podem ser instrumentos de intromissão na privacidade dos usuários, normatizadores de comportamentos e promotores de medicalização da sociedade, mas, por outro lado, tem potencial de contribuir para o alcance da integralidade da atenção desde que os profissionais, na realização das mesmas, se proponham a realizar uma leitura ampliada das necessidades dos usuários e que tal atividade seja concebida como um trabalho de toda a equipe de saúde, baseado nas práticas relacionais, intersetoriais, no cuidado, na ética e na rede social.

#### **4.1.2. Grupos com a comunidade: a idealização de uma prática**

Os profissionais apontam que além das visitas domiciliares, o trabalho do ACS na comunidade envolve a realização de grupos em outros setores como escolas e creches e a participação em grupos que a própria comunidade realiza.

“na comunidade eles fazem um trabalho de... de... nas próprias escolas, nas creches, hã... nos grupos que a comunidade já atua, também tem alguém lá da... da equipe ajudando.” (Médico - D)

“Ele realiza grupos lá na comunidade que são com a equipe, mas são com a comunidade (...) os grupos, né, que quando tem... sempre que tem grupo, eu procuro ter um agente associado, né, mesmo que eles façam rodízio, cada vez ter um pra todo mundo ter aquela informação, ser bem orientado naquela área. Mas os grupos... pintou até uma atividade também que é coisas da... são coisas da equipe que eles trabalham ativamente, participam que é muito produtivo.” (Enfermeira - D)

A participação do ACS nos grupos realizados com a comunidade se dá, segundo a enfermeira, com o intuito do ACS aprender determinados conteúdos e não como forma de coordenação dos mesmos. Além disso, tal participação não é descrita como sistematizada, ou seja, o ACS não participa constantemente de um grupo, já que se aponta um “rodízio” (sic) de ACSs na participação nos grupos.

O relato abaixo de observação participante descreve que apesar de alguns profissionais do Núcleo de Saúde da Família D apontarem como trabalho do ACS na comunidade a

realização de grupos, percebeu-se a existência de apenas um grupo montado por uma aprimoranda de Psicologia.

*Em uma reunião de discussão de casos, a aprimoranda aponta que sem a participação de pelo menos um ACS ela não daria continuidade ao grupo, pois a intenção é que o grupo fosse responsabilidade da equipe, já que a participação da aprimoranda na unidade é restrita a alguns meses. Os ACSs disseram que eles perdiam muito tempo com o grupo e que tinham outros trabalhos a fazer. Diante da recusa, a enfermeira sugere fazer uma escala e os ACSs se revezariam na participação. Os ACSs aceitam, mas saem reclamando da reunião. Um deles disse ‘se esse povo inventa trabalho, deixa eles tocar esse trabalho. Eles inventa pra gente ficar trabalhando?!?’. (observação participante; reunião de discussão de casos; 06/05/09; Núcleo D)*

A participação dos ACSs no referido grupo deu-se após a intervenção da enfermeira, sendo proposta de forma esporádica e não sistemática. Diante de tal fato, a participação do ACS no grupo restringe-se a uma mera formalidade, ou seja, perante a necessidade da participação de alguém da equipe nos grupos, faz-se um revezamento das participações para evitar que apenas um membro da equipe “perca muito tempo” (sic) participando do grupo. Não se questiona qual seria a finalidade de tal trabalho, qual a finalidade da participação dos profissionais nesse trabalho, sendo o mesmo apresentado como mais uma obrigação que demanda tempo que poderia ser investido em outras atividades. Além disso, diante da necessidade da participação de alguém da equipe, elege-se o ACS, sem ao menos discutir a importância ou o objetivo de tal trabalho.

Apesar de alguns profissionais pontuarem a realização de grupos com a participação do ACS, outros profissionais e uma usuária descrevem sentir falta de atividades no Núcleo de Saúde da Família que promovam a formação de uma rede de apoio social.

“então, uma coisa que eu acho que deveria, né, ter... não sei se é o agente comunitário que tem, se cabe a eles, eu acho que, né, fazer, é... teria, assim, atividade de... de... essas atividades de artesanato, essas coisas. Assim, que... pra cabeça. Eu conheço pessoas que já teve ou tem um momento de depressão, ou de solidão, né, é... tem pessoas que nem eu que os filhos já saíram de casa e tudo e que ficam muito sozinhos, eu acho que no núcleo, eu não sei se isso existe em outros núcleos, né, e se isso é... cabe aos agentes comunitários, mas eu sinto falta da implementação de atividades, sabe, eu acho que aí tá tendo muitas pessoas que vivem sozinhas, né, hoje em dia as pessoas se comunicam pouco. Então, eu acho que isso daí ia ajudar muito, pelo menos assim, de você ir lá, bater um papo, sabe, eu acho que uma meia hora, isso já deve ser uma delícia, né, e... eu não sei se isso cabe a eles, se isso é função deles. Eu acho que... eu já até comentei um dia com a... eu falei “mas não tem uma atividade aí?” sei lá, qualquer coisa, hoje em dia qualquer atividade que você faz te distraí, nossa. E ela falou “ah, não tem”. (...) Sabe, uma atividade, um bate papo, um modo de se aproximar um pouco mais das

peessoas pra ter assim um momento de lazer, de... de conversar, de... sabe, de sair. Eu acho que hoje a maioria das pessoas vivem muito sozinhas. Então, agora eu não sei.” (Usuária 9.C)

“é, aqui eu acho que tem os grupos, por exemplo, né. Elas tem muito medo de lidar com os grupos. E às vezes elas trabalham junto com... com quem tá coordenando o grupo, mas sozinhas elas não fazem. É... já tentei tirar esse medo, já tentei conversar com elas um monte de vezes, mas elas não fazem. Essas reuniões com a comunidade também, coisas que... que era pra ser feito por elas, né, é função delas as reuniões com a comunidade pra discutir coisas de cidadania, do bairro, dessas coisas assim que elas poderiam ajudar a resolver fazendo ali a ligação com outros setores, né, com conselhos, com secretarias... isso elas poderiam fazer, mas elas também não fazem. Acho que por medo, não sei. Não sei o que acontece, mas não fazem. E talvez não só pelo medo, né, talvez pelo tempo que elas tem, né, elas tem que fazer o seguimento das famílias e isso é pesado porque tem... tem visita que é tranquila, mas tem visita que é muito demorada. E aí, uma das coisas que aqui também é feito e que não é feito em qualquer... em todos os lugares é esse registro delas, né. Então, elas também é... gastam muito tempo fazendo o registro, né. O que pra gente é bom: o fato de ter isso tudo registrado é bom, mas tira um pouco elas desse tipo de trabalho, né. E aí cada vez que tem uma coisa aí pra fazer elas é... tem essa, esse receio de fazer porque elas tem o tempo delas pra fazer essas coisas e se acham muito sobrecarregadas. E de fato elas são, mas assim, elas também não tentam fazer isso. Tem medo.(...) É um processo longo, né, porque elas tem que entender que elas conseguem, que elas são capazes, porque às vezes elas tem uma autoestima desse tamanho, né (faz gesto com as mãos indicando pequeno). E elas não se acham capazes de fazer isso ou de dar uma resposta pra comunidade quando elas são questionadas. Acho que até passar isso, até elas aprenderam que elas podem, até elas aprenderam que podem até dizerem que não sabem, né, porque eu acho que o grande medo é esse: é o do não saber. (...) Elas focam as famílias, mas, assim, individualmente, né, não é uma coisa que elas juntem o quarteirão, por exemplo, e possam conversar alguma coisa com aquela comunidade. Então eu acho que com a comunidade falta bastante.” (Enfermeira - C)

“Coordenar sozinho o grupo. Tem alguns grupos que são muito bem vistos coordenados pelos agentes, que algumas enfermeiras até delegam, né, pra... ficar... ou pro bem deles, pra eles terem autonomia ou pra se livrar do trabalho deles, porque tem todo tipo de profissional, né. Eu não vejo mal nenhum deles coordenar qualquer grupo de... do qual eles fossem treinados porque eu não vejo diferença em falar aqui dentro do grupo na instituição e falar na porta da casa da pessoa, né. Se ele entende de calendário vacinal, porque que ele não pode fazer um grupo de vacinas com mães?! Né?! Se ele entende de métodos anticoncepcionais, porque ele não pode falar sobre métodos anticoncepcionais pra adolescentes se ele é mais íntimo?! Eu não me sentiria diminuída ou... se na minha unidade as pessoas preferissem fazer grupo com agente comunitário do que comigo, porque como a gente tá falando antes, a importância é o vínculo, a informação e o bem estar do usuário, né. E... isso não me parece que é muito bem visto, nem que acontece muito, né.” (Enfermeira - D)

Apesar de não saber se seria responsabilidade do ACS a usuária avalia que seria importante que o Núcleo de Saúde pudesse desenvolver atividades de lazer, descontração, visando uma maior aproximação entre os usuários e ampliando a possibilidade de atuação do ACS e também da Unidade de Saúde, no âmbito da promoção da saúde.

Os profissionais consideram que a realização de grupos com a comunidade traria esta para dentro do Núcleo, constituindo-se num trabalho coletivo e não preventivo individual já realizado pelo ACS através das visitas domiciliares. Por outro lado, reforça-se a concepção de que o trabalho do ACS deve envolver a vigilância aos usuários, já que se concebe que o trabalho do ACS com grupos facilitaria, além da adesão dos usuários, o seu trabalho de verificar/cobrar durante as visitas domiciliares se os usuários estão seguindo as recomendações propostas.

Os profissionais citam como fatores que impedem a realização de um trabalho em grupo com a comunidade: a falta de tempo ou “energia” (sic) de toda a equipe para trabalhar com grupos, uma vez que a demanda por atendimentos clínicos é excessiva; e as características pessoais do ACS, ou seja, a existência de um sentimento de incapacidade para realizar tal trabalho por medo de demonstrar um “não saber” (sic) diante da comunidade.

Além disso, uma enfermeira, apesar de relatar anteriormente a participação dos ACSs nos grupos realizados como forma dos mesmos aprenderem conteúdos biomédicos, pontua que poderiam ser inseridos nos grupos enquanto coordenadores, mas considera que isso envolveria relações de poder entre os profissionais que poderiam se sentir “diminuídos” (sic) caso o usuário preferisse participar de grupos coordenados por ACSs, especialmente se tais grupos envolvessem um trabalho de orientações a respeito de conteúdos considerados mais técnicos, como, por exemplo, sobre vacinas e métodos anticoncepcionais.

Priorizar o trabalho de visitas domiciliares e registro das informações obtidas nessas visitas imprime, portanto, ao trabalho do ACS características de um trabalho individualizado, em contraposição a um trabalho mais coletivo a ser realizado com a comunidade. Cabe ressaltar que o Ministério da Saúde ao valorizar, através do Sistema de Informações da Atenção Básica, as informações quantitativas das visitas domiciliares e o registro das condições de saúde dos indivíduos acompanhados também prioriza esse tipo de trabalho.

A observação participante reitera a concepção de que a realização dos grupos dificultaria a realização de atividades consideradas primordiais no trabalho do ACS, a saber: realização das visitas domiciliares e redação dos relatórios.

*Faz-se avaliação em equipe da participação do aluno da Odontologia no Núcleo. O aluno diz que ficou ocioso e que sente falta de uma cadeira de dentista. ACS4 e ACS1 que fizeram visitas com ele falaram que ele foi bem. O docente da Odontologia fala que eles poderiam retomar as atividades da praça. A enfermeira diz que está cansada de falar para os alunos tomarem atitude e montar grupos. A dentista entra no assunto de grupo e diz que não acha que os grupos devem ficar na responsabilidade só dos alunos, mas a equipe deveria se envolver e ela não vê 'vontade' da mesma. A enfermeira diz que concorda em alguns pontos, mas acha que falar que é falta de vontade a ofende. A dentista diz que ela mesma poderia participar do grupo na quarta de manhã e para isso seria só modificar sua agenda e não marcar pacientes, ou poderia participar de sexta depois das dez horas da manhã. ACS4 diz que depois das dez o sol é forte e ninguém aguenta. A enfermeira diz que um grupo dá trabalho e eles acham que a equipe pode deixar tudo montado para eles virem e só fazer o grupo e ir embora – cita o trabalho que eles tem no dia da promoção da saúde e os alunos vão embora quando dá o horário deles e não ajudam além daquilo. ACS5 diz que os alunos entram no grupo de gestantes, mas não ajudam a enfermeira voluntária a montar nada, ela faz tudo sozinha. A dentista cita que um residente já comentou com ela sobre experiências nas quais a equipe toda participa de atividades de grupos e também de experiências que já ouviu falar de grupos com participação ativa dos ACSs e ACS5 fala que não acha que é bom elas fazerem outras coisas e deixar o serviço delas feito mais ou menos. Além disso, ACS5 acrescenta que já participou de vários grupos – no dia da praça e no dia da promoção da saúde. A dentista diz que essa participação poderia ser ampliada e ela acha que fazer grupo não atrapalharia as atividades do ACS, mas faria parte das mesmas. ACS5 diz que ela perderia tempo que ela poderia usar para fazer os relatórios e com isso os relatórios ficariam 'mais ou menos'. A discussão se prolongou e ACS3 olha para o docente de Odontologia e diz 'já acabou a avaliação do aluno da odonto?' e o mesmo responde que sim e ACS3 acrescenta 'então acaba logo com esse blá, blá, blá nada a ver, pelo amor de Deus'. O docente diz que essa discussão sobre os grupos é uma discussão longa e que poderia ser amadurecida aos poucos e finaliza a reunião. (observação participante; reunião administrativa; 04/09/09; Núcleo C)*

A avaliação da participação de um estudante de graduação em Odontologia abre espaço para a discussão a respeito do trabalho com grupos. Apesar de conceberem que o trabalho em grupo demanda tempo para planejamento e preparação, de um lado tem-se o ACS concebendo que isso não seria “serviço” (sic) deles e tomaria tempo de outras atividades que seriam atribuições do ACS, como redigir relatórios; e de outro lado tem-se a dentista defendendo que a participação do ACS em grupos é parte de seu trabalho.

Verri (2007) defende que, apesar da visita domiciliar ser um importante instrumento de educação em saúde, uma vez que a troca de informações se dá no contexto de vida familiar do indivíduo, a possibilidade de diminuir a realização de visitas domiciliares regulares poderia aumentar a participação do ACS nos grupos – que também são instrumentos de educação em

saúde – ou ainda favorecer visitas domiciliares mais elaboradas onde elas se fizerem mais necessárias.

Além disso, ao dizer da importância de se treinar o ACS para grupos de orientação, uma enfermeira ressalta a valorização dos aspectos biomédicos do grupo, reiterando como possíveis dificuldades do ACS a ausência de saberes técnicos/biomédicos em contraposição às dificuldades inerentes à coordenação de grupos.

Bedin (2006) em estudo a respeito do potencial de empoderamento do trabalho do ACS pontua que os mesmos tem uma participação pequena e restrita na realização de grupos. Acrescenta que tal trabalho fica geralmente a cargo do enfermeiro, que direciona os grupos para temas biológicos. O autor conclui que a maior participação dos ACSs em atividades grupais e o redirecionamento dos temas trabalhados em grupo, no sentido de incluir a mobilização da comunidade na busca de soluções para seus problemas, ampliariam o potencial do trabalho do ACS de empoderamento da comunidade no sentido de torná-la sujeito de direitos.

Consideramos relevante repensar a prática grupal para além dos grupos voltados à prevenção de doenças e à população de risco, incluindo a realização de grupos de promoção da saúde. Pupin, Cardoso e Franceschini (2005) descrevem uma experiência de grupo de promoção de saúde coordenado por ACSs e estagiários de Psicologia, na qual foi possível: a articulação com a comunidade; o levantamento de necessidades e potencialidades da comunidade; uma proximidade entre serviço de saúde e usuários e o estabelecimento de relações interpessoais baseadas na solidariedade e ajuda mútua. Tal experiência permite-nos ressaltar a relevância do trabalho do ACS com grupos e, mais do que capacitar tal profissional para a realização deste trabalho, é necessário valorizar a especificidade do ACS pelo seu pertencimento à comunidade e o conhecimento que o mesmo possui enquanto membro da mesma para potencializar sua atuação.

#### **4.1.3. Reuniões de equipe: oportunidade de aprendizado para o ACS**

Os profissionais também pontuam que o trabalho do ACS no Núcleo de Saúde da Família envolve participar das reuniões de discussão de casos em equipe, mas pontuam como objetivos dessa participação aprender a discutir casos e a expressar opiniões e compartilhar casos “mais sérios” (sic).



“eu acho que tem um monte de coisas que o agente faz com a equipe. Eu acho que as reuniões que a gente tem, por exemplo, pra discutir família é... eu acho que é um trabalho que ele faz não só com a equipe, mas com estudantes também, né. E é um trabalho de aprendizagem, eu acho que é um trabalho de... de cuidado com a família, é um trabalho de aprender a discutir as coisas, né, a conversar, a se comunicar, (...) eu acho que o mais importante mesmo é essa coisa das reuniões, né, de participar das reuniões, de aprender a se colocar nas reuniões, mesmo as administrativas, né, que são coisas, assim, não só de discussão de famílias” (Enfermeira - C)

“é, discussão de família, aonde normalmente eles trazem os casos... é, porque, assim, elas acabam tomando pra elas, né, porque elas vivem nas casas, né, eu acho que é um trabalho muito complicado, mexe muito com o psicológico das pessoas, então elas tomam pra elas. E aí tem as reuniões de equipe que são as discussões de famílias e aí elas passam os casos mais sérios, né, tem algumas exceções também que elas já chegam e não dá pra esperar as reuniões de família e elas já chamam alguém pra conversar: ou o médico, ou a X. (enfermeira) ou eu mesmo pra tá passando essa demanda pra ver no que a gente pode tá ajudando. E tem as reuniões administrativas na sexta-feira que daí a gente fala mais da parte burocrática do serviço mesmo, onde elas sempre tão juntas e a opinião é sempre muito válida. É isso.” (Auxiliar de Enfermagem - C)

A participação do ACS nas reuniões em equipe é descrita, segundo os profissionais, como forma de ajuda ao próprio ACS por constituir-se em momentos de aprendizagem do ACS: aprende a expor os casos dos usuários, a discutir as informações captadas, a se comunicar e a se colocar. Os ACSs são descritos, neste relato, como destituídos de saber e, conseqüentemente, devem aprender com os demais profissionais da equipe.

Os profissionais também descrevem como sendo de ajuda ao ACS a possibilidade dos mesmos relatarem os sentimentos suscitados pelo contato com determinadas vivências/realidades dos usuários e assumirem para si a responsabilidade de resolver todos os problemas dos usuários.

Apesar de pontuarem a participação do ACS nas reuniões de equipe, o médico descreve como negativo o fato do ACS questionar, em tais reuniões, os demais profissionais da equipe a respeito de informações de pacientes encaminhados para serviços ambulatoriais ou hospitalares.

“É... o que eu sinto um pouco de dificuldade às vezes é quando eles trazem para discussão alguns pacientes e... por exemplo, querem saber de algum acompanhamento de determinada doença fora do serviço, entendeu? Tem muitas vezes, assim, que realmente no período de trabalho fica difícil parar pra ligar pro serviço e perguntar ‘não, o que que tá acontecendo com tal paciente?’ (risos) e às vezes a gente vê até residentes aí que ficam até com um pouco de raiva e falam ‘nossa, mas que curiosidade? Será que quer saber mesmo ou é só curiosidade?’ eu imagino que não seja isso, mas, às vezes são

coisas que podem ajudar em condutas e às vezes não faria diferença, né, por exemplo, o paciente tá internado e tá entubado, eu vou ligar lá pra perguntar o que, né? Tá internado, tá lá sob os cuidados do hospital, né, que que vai acrescentar eu ligar lá e saber como é que ele tá? Ele tá lá internado sobre os cuidados, né. E aí acho que atrapalha esse tipo de cobrança, né, vamos dizer assim.” (Médico - C)

O médico descreve que há um questionamento, por parte dos residentes em Medicina, em relação ao motivo do ACS buscar informações sobre os usuários, ressaltando a possibilidade de ser mera curiosidade. Parece que a tentativa de construção de uma rede de cuidados através da referência e contrarreferência baseada na construção do vínculo e responsabilização pelo cuidado é percebida pelo profissional como cobrança em relação ao trabalho que ele realiza. Sendo assim, a corresponsabilização perde seu sentido, uma vez que o médico considera que se o usuário está sob os cuidados de outro serviço, não há o que se possa fazer. Além disso, essa busca de informações é vista como mais um trabalho imposto pelos ACSs ao médico.

Cabe ressaltar, ainda, que o envolvimento do ACS com o usuário parece ser diferente do envolvimento dos demais profissionais, uma vez que o mesmo realiza visitas constantes nas residências, conhece os demais membros da família e, conseqüentemente, estabelece relações mais próximas com a comunidade, podendo assim se preocupar com os usuários, de forma diversa dos demais profissionais.

O fato do ACS passar a maior parte do seu tempo de trabalho realizando visitas domiciliares o coloca em contato direto e diário com a comunidade, o que pode fazer com que a comunidade recorra constantemente a ele em busca de informações, ou seja, ao invés de irem ao Núcleo de Saúde da Família para obtê-las, os usuários as solicitam ao ACS quando encontram o mesmo na rua durante a realização das visitas domiciliares.

Por outro lado, existe a preocupação da coordenadora da unidade em obter, numa reunião de discussão de casos, algumas informações a respeito de pacientes internados, visando preparar o ACS para receber esse usuário quando o mesmo retornar da internação.

*A coordenadora do Núcleo perguntou se algum residente iria estar no Hospital das Clínicas e os dois residentes presentes na reunião responderam que não, informando o nome de outros dois residentes que estariam. A coordenadora disse que poderia pedir para tais residentes irem ver o bebê internado e se informar sobre tudo para passar as informações para a equipe ir se preparando para quando a mãe voltar com o bebê para casa. Acrescenta que principalmente ACS1 tem que se preparar para isso. A enfermeira disse que nem sabe se a mãe e o bebê vão voltar para a área porque ela estava ficando na casa da mãe. A coordenadora afirmou que seria importante a equipe tentar saber sobre o que está de fato acontecendo*

*com o bebê, não só através das informações fornecidas pela avó. A enfermeira enfatizou que mesmo ela não morando aqui, provavelmente irá trazer o bebê para eles verem porque o vínculo que ela e a mãe dela tem com o Núcleo é muito forte. (observação participante; reunião de discussão de casos; 25/08/09; Núcleo C)*

Nesse sentido, a coordenadora entende que a informação obtida acerca de usuários em acompanhamento em outro serviço e repassada pela equipe ao ACS tem como objetivo constituir-se em formas de construção de um cuidado ao usuário e possibilita a capacitação/preparação do ACS para receber a família usuária após uma internação.

#### **4.1.4. Trabalhos burocráticos/escriturários**

Alguns usuários descrevem como trabalho do ACS no Núcleo de Saúde da Família a realização de atividades burocráticas ligadas ao serviço de secretariado tais como atender telefone, recepcionar os usuários, agendar consultas e separar os prontuários das famílias.

“é... eles atende telefone, né, marca a consulta, é... agendamento... é... tem aquelas folhas de encaminhamento também que eles... que às vezes a gente consegue... é... às vezes, não, consegue sempre, né. Às vezes os médicos pedem exame ‘não, tem que fazer em tal lugar, tá marcado’. Então a obrigação da agente é isso. Às vezes precisa de um exame de urina mais sério, né, que tem aqueles da X. (cita o nome de uma Universidade) que faz em laboratório, encaminham pra lá, elas ligam, elas agenda ‘ó, tá agendado pra tal hora, tem que tá lá tal hora’. Então, elas fazem mais do que só a visita. Não fica só lá papiando e... tudo bem, tem uma hora de descanso, né, que elas almoçam, né, nem todo mundo é de ferro, né bem (risos).” (Usuária 6.D)

“eu acho que ele deve ter muitas coisas que ele faça, né lá dentro (Unidade de Saúde da Família), uai. Ajudar lá dentro nos pacientes, nas papeladas que preciso. Eu penso que é isso daí, o serviço lá dentro também dele, né. (...) é, muitas vezes organizar pasta, papelada do povo, né. Exames. Sei lá, penso eu que ele deve seguir essas coisinhas lá dentro, né. (...) [ajudar nos pacientes como?] é... conversar, talvez. Ajudar no que precisar lá dentro, talvez ele mede uma pressão, essas coisas. Que a gente não vê, né, o trabalho lá dentro.” (Usuária 3.D)

“ah, eu acredito que ela ajuda o pessoal lá também, né, quando tem algum lá de folga e precisa tá lá na frente pra atender, ela atende também.” (Usuária 7.D)

O trabalho do ACS no Núcleo de Saúde da Família, na opinião dos usuários, restringe-se ao trabalho de recepção, que na verdade constitui-se no trabalho visível ao usuário, ou seja, o fato do ACS ajudar as auxiliares de enfermagem no trabalho de recepção é um trabalho que o usuário vê o ACS realizando, diferentemente, por exemplo, do trabalho de redigir relatórios.

Diante da pouca visibilidade do trabalho do ACS no Núcleo de Saúde da Família aos olhos dos usuários, há a dificuldade em descrevê-lo e, conseqüentemente, descreve-se que cabe ao ACS fazer tudo o que for preciso no Núcleo de Saúde da Família, mas ao mesmo tempo desqualifica-se esse trabalho ao descrevê-lo como “essas coisinhas” (sic). Da ótica do usuário o trabalho do ACS no Núcleo é descrito no diminutivo, ou seja, ele apenas é chamado a fazer algo quando o profissional responsável pelo trabalho não pode realizá-lo.

Além disso, existe uma preocupação muito grande por parte dos usuários em dissociar a ideia de permanecer no Núcleo de Saúde da Família ao fato de ficar sem trabalhar. Sendo assim, descreve-se que o ACS, apesar de ter seu horário de descanso, não fica no Núcleo de Saúde da Família “papiando” (sic) e está sempre “andando” (sic), ou seja, não está parado e realiza atividades burocráticas de secretaria.

Os profissionais valorizam o trabalho realizado pelo ACS na recepção e atividades burocráticas, como atender ao telefone, por exemplo, descrevendo-as como atividades que o ACS realiza que ajudam no seu próprio trabalho.

“Uma outra coisa que eles fazem e que me ajudou também aqui nessa unidade é fazer o acolhimento aqui na recepção, né, agendamento de consulta, entrega e cadastro de... encaminhamento, atendimento de telefone, eu acho que todas as atividades que eles fazem na unidade ajudam, né. E... mas a questão do acolhimento eu acho muito importante também, né, a pessoa quando chega na unidade e vê lá na recepção o agente da área dela, ela se sente confortável também, né, então o rodízio que a gente criou aqui que tem que ter um agente pra ajudar lá na recepção eu acho muito interessante, muito produtivo. (...) nós vimos que na recepção nós só tínhamos duas auxiliares que são as fixas que ficam na recepção, no acolhimento elas não estavam dando conta, não estavam satisfeitas com isso e a gente acha importante a pessoa trabalhar com satisfação (...) aí nos fizemos uma escala e daí todo dia da semana tem um agente comunitário ajudando na recepção.” (Enfermeira - D)

“eles ajudam na recepção, ajudam com os prontuários, com tudo. Não só com as famílias, em tudo. (...) A gente tem uma escala, né, eles ajudam a gente, cada dia fica um. Porque nós auxiliares temos que ficar na recepção, fazer o trabalho de auxiliar, né, então, quer dizer, enquanto eles fazem esse trabalho pra gente, burocracia, recepção... dá pra gente fazer a outra parte. (...) [na recepção] acolhe, faz o acolhimento, né, porque a recepção é a porta de entrada do núcleo, todos passam por ali, eles procuram a gente por tudo, toda dúvida eles vem tirar com a gente. E tem telefone, toda a parte de burocracia, tudo é a recepção que faz. (...) [atender telefone] pode. Pode

fazer o acolhimento, pode fazer uma pós consulta que é... dispensar alguma coisa, um exame. Que eles são... a gente orienta... se bem que... essa parte, voltando na pergunta atrás que você perguntou: eu não sei se isso ele poderia fazer, né, mas eles fazem. (...) [pos consulta] tipo, orientar... saí da consulta, ele saí com exame, ou receita e aí a gente marca, agenda, orienta como colher, dia de coleta, o jejum que precisa ser feito, todas essas coisas.” (Auxiliar de Enfermagem - D)

*ACS2 diz que não sabe se um usuário de sua microárea que tinha consulta agendada veio. ACS4 disse que veio e que seu resultado de exame já chegou. A enfermeira diz ‘ei, recepção, hein?’ e ACS4 diz ‘tá vendo. Às vezes é bom ficar um pouquinho de vez em quando na recepção’.* (observação participante; reunião de discussão de casos; 04/08/09; Núcleo C)

Um dos trabalhos realizados pelo ACS na recepção é, segundo os profissionais, o “acolhimento” (sic), sendo enfatizado o fato do usuário ser recepcionado pelo ACS que realiza visitas domiciliares na comunidade – o que pressuporia, segundo os profissionais, um vínculo já estabelecido.

Realizar procedimentos burocráticos permite aos demais profissionais, segundo uma auxiliar de enfermagem, ter mais tempo para realizar procedimentos técnicos. A ajuda prestada pelo ACS, portanto, consiste em diminuir o tempo gasto pela auxiliar de enfermagem com serviços de atendimento aos usuários na recepção da unidade. Quanto à realização da pós-consulta, a auxiliar de enfermagem questiona se o ACS poderia realizar esse trabalho que consiste em, além de agendar retornos das consultas, orientar quanto à forma de coleta de cada exame e à preparação necessária para a realização de cada exame, já que tal trabalho envolve aspectos técnicos específicos, mas, apesar da dúvida, afirma que o ACS realiza tal atividade.

Assim, parece que deter o conhecimento técnico possibilita uma inserção específica na equipe de saúde, ou seja, existem atividades delimitadas, específicas para os profissionais que possuem conhecimento técnico. No caso do ACS, por não ter o conhecimento técnico, essas delimitações de funções ou atividades parecem ser tênues ou até mesmo inexistentes, cabendo aos mesmos colaborar com diversas atividades na Unidade de Saúde.

Na observação participante a participação do ACS na recepção é valorizada como forma de captar informações dos usuários, ou seja, através do trabalho do ACS na recepção que o mesmo pode obter também informações a respeito das famílias acompanhadas.

#### 4.1.5. Multifuncionalidade do trabalho do ACS: o faz tudo

Os profissionais descrevem uma série de atividades que são atribuídas ao ACS no seu fazer cotidiano, a saber: pesar usuários, ajudar na limpeza na ausência da auxiliar de serviços gerais da Unidade, ajudar na arrumação das salas de atendimento, realizar a busca ativa de faltosos, ajudar em campanhas de vacinação, entregar encaminhamentos para os usuários quando os mesmos não conseguem ser avisados por telefone para ir retirá-los na Unidade de Saúde e acompanhá-los em atendimentos/internações em serviços especializados.

“Aqui... né, tem às vezes essas coisas de, por exemplo, pesar alguém. Isso já é uma técnica que não era pra ser feito por elas, né, mas elas faziam isso se elas tivessem sozinhas aqui, né, como usuários da unidade. Aqui tem muito usuário que chega na unidade, vai lá e se pesa, né. Então elas faziam isso se tivessem com uma amiga ou qualquer coisa do tipo, mas não é pra fazer. E... que mais aí que às vezes elas fazem... a coisa de... de cobrir a história da limpeza, por exemplo, aqui elas fazem, né. Aqui a gente faz junto quando não tem o auxiliar de limpeza, elas ajudam muito. Algumas mais, outras menos, mas elas ajudam bastante. É... a cobrir essa falta da auxiliar de limpeza, que não é função delas. Que mais? Acho que é só. Essas coisas às vezes de arrumar os consultórios que elas também ajudam, né, a fazer isso.” (Enfermeira - C)

“ajuda a enfermeira numa visita, a enfermagem, a equipe lá na frente a fazer recepção, a... avisar, a ir atrás de faltoso. Enfim, é o que eu falei: é um peão que ajuda no que pode e, às vezes, no que não pode tá ajudando. (...) ele acaba tendo que ajudar em algumas coisas. Então ele pode ajudar numa campanha de vacina num horário fora, (...) a levar encaminhamento quando a pessoa não tem telefone ou porque não consegue vir até a unidade, na... telefonar pra essa pessoa pra ela vir buscar encaminhamentos, e... há casos assim, do agente comunitário acompanhar o...o usuário numa consulta com especialidades porque não tem outra pessoa que possa fazer isso, né, quer dizer ele não é parente, não é da família, mas ele conhece aquela família, conhece aquela pessoa, então ele pode em casos assim até acompanhar a pessoa numa internação, numa consulta de especialidades. Pode ser feito. É... não sei se isso tá escrito né, nos protocolos ali de... da... do... do que o agente tem que fazer, é... assim, ele é um... assim, como... como todo mundo que eu acho que trabalha na porta de entrada do SUS, do sistema do SUS é um peão, certo, e esse peão a gente acaba usando onde for necessário, além do que ele faz, muitas vezes ele é usado pra outras coisas.” (Médico – D)

Percebe-se que o ACS dentro do Núcleo de Saúde da Família é concebido pelos profissionais como um “peão” (sic) uma vez que realiza diversas atividades, tais como a limpeza e o acompanhamento de usuários em serviços especializados. Têm-se a impressão de que toda a demanda por serviços não técnicos específicos pode recair sobre o ACS. Foi enfatizado que tais atividades não são realizadas sistematicamente, mas constituem-se em

forma de ajuda nas atribuições de outros profissionais (auxiliar de serviços gerais e auxiliar de enfermagem), mas delegar ao ACS, e não a todos os demais profissionais da equipe indiscriminadamente, constitui-se numa desvalorização do trabalho que é próprio do ACS.

As observações participantes corroboram a delegação ao ACS de uma diversidade de atividades nos Núcleos de Saúde da Família.

*ACS5 disse que não gostou do que aconteceu na reunião de sexta-feira e ficou chateada: uma residente de medicina disse que elas (ACSs) não entregaram os convites e por isso um evento não havia dado certo. A enfermeira disse que também não gostou e que ACS5 tinha razão de estar assim. ACS5 acrescentou que seu trabalho está sobrecarregado, que tem fechamento do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e que tem que avisar as famílias do dia da promoção da saúde que está em cima da hora para acontecer (será daqui dez dias). Com relação ao comentário de ACS5 sobre o fato de ter muita coisa a fazer, a enfermeira fala em tom de brincadeira: 'que isso, ACS5, pra que ter carteiro, pra que ter medidor de luz, o agente faz tudo isso'. ACS3 comenta rindo 'tem casas que eu falo vim medir a luz e eles já sabem que sou eu porque são casas que não tem energia'.*

*ACS5 disse que avisar a comunidade não é um trabalho rápido, não é só entregar o convite porque tem gente que não lê e que ela tem que ler e às vezes a pessoa pergunta as coisas e isso demora mais. Ela acrescenta 'eu não entendo porque é os agentes que tem que fazer isso. Porque os estudantes que saem com a gente não pode ajudar?'. A enfermeira disse que é para ela pedir ajuda para os alunos da odontologia que estão na unidade amanhã. (observação participante; reunião das ACSs com a enfermeira; 11/05/09; Núcleo C)*

*Chegando à unidade após a realização das visitas domiciliares, a auxiliar de enfermagem diz que tem uma notícia que é boa e ruim ao mesmo tempo: a auxiliar de serviços gerais foi chamada hoje para fazer uma cirurgia que estava esperando há tempos. A ruim é que vai precisar de ajuda para abrir a unidade, para ficar na recepção e para limpar a unidade até que saia a licença da auxiliar de serviços gerais e eles mandem alguém para fazer a limpeza. ACS5 disse que pode abrir a unidade amanhã de manhã. ACS4 diz que ajuda na recepção quando for preciso e pergunta para a auxiliar de enfermagem se ela ficou apertado hoje por estar sozinho na recepção e a mesma disse que não, que hoje foi tranquilo. (observação participante; Unidade de Saúde; 20/07/09; Núcleo C)*

*ACS5 pergunta se alguém tem um chinelo, pois ela iria lavar o corredor do núcleo já que estava muito sujo. Ninguém tinha chinelo e ela põe uma bota e pergunta se está feio. Todos dizem que não e ela ri dizendo achar esquisito, 'mas tudo bem'. Pede ajuda para ACS4 ver como se encaixa a borracha na torneira e ACS4 vai ajudá-la. ACS5, então, lava o corredor. (observação participante; Unidade de Saúde; 22/07/09; Núcleo C)*

*Chego à Unidade de Saúde e ACS3 estava lavando a calçada. ACS1 estava retirando a água do alpendre e ACS4 (ACS) estava desinfetando a mesa da recepção com álcool. ACS5 e ACS2 estavam tomando café. (observação participante; Unidade de Saúde; 30/07/09; Núcleo C).*

Uma questão importante a ser refletida, a partir dos relatos, é que além da responsabilidade pela atividade de distribuição dos convites, recai sobre o ACS a responsabilidade sobre o êxito do evento, sendo culpabilizado caso contrário, o que conseqüentemente cria resistência para a execução de determinadas atribuições.

Além disso, na ausência da auxiliar de serviços gerais são os ACSs que assumem a função de cobrir suas atividades. Questiona-se o fato de só o ACS realizar tal serviço: assumir tal função parece reiterar uma divisão hierárquica do trabalho, na medida em que os que detêm um saber técnico delegam ao ACS a responsabilidade pelo serviço de limpeza. Assumir tal responsabilidade constitui-se em desvio de função do ACS e seria necessário outro profissional específico e não o ACS para substituir a auxiliar de serviços gerais.

Ferraz e Aerts (2005) em estudo realizado sobre o cotidiano do trabalho do ACS em Porto Alegre pontuam a descaracterização e burocratização do papel do ACS, uma vez que o mesmo realiza atividades de apoio à equipe através de trabalhos burocráticos como: atender usuários na recepção, procurar prontuários de pacientes, atender ao telefone, entregar medicação e agendar consultas. Os autores consideram que tal fato além de sobrecarregar o ACS com tarefas que descaracterizam o seu papel, transforma o mesmo num “tapa buracos” (p.354) da carência de outros profissionais nos serviços de saúde.

Segundo Morosi, Corbo e Guimarães (2007) o desvio de função no caso do trabalho do ACS ocorre pela “compreensão do trabalho do ACS como inespecífico e de baixa complexidade, podendo ser redirecionado, segundo as necessidades dos serviços, para atividades que supostamente exigem pouca capacitação” (p. 267).

Os dados do estudo apontam a descaracterização e a desqualificação do trabalho do ACS na medida em que os demais profissionais consideram que o ACS pode deixar de realizar suas atribuições específicas para ajudar em atividades que não exigem competência técnica na unidade. Além disso, a equipe não assume a responsabilidade compartilhada por determinadas atribuições (como a distribuição de convites para eventos do NSF) sobrecarregando, portanto, o ACS.

#### **4.1.6. Acompanhamento longitudinal**

Alguns profissionais apontam que o trabalho do ACS é o diferencial do serviço prestado pelo Núcleo de Saúde da Família em comparação a um serviço de prontoatendimento por possibilitar à equipe a realização de um acompanhamento longitudinal do usuário.



“eu acho um trabalho super legal, porque, assim, como eu tenho esses... esses dois vínculos totalmente diferente [refere-se ao seu trabalho no SAMU e ESF] e aí no momento, assim, eu vejo aquele paciente só naquele momento e como uma doença. Aqui é muito diferente, o fato de você acompanhar o paciente, saber da vida dele, saber o que que acontece. Acho que quando ele chega pra gente até o atendimento consegue ser diferente, que às vezes uma queixa que vem de longa data, que o médico não consegue descobrir a causa não tem nada a ver com a queixa, é uma coisa psicológica que tem por trás disso e que acontece lá na casa. E o agente comunitário consegue identificar isso. Então ele consegue trazer pra gente a informação de uma pressão que não controla de maneira nenhuma e que o médico só vai aumentando a medicação, ali ele consegue chegar e trazer essa informação “ah, não controla porque ele não toma a medicação, então não adianta a gente aumentar”. Então eu acho que tudo isso é muito válido. Diferencia muito o trabalho.” (Auxiliar de Enfermagem - C)

“eu acho ele (ACS) essencial, mais do que muito importante, acho ele essencial. (...) Porque eu acho que fazer que nem fazíamos antes, né... é... um pronto atendimento, sem um seguimento mais específico, consultas muito soltas, orientações muito espaçadas, elas não dão um bom resultado, né. E eu... essa questão do agente tá sempre deixando a família à vontade, deixando uma abertura pra família se vincular, se abrir, né, buscar o cuidado dela, seja só da saúde física, ou da saúde mental, ou da autoestima, das necessidades que ela tem é extremamente importante, é indispensável na minha opinião.” (Enfermeira - D)

Segundo os profissionais, o trabalho longitudinal na Saúde da Família permite um olhar integral ao usuário, não focalizando o problema apenas na doença. Apontam que o ACS é quem consegue ter esse olhar para além da doença em si, levando tais informações ao restante da equipe. Realizar o acompanhamento dos usuários é construir uma relação com os mesmos baseada na abertura e na liberdade para conversar, criando um vínculo entre usuário e ACS.

Ver o ACS como o responsável pelo acompanhamento longitudinal pode reiterar a fragmentação do atendimento em saúde, ou seja: ao ACS caberia a manutenção do vínculo e a escuta ao usuário e aos demais profissionais caberia a realização dos atendimentos clínicos individuais curativos. Acreditamos que a mudança das práticas assistenciais depende da mudança do processo de trabalho de todos os profissionais da saúde e que o ACS deve constituir-se em mais um personagem corresponsável por tal mudança juntamente com toda a equipe de Saúde da Família.

#### 4.1.7. Dificuldades no trabalho do acs

Além da descrição do que profissionais e usuários consideram fazer parte do processo de trabalho do ACS, os participantes da pesquisa também apontaram as dificuldades que permeiam tal trabalho, a saber: práticas intersubjetivas e falta de valorização.

##### 4.1.7.a. Práticas intersubjetivas

Como dificuldade encontrada pelo ACS na realização do seu trabalho, de acordo com os participantes, foi apontada a proximidade dele com o usuário, o que pode fazer com que o ACS vivencie o problema/situação como se fosse seu e/ou sintasse angustiado.

“a angústia, né, de chegar lá e... às vezes elas chegam aqui pra gente... é até muito engraçado, porque o que elas pegam na rua, o que elas pegam pra elas, elas jogam em cima da gente. E tem coisa que a gente não vai conseguir resolver. Não é a saúde que vai conseguir dar conta desse tipo de problema. Então eu acho que elas vivem numa angústia muito grande o tempo inteiro. Violência familiar, fome. Que nem a ACS3 encontra muito isso na X. (cita o nome da área), né. Uma gestação de um bebê atrás do outro, criança desnutrida e é uma angústia, assim, que em alguns pontos a gente consegue intervir e ajudar e em alguns a gente não consegue. O que eu posso orientar pra uma mulher vítima de violência é fazer um boletim de ocorrência, agora se ela vai fazer ou não é uma demanda dela e a agente comunitária tá aí junto com elas. A ACS3 já passou uma situação do... do rapaz chamar ela dentro da casa e a menina tá acorrentada na cama. Então, assim, o psicológico delas é muito difícil trabalhar. (...) elas já chegam com a demanda da rua. Então elas precisam botar pra fora o que tá acontecendo, de alguma forma (...) não dá, não é nosso. Esse problema aqui a família que tem que resolver.” (Auxiliar de Enfermagem - C)

“E pra elas isso é muito difícil, primeiro porque elas não sabem, né, como lidar com a coisa. Elas não tem conhecimento nenhum com relação à doença, por exemplo, e elas que são também o ombro dessas pessoas que tão sofrendo. Então é em cima delas que vai. Eu acho que o desgaste emocional, o desgaste... é o pior, é a maior dificuldade que tem pro... pro trabalho delas mesmo. (...) eu acho que ele é muito desgastante, né. Pra início de conversa ele é muito desgastante, porque o agente comunitário ele não tem uma formação aí pra lidar com uma série de problemas, então ele sente isso de um jeito muito... forte, né, muito... como é que eu vou dizer... muito igual a como as pessoas estão sentindo. Então elas sofrem muito. Estão muito junto com as pessoas, elas é... tem a mesma, o mesmo tipo de ansiedade, né, de tentar resolver problemas. De achar, por exemplo, que o médico pode fazer milagres e resolver o problema da pessoa, aquela necessidade da pessoa.

Porque às vezes não é o problema, às vezes é só uma necessidade de saúde, né, uma coisa mais ampla do que isso. E elas acreditam, elas ainda acreditam que o médico tem esse poder todo de resolver.” (Enfermeira - C)

“eu acho que o trabalho que ele tem, a dificuldade que ele tem é de filtrar tudo isso e não viver a situação das pessoas. (...) aí você filtra o que que é bom pra você e o que não é você deixa ali, na minha pasta. Eu sei, minha pasta foi arquivada, ela vai lá pra dentro e você pode até pensar no meu problema amanhã, mas você não vai viver ele 24 horas de cada paciente que você recebe. Agora eles não tem treinamento pra isso. Eles recebe, filtra e não consegue filtrar nada e guarda pra eles. Entendeu? Eu acho que isso é muito complicado. Eu penso que deve ser muito confuso. (...) Porque muitas vezes, coitados, eu fico até com dó, eu acho muito legal o que eles fazem, porque muitas vezes quando eles chegam na casa de alguém eu acho que quando as pessoas que tão meio, assim, deprimidas eles despejam tudo neles. Sabe como que é? E não é o trabalho deles. (...) Porque bem ou mal todo mundo descarrega neles. Eles é o ponto de apoio de tudo. Porque as pessoas sente nele uma confiança, um profissional, uma pessoa “olha, eu posso confiar nela, ela vai resolver meu problema” e muitas vezes só de escutar já tá resolvendo. Você entendeu? Quantas mulher que é aí sozinha aí que ela senta, faz ela sentar e descarrega tudo nela, depois ela levanta e vai embora, assim, com um saco de problemas nas costas da outra. E muitas vezes não sabe como agir naquela situação, né, deixar de lado ‘ó, acabou. Vou deixar o saco de problemas dela aqui e vou passar pra outra casa’. Muitas vezes emocionalmente elas até se envolvem e isso... eu acho que deve acarretar até um certo... de problemas pra elas mesmo. Eu não sei se eles tem esse tipo de acompanhamento, entendeu? Mas pra mim o que seria legal pra eles era esse tipo de coisa. Porque eles ajudam muito as pessoas. Tem pessoas, olha, que eu já conversei assim, que fica esperando a visita deles pra poder conversar porque é sozinho.” (Usuária 6.C)

Os profissionais apontam que a proximidade do ACS com os usuários faz com que o ACS acompanhe de perto as vivências dos usuários, o que pode ser fonte de desgastes, angústias e sensação de impotência para o ACS. A enfermeira credita tais sentimentos ao fato do ACS não deter um saber e, segundo a mesma, deter um saber corresponde a entender as limitações de atuação profissional o que, conseqüentemente, amenizaria possíveis angústias e sentimentos de impotência.

Na mesma direção a usuária aponta que o ACS, pela ausência de treinamento para isso, não consegue deixar de guardar para si o que ele escuta dos usuários e não consegue filtrar essas informações, ou seja, as informações passariam a fazer parte da vida do ACS pelo fato dele não conseguir separar trabalho e vida pessoal. Segundo a mesma, haveria uma forma de trabalhar marcada pelo distanciamento na relação com os usuários e pela seleção do que se deseja levar consigo da vida/relato/problemas do usuário (“o que é bom” (sic)), desde que adequadamente treinado para isso. Credita-se a um treinamento a forma de ajudar os ACSs a entender os usuários e a separar os problemas dos mesmos de seus problemas pessoais.

Os momentos de observações participantes explicitam o alto envolvimento dos ACSs com as problemáticas dos usuários.

*A ACS2 diz: “ontem eu cheguei lá, né, a minha primeira visita do dia. Fui até com o X. (cita o nome do estudante de medicina) quem atendeu foi o marido. E quando eu perguntei da esposa dele, ele disse: ‘ela morreu’.*

*A coordenadora pergunta: ‘e ela morreu mesmo?!’*

*E a ACS2 respondeu: ‘morreu! Eu fiquei assim, sabe... o X. (cita o nome do estudante de medicina) até me disse ‘ACS2, você ficou com uma cara!’.* Sabe, e ele me falou assim ‘ela morreu’. Mulher nova, 39 anos, tinha problema no coração, mas tava tudo controladinho. E ninguém me falou nada, sabe, nem vizinho, nem ninguém veio aqui me falar. E isso foi 14 de abril. Agora ele (marido) tá morando sozinho e a menina de 13 anos tá com uma tia. Ele pediu para eu não tirar ela do cadastro porque ela tá cheia de problemas e eu deixei, tá?’ a ACS2 disse olhando para o médico. E continuou: ‘Agora eu tenho outro caso...’ Quando ACS2 fala isso, alguns na sala riem pela forma como ela falou – parecia que estava cansada. E ela comentou: ‘é, gente. Ontem foi o dia!’ E o médico logo diz: ‘quem acompanha?’ – referindo-se ao outro caso a discutir. A ACS2, então, começou a relatar os dados de outra família. (observação participante; reunião de discussão de casos; 12/05/09; Núcleo C)

*ACS5 diz que tem que passar uma informação. Fala de uma usuária que tem ‘menatoma’ e a enfermeira diz ‘melanoma’ e ACS5 fala ‘isso daí’ e a enfermeira diz ‘repete’ e ACS5 diz ‘Mena... ah, é isso’. ACS5 diz que foi fazer a visita domiciliar e a mulher disse que agora está na cabeça, no ombro e perto do peito. ACS5 diz que está avisando porque passou para ela vir no núcleo conversar com alguém quando ela estiver se sentindo mal, porque no Hospital das Clínicas eles tratam a doença, fala só da doença, mas no Núcleo ela pode vir conversar de outras coisas. (...)*

*ACS5 concluí ‘é só pra passar e avisar que eu falei isso pra ela’ e depois acrescenta ‘e falar que pra mim tá muito difícil eu ir lá’. Fica quieta e uns instantes depois começa a chorar (tudo que relata a partir desse momento, relata chorando e com dificuldades para falar). ACS5 fala que conversou com o residente responsável pela família e ele disse que não tem jeito e que o negócio é assim mesmo e ACS5 disse que a mulher pergunta para ela se ela vai ter mais filhos e ACS5 disse que sim e a mulher insiste que ela não vai poder mais. ACS5 disse para ela que ela vai melhorar e vai ter mais filho ‘mas a gente sabe que não é assim. Fala pra ajudar, mas a gente sabe’. A enfermeira fala que sabe que está difícil para ACS5, mas a usuária fez o vínculo com ela e agora precisa dela para ajudá-la nem se for só ouvindo o que ela quer dizer.*

*(...)*

*A enfermeira pergunta para ACS5 se ela acha que iria ajudar alguém acompanhar ela na visita. ACS5 disse que já foi comigo (pesquisadora) e a enfermeira pergunta se a mulher conseguiu falar normalmente e ACS5 diz que o problema não é a visita domiciliar, o problema é com ela (ACS). ‘Eu não to numa fase boa pra ir lá’. ACS5 fala que lá consegue conversar e corrige ‘conversar não, eu escuto, né, porque ela precisa falar’, mas depois que escuta tudo, ela chega mal no Núcleo.*

*Uma docente que estava participando da reunião pergunta porque ela fica mal. ACS5 diz que é muito ruim ver tudo isso acontecer, que a usuária estudou com ela, elas tem a mesma idade, tem filho pequeno pra criar e ACS5 acrescenta ‘eu fico pensando que se não fosse ela poderia ser eu’.*

*A docente fala que tem uma identificação muito forte de ACS5 com a usuária até porque elas já foram próximas. Acrescenta que fica difícil porque agora é quando a usuária mais precisa de apoio e está vendo em ACS5 um apoio muito forte.*

*A aprimoranda de Psicologia pergunta se não tem ninguém mais da família para ajudar. ACS5 diz que a irmã faz tudo para ela, 'eu acho isso até bonito, a irmã cuida do que precisar'.(...)*

*ACS5 fala que a aprimoranda de Psicologia poderia ir lá para escutar a mulher. E a mesma fala que vai ver se no Hospital das Clínicas eles atendem a mulher mesmo ela não estando internada. ACS5 fala 'ah, então depois você vai lá falar isso pra ela porque eu não consigo'. A aprimoranda pergunta 'falar do atendimento?' e ACS5 fala 'é, você não tá falando que ela vai no grupo no HC?!' e a aprimoranda diz que não é grupo, que é um atendimento da oncologia e diz que ela estando lá no HC o aprimorando pode acompanhar o caso de perto.*

*ACS1 diz que pode ir com ACS5 nas visitas. ACS5 diz que daí dá para fazer só essa visita pela manhã porque ela conversa o tempo todo. ACS1 diz que não tem problema.*

*ACS5 diz que está tendo que ir na rua da casa dela (fazendo as visitas daquela rua) e a mulher fica lá fora esperando e quando vê ACS5, chama e ACS5 fica lá conversando. ACS5 disse que já tentou fugir, mas não consegue porque a mulher precisa desabafar, só que ela não está dando conta de ouvir.*

*(...) A enfermeira fala que não sabe o que fazer e acha que ACS5 tem que ir lá porque o vínculo foi estabelecido com ela e o que eles podem fazer é, posteriormente, escutar ACS5 desabafar tudo o que sentiu indo lá. A enfermeira acrescenta 'não adianta eu ir lá com você porque vai voltar as duas desse jeito', mas acrescenta que a equipe pode ouvir tudo isso cada vez que ACS5 voltar de lá.*

*ACS5 diz 'ai, pronto' e respira fundo dizendo que precisava desabafar. A enfermeira diz 'isso, respira fundo e vamos em frente'. (observação participante; reunião de discussão de caso; 03/09/09; Núcleo C)*

*ACS3 começa a relatar um caso. Quando fala o número da família a enfermeira diz que a mulher veio ontem no núcleo e saiu brava. O médico disse que o residente responsável pela família atendeu e orientou a pessoa a voltar à tarde porque precisava ligar para ver se conseguia encaixe na dermatologia. A enfermeira pergunta se o residente explicou para a usuária porque ela teria que voltar a tarde, porque às vezes já é difícil para a pessoa vir no núcleo e esperar o atendimento e quando é atendida eles falam para voltar a tarde sem explicar o porque e, assim, a pessoa sai brava mesmo. O médico disse que acha que ele falou e que não teria como fazer nada pela manhã porque o agendamento é só à tarde.*

*ACS3 fala 'daí vai agendar para o ano que vem e não adianta nada. Até lá a menina morreu. Deixa morrer, né?' Acrescenta que já cansou de falar que para o pessoal da área dela o atendimento não pode ser o mesmo do de todos os outros porque lá as coisas são diferentes: a criança está com uma ferida aberta e os médicos dizem que não pode tapar. Tudo bem, a mãe não tampa. Quando estoura o esgoto a criança nada naquela água com a ferida e enfatiza 'tem que tapar, então'. ACS3 fala irritada que não se pode esperar quando der para marcar a dermatologista porque a ferida está feia e é uma criança. Diz que se fosse a mãe também sairia de lá irritada porque eles vão esperar a criança morrer para olhar para a ferida dela.*

*A enfermeira diz que vai ligar hoje a tarde e pergunta para ACS3 se tiver encaixe para hoje ACS3 pode ir avisar. ACS3 diz que vai avisar nem se tiver*

*que ir aos finais de semana e já disse que não se importa se tiver que trabalhar no sábado e domingo. (observação participante; reunião de discussão de casos; 27/08/09; Núcleo C)*

Uma ACS demonstra, através de seu relato durante a discussão de casos, estar mobilizada com a morte de uma usuária. Apesar de sentir-se afetada pela situação da morte da usuária, tanto a ACS quanto a equipe não abrem espaço para poder refletir a respeito dos sentimentos que tal morte mobilizou, mudando de assunto imediatamente após o relato da situação. O recorte apresentado da reunião reflete a dificuldade de toda equipe em lidar com a temática apresentada – morte. O não aprofundamento na temática imprimiu à referida discussão de caso uma finalidade meramente informativa, ou seja, o ACS apenas transmitiu informações a respeito da comunidade ao restante da equipe.

Em outra reunião de equipe uma ACS descreve a situação de uma usuária que tem o diagnóstico de câncer de pele e o vínculo que estabeleceu com a mesma. A ACS explicita para a equipe sua dificuldade em estar em contato com esta usuária. Uma docente que não faz parte da equipe e estava presente na reunião mantém uma postura investigativa interpretativa do que representa a proximidade da ACS com a usuária (identificação, vínculo, dificuldade em lidar com a morte, dentre outros), a aprimoranda de Psicologia que fazia seu Aprimoramento Profissional no referido Núcleo compromete-se a investigar os serviços a que esta usuária poderia ter acesso (atendimento psicológico no Hospital das Clínicas) e a enfermeira reitera a importância da continuidade da visita domiciliar realizada pela agente. A equipe, apesar da tentativa de se aproximar da vivência descrita pela ACS, parece ter dificuldades em ampliar as questões e discutir acerca das fragilidades, sofrimentos e morte, ou seja, a equipe tangencia os problemas relatados pela ACS e uma profissional externa à equipe é quem mais consegue se aproximar das vivências trazidas pela ACS. Além disso, diante da dificuldade em estar próxima à usuária nesse momento difícil, quem se propõe a acompanhá-la nas visitas domiciliares a esta usuária é outra ACS. A enfermeira compartilha com a ACS, tanto o não saber diante do caso, quanto os possíveis sentimentos emergentes do contato com tal usuária.

Em outro momento, uma ACS explicita os riscos que uma criança residente numa área com esgoto a céu aberto corre por ter uma ferida na perna. A ACS enfatiza perante a equipe as especificidades e a urgência do caso e se coloca no lugar da mãe da criança citando que também ficaria “irritada” (sic) com o pedido para voltar ao Núcleo em outro período para tentar o agendamento. Cabe ressaltar que a ACS também se coloca disponível para colaborar

com o caso (avisando a respeito da data do agendamento) mesmo aos finais de semana, demonstrando alto envolvimento com o mesmo.

Martines e Chaves (2007) em trabalho a respeito da vulnerabilidade e sofrimento do ACS descrevem que a vinculação com o usuário pode ser fonte de sofrimento, ressaltando que a representação do ACS a respeito do vínculo dificulta-lhe estabelecer limites relacionados a tal vínculo, à reciprocidade e à doação de tempo e empenho, acarretando sentimentos de impotência, cansaço e solidão.

Além disso, tais autoras pontuam que o sentimento de impotência do ACS é reforçado pelo fato dos ACSs idealizarem a própria prática, ou seja, ao ingressar na profissão eles têm a ideia primária de onipotência diante da comunidade assistida, acarretando ambiguidade no confronto com a realidade que os defronta com os limites de atuação.

Os profissionais apontam, ainda, como dificuldades enfrentadas pelo ACS na realização de seu trabalho, a vulnerabilidade perante sua exposição à comunidade enquanto representante do serviço de saúde e sua exposição também a doenças infecciosas e à violência.

“Penso que a exposição que ele faz, que é uma exposição de figura, né, você dá a cara a tapa, você é a porta de entrada, você tá na rua, né. Muitos agentes tem medo de se envolver em certas questões, muitos técnicos tem medo, eu tenho medo de muitas coisas, né, aposto que você entende o que eu to falando, porque a gente lida com questões particulares e íntimas, né, e aí a gente fica sempre exposto, né, e em todos os lugares a gente faz... (...) E o agente tá aí, no rico ou no pobre, né, no alto... classe social ou na baixa classe social ele tá exposto. Ele é a porta de entrada, ele é o vínculo da unidade, mas ele é a pessoa que dá a cara a tapa, ele tá ali. Quem tá dentro da casa da pessoa, quem pode ser preso, coagido, sequestrado, ter um agravo com alguém, com algum familiar ou com um filho ou com ele mesmo, mais do que todos nós? Ele. Porque é muito mais difícil o usuário entrar aqui na unidade, rancar o dr. X. (cita o nome do médico) lá dentro da sala e bater nele, ou atirar nele. Mas e lá na comunidade, quando o agente tá lá dentro da casa da pessoa? Quem morre primeiro? E eu acho que é a pior coisa, é a coisa que ele mais sente, sabe: perseguidos, expostos é o mais... é o maior medo, maior problema que a gente tem. E é com qualquer um, não tem isso que é só dessa área.” (Enfermeira - D)

*ACS5 diz que tem um cadastro para fazer de um lava rápido, mas ela não vai fazer, nem se for alguém com ela porque lá é ponto de droga e aquilo é só uma fachada. Ela disse que não faz o cadastro de jeito nenhum e fala para o médico atender eles sem cadastro mesmo. Diz que lá só tem homem e ela não vai entrar lá. Cita que ACS3 também tem uma pessoa sem cadastro que é atendida. ACS3 diz para ACS5 que ela corre dois riscos: deles estarem vendendo e a polícia chegar e eles acharem que ela quem denunciou e de ter algum acerto e ela estar lá no exato momento. ACS5 diz que não vai fazer o cadastro mesmo. ACS3 diz que quem pediu foi uma pessoa que mora na rua X. (cita o nome de uma rua) e ACS5 disse que pode*

*ir à referida rua e perguntar se ela quer fazer o cadastro e acrescentar o namorado dela. ACS3 diz “ela é bem...” e ACS5 completa ‘encrenqueira!’ e ACS3 acrescenta ‘rampeira, barraquenta!’, mas ACS5 diz que vai ver se ela quer o cadastro. (observação participante; reunião de discussão de casos; 28/05/09; Núcleo C)*

*ACS1 também diz que ‘só para informar’ e relata que foi a uma família e o filho da senhora tem tuberculose confirmada. ACS1 disse que ele está recebendo medicamento do HC e está acompanhando por lá. Ela acrescenta que ele usa uma máscara, mas viu ele um dia na rua sem esta máscara. Agora ele dorme na sala, isolado das outras pessoas da casa. ACS3 diz que agora ela tem que ficar em cima porque ele não tem juízo e pode parar de tomar o medicamento. ACS1 diz que ele falou que está tomando direito e a mãe dele confirmou. ACS5 pergunta se depois de um tempo a tuberculose não passa mais e o médico diz que depois de quinze dias. ACS1 disse que foi lá depois de 10 dias que ele começou a tratar e até ficou com medo, mas chegou ao Núcleo e perguntou para a enfermeira que disse que não tem problema de passar. ACS3 diz que teve quatro casos na sua área também. O médico pergunta se algum aluno da medicina se dispõe a ir visitar para acompanhar essa família e ninguém se dispõe. Ele diz baixinho para ACS4 ‘depois eu mando alguém ir’. ACS3 diz que ninguém quer ir mesmo e que elas não tem jeito, tem que ir. ACS5 diz ‘é! Só o agente que tem que ficar indo todo mês mesmo’. E ACS2 acrescenta ‘e sem máscara, sem nada’. ACS3 lembra de uma residente que atendia um caso suspeito com máscara e compara a ela que visitava sempre sem nada e nunca pegou. (observação participante; reunião de discussão de casos; 28/05/09; Núcleo C)*

A enfermeira considera que o ACS, por estar em contato próximo e direto com os usuários, é o primeiro a expor-se diante de situações conflituosas entre a comunidade e o serviço de saúde. Além disso, o ACS durante a realização de visitas domiciliares pode ficar desprotegido tanto em relação a vivências que envolvam violência quanto a doenças infecciosas, diferentemente dos demais profissionais da equipe que contam com o espaço protetor da unidade de saúde e com os equipamentos de proteção individuais. Os momentos de observação participante explicitam situações de risco ao ACS tanto em relação a problemas sociais (tráfico de drogas) quanto em relação ao contato com doenças contagiosas.

Fortes e Spinetti (2004), em estudo sobre a privacidade das informações dos usuários, pontuam que apesar dos demais profissionais da equipe considerarem que o acesso às informações dos usuários pelos ACSs deva ser restrito, muitas vezes os próprios usuários confidenciam primeira ou exclusivamente aos ACSs informações sigilosas não apenas no que concerne a questões relacionadas à saúde e doenças, mas informações referentes a atos ilícitos ou reprováveis socialmente, colocando o ACS em risco.

Ocorrem, em alguns momentos, pedidos explícitos de ajuda por parte do ACS à equipe, uma vez que não consegue estar em contato com usuários que estão vivenciando certas problemáticas ou que apresentam, algumas vezes, problemas semelhantes aos seus.



ACS5 diz: ‘eu também me sinto assim. Por causa da minha irmã. Depois que ela teve isso, eu não consigo ir nas casas de depressão. Só vou quando eu to muito bem. Sabe, X. (cita o nome da coordenadora do Núcleo), a gente tava precisando de um apoio pra nós. É muita coisa.’

A coordenadora questiona: ‘mas a Y. (cita o nome da aprimoranda de psicologia) não vai conversar com vocês?’

E ACS4 responde: ‘mas é dos pacientes e do que a gente pode fazer’. E ACS5 acrescenta: ‘é. Eu falo assim, pra gente desabafar’.

A coordenadora responde: ‘eu tava pensando nos cursos de terapias familiares, mas acho que o Ministério da Saúde ta investindo muito em terapias comunitárias. Se vocês tiverem interesse, eu posso ver quem trabalha com isso pra gente se interar e ver se a finalidade é compatível com o que nós queremos. Sei que tem um pessoal num bairro fazendo isso e acho que tem em duas cidades próximas coisas relacionadas, mas é fora da cidade, né?’

Um residente diz: ‘mesmo sendo fora eu me disponho a ir’. Outro residente também manifestou interesse, mas nenhum ACS demonstrou interesse.

E a coordenadora diz: ‘então eu vou ver isso direitinho e falo pra vocês tá?’ (observação participante; reunião de discussão de casos; 12/05/09; Núcleo C)

As ACSs estavam conversando entre elas a respeito de seu próprio trabalho. Tal conversa foi disparada pelo questionamento de uma das ACSs a respeito de quando eu (pesquisadora) iria começar a realizar as entrevistas com os profissionais da equipe. ACS5 diz que uma coisa que ela fala para todo mundo e vai continuar falando é que o ACS precisaria de um apoio para fazer o trabalho dele. Ela diz que o médico tem outro médico para ajudar, ‘até o dr. X. (cita o nome do psiquiatra) passa os casos dele para outro médico para ele ajudar’ e só o ACS não tem ajuda de ninguém. ACS5 diz que eles lidam com muito problema psicológico e não tem nem formação e nem ajuda para isso. ACS4 concorda. (observação participante; sala dos agentes; 20/07/09; Núcleo C)

ACS5 diz que a aprimoranda de Psicologia fez um grupo super legal em outro Núcleo – onde sentava só com as agentes para discutir casos que estavam angustiando as agentes. ACS5 diz que ela poderia fazer isso aqui e revezar com a enfermeira as reuniões de segunda de manhã. A enfermeira diz que pode ver se a aprimoranda pode. ACS2 diz que a aprimoranda só vem na segunda a tarde e ACS1 diz que pode ser a tarde e ACS5 diz que tem o grupo da psiquiatria. ACS1 diz que ela poderia vir antes e fazer o grupo com as agentes antes. ACS2 diz que ela sempre chega antes mesmo. ACS5 diz que acha que esse grupo seria ótimo ‘porque misericórdia, viu?!’ e que sabe que tem gente que não gosta, mas poderia deixar bem livre – a agente que quiser conversar com a aprimoranda conversa e a que não quiser não conversa ‘mas eu vou estar sempre, porque eu gosto muito’. (observação participante; reunião de discussão de casos; 01/09/09; Núcleo C)

ACS3 diz que tem um caso para passar. Cita os integrantes da família e complementa ‘tirando a X. (filha) todos são alcoólatras’. ACS3 diz que já passou esse caso outras vezes, que já pediu para as alunas da professora coordenadora do Núcleo fazerem visita, mas elas não deram conta e agora ela está passando de novo porque também não está mais dando conta e se for assim vai ‘lavar as mãos também’. Diz que a menina já não está mais morando em casa e que a avó diz que está morando com outra menina e vai para as baladas com roupa boa e ACS3 comenta brava ‘vocês sabem o que

*é isso, né? Prostituição’ e acrescenta que a avó disse que se a menina não saísse de casa ou ela ou a mãe da menina iriam morrer porque as duas brigavam demais e iriam acabar se matando. ACS3 disse que a mãe da menina está pedindo ajuda e quer se internar (alcoolismo). O residente de Medicina pergunta como funciona a regulação para isso e a enfermeira e o médico explicam que nesses casos é só ligar que eles vem buscar de ambulância. O médico diz que não acredita que a internação vai mudar alguma coisa e que deveria ser feito um trabalho com toda a família. A enfermeira diz que concorda, mas pelo menos isso seria um “start”. O médico disse que teria que chamar o conselho tutelar para a menina e a enfermeira responde que o conselho não teria para onde levar a menina: se levar na casa dela, vai ficar pior. ACS3 diz que a avó está achando bom que a menina saiu e está se virando. Eles discutem o problema de trazerem ela no núcleo e a ambulância não vir ou ligar lá e a paciente não ir ao núcleo. ACS2 diz que poderia ligar lá para ver se teria como a ambulância vir hoje e deixar de sobreaviso que a ACS3 poderia buscar a mulher para ser internada. ACS3 diz que vai fazer isso e o residente diz que irá ligar na regulação às nove horas. (observação participante; reunião de discussão de casos; 20/10/09; Núcleo C)*

Frente às dificuldades enfrentadas pelos ACSs busca-se responsabilizar apenas a aprimoranda de Psicologia e, posteriormente, cogita-se a possibilidade de cursos de terapias familiares como forma de ajuda ao ACS. A equipe não se vê potente para lidar com as dificuldades enfrentadas pelos ACSs, talvez por também enfrentar as mesmas dificuldades em lidar com essas situações e não poder tolerar o “não saber”, não abrindo diálogo que viabilizasse uma ampliação dos aspectos envolvidos no cuidado, optando, assim, por tomar o caminho já conhecido de buscar no fazer técnico a solução do problema.

Na mesma direção, o foco do trabalho da aprimoranda de Psicologia centra-se nos casos e não nas necessidades dos ACSs, demonstrando a dificuldade em lidar com aspectos subjetivos do trabalho em saúde que acontece através do encontro entre pessoas. O pedido de ajuda do ACS constitui-se num suporte direto oferecido pela equipe na escuta de suas vivências em relação ao seu contato próximo com os problemas dos usuários, ou seja, o ACS pede por um suporte para o que mobiliza em si mesmo no contato com os usuários. Avalia-se que a estratégia de contratar especialistas possa realmente ser de ajuda, entretanto deve-se problematizar os recursos que a própria equipe teria para construir novas possibilidades de acolhidas aos diferentes profissionais. Por que a equipe abre mão de tentar conjuntamente refletir acerca das dificuldades que enfrenta?

De forma geral, cabe destacar que as dificuldades enfrentadas pelo ACS envolvem práticas intersubjetivas, não apenas no que diz respeito aos usuários, mas também à equipe. O fato do ACS não se sentir respaldado em suas angústias provocadas pela proximidade e

envolvimento com o usuário, constitui uma dificuldade da equipe em escutá-lo tanto quanto para o ACS em se fazer ouvir.

Utiliza-se a metáfora do “balde cheio” (sic) para explicitar a forma como a equipe considera que pode fornecer ao ACS ajuda diante de situações complexas e mobilizadoras.

*ACS4 pergunta se pode começar a apresentar os casos e o coordenador do Núcleo diz que sim. ACS4 comenta sobre uma usuária que não tem respostas de um encaminhamento para um exame e que agora sua filha separou do marido. ACS4 diz que foi lá e a mulher chorou muito e disse estar pensando em ir morar em outra cidade com os irmãos porque se ficar aqui sozinha vai acabar fazendo alguma coisa de ruim. ACS4 diz que ela fala em parar de tomar o remédio da pressão alta para ver o que acontece. ACS4 diz que não sabe o que fazer e o retorno da usuária é só em julho. O médico propõe marcar uma consulta eventual. O coordenador diz que nem acha que a consulta é o problema, mas sim tentar aliviar um pouco ACS4 porque parece estar pesado visitar essa senhora. ACS4 concorda. A enfermeira diz que acha que ACS4 já está fazendo o que a usuária precisa e tem dúvidas se a usuária falaria tudo para o médico. ACS4 acrescenta que a senhora estava na casa dela e sozinha (o que poderia ter facilitado essa abertura com ACS4) e a enfermeira sugere que ACS4 continue fazendo as visitas e escutando a senhora. ACS4 diz que é pesado e a enfermeira diz que sempre fala para as agentes que os usuários vem com um balde de problemas e despejam neles e que a enfermeira vai dar um balde para cada um encher com esses problemas e trazer para eles (equipe) ajudar a aliviar. (observação participante; reunião de discussão de casos; 16/06/09; Núcleo C)*

*Uma aluna da fisioterapia diz que tem um caso que gostaria de ver com a aprimoranda de Psicologia. Ela relata que foi fazer uma visita a uma senhora que cuida do esposo acamado. Ela diz o número da família e a enfermeira já identifica a família (de ACS4 – ACS que não estava presente na reunião pois estava de férias). A aluna diz que foi lá para ver a dor que a senhora estava sentindo por ter que carregar seu marido, mas a aluna disse que ela tem sobrepeso e pensou no grupo de reeducação alimentar. Acrescentou que aproveitou para ver a situação do esposo e disse que ele tem muita força nas pernas, mas parece que ele não quer ajudar – disse que quando foi levá-lo ele jogou todo o peso de seu corpo e os dois quase caíram e depois ela foi fazer isso novamente e só com o apoio das mãos ele levantou. Ela disse que ele é extremamente irritado com a mulher e a mulher só vive em função do marido, não se alimenta direito e quando faz é um ‘prato enorme’.*

*A enfermeira disse que essa senhora sempre foi assim e que quando tem consulta liga antes para perder o mínimo de tempo possível esperando. Disse também que qualquer atraso da enfermeira quando ela vai tirar sangue do senhor a mulher dele fica brava porque atrasa na hora de dar café da manhã para ele e se ele fica com fome ele joga toda a comida na esposa. A enfermeira disse que ele já conseguiu machucar a esposa várias vezes – ele se irrita com o atraso da esposa ou com qualquer outra coisa e joga prato, xícara, tudo na mulher. A enfermeira disse que na casa deles uma parede é toda marcada de café e que acredita que esse é um jeito dela de ser, que ela sempre foi assim.*

*O coordenador fala que talvez ela se sinta a responsável por tudo que deve ser feito pelo marido e se submete a tudo o que ele quer. A enfermeira diz que ele consegue deixar a mulher sempre presa a ele .*

*ACS2 disse que encontrou a senhora na padaria toda apressada porque senão o marido fica bravo se ela atrasa com a comida. ACS2 disse que antes ela via a senhora na calçada costurando e agora nem isso ela faz mais.*

*A enfermeira diz que ACS4 é quem sofre com essa família porque ela vê que a senhora sempre está na mesma situação e fala até em parar de fazer visita para a referida família porque sempre que ACS4 vai lá a senhora fala mal do Núcleo. Diz que acha que essa é uma forma dela descontar tudo o que passa com o marido e que ACS4 chega com o balde cheio, despeja e depois eles tentam varrer tudo para ACS4 ficar com o balde vazio e continuar indo lá. (observação participante; reunião de discussão de casos; 02/07/09; Núcleo C)*

Entende-se por “esvaziar o balde” a escuta que a equipe oferece ao ACS no intuito de aliviar os sentimentos de sobrecarga e de impotência diante de determinadas vivências dos usuários. Parece que, em alguns momentos, mais que “esvaziar o balde” o ACS espera que a equipe também se responsabilize pelo usuário, no sentido de oferecer-lhe mais que a escuta já oferecida pelo ACS. Sendo assim, “esvaziar o balde” (sic) parece ter funcionalidade maior para a equipe – que considera ter ajudado o ACS no enfrentamento de seus sentimentos de sobrecarga e impotência pelo fato de fazê-lo expressar tais sentimentos (jogar para fora do “balde”) – do que para o próprio ACS, que nem sempre se sente aliviado somente pelo fato de ter expressado seus sentimentos.

Martines e Chaves (2007) tecem críticas, a partir de relatos dos ACSs, a respeito do modelo de supervisão exercido na ESF. As autoras consideram que a supervisão deve integrar três perspectivas: capacitação, educação continuada e acolhimento de demandas psicoafetivas. Acrescentam que a capacitação e educação continuada priorizam médicos e enfermeiros, não sistematizando uma preparação específica para o ACS. Em relação ao acolhimento da demanda psicoafetiva, descrevem que isso ocorre dependendo do tipo de liderança exercida pelo enfermeiro, sendo que o que exerce posturas meramente controladoras não consegue oferecer tal acolhimento.

Acreditamos que a ausência de apoio e acolhida da equipe para as dificuldades do ACS pode fazer com que as práticas do ACS centrem-se em aspectos biomédicos de controle de doenças e prevenção de agravos, ou seja, o ACS focaliza seu trabalho no já conhecido uma vez que estar em contato com as vivências dos usuários é, muitas vezes, adentrar no terreno do não saber, fonte de sentimentos de impotência e angústia.

#### 4.1.7.b. Falta de valorização

Segundo os profissionais da equipe, outra dificuldade enfrentada pelo ACS é que o mesmo não se sente valorizado, tanto em relação ao reconhecimento profissional, quanto em relação ao salário.

“E hoje a gente vê que o salário também, né. É uma grande dificuldade na vida delas, né. É muito difícil você trabalhar desse jeito e viver com um salário tão baixo como é o preconizado pelo agente comunitário. Então eu acho que é uma das... das grandes dificuldades. (...) Tem a história dos estudantes, né, que aqui é diferente. É... desde o começo a gente tem a função aí de trabalhar com os estudantes, que elas fazem, mas... que também tem suas restrições, acham que não são remuneradas pra isso, acham que é um trabalho a mais, acham que é uma responsabilidade a mais, se sentem meio abandonadas pelas faculdades, então tem essa coisa meio esquisita com essa história dos estudantes. (...) [ser acompanhada] é. Ou de deixar que os estudantes as acompanhe, né. Elas tem um pouco de restrições quanto a isso, mas de resto eu acho que... é isso.” (Enfermeira - C)

“eu acho que as dificuldades deles, como a dificuldade de todo mundo que trabalha na porta de entrada do sistema é a falta de valorização deste trabalho, né. Por todos os setores, o municipal, o estadual, o federal, né... (...) não é só valorização financeira, mas uma valorização de enxergar o trabalho na atenção básica como um trabalho importante, né, de porta de entrada pra um sistema, de... de que é possível resolver as coisas, a maior parte das coisas aqui, não precisa chegar num caso de... de infecção de garganta, por exemplo, no... no nível secundário. (...) Acho que é... a parte financeira aí já é... aí... uma coisa crônica, né, não tem dinheiro pra investir, não tem dinheiro pra pagar. Então, se a pessoa não recebe o que ela acha que deveria receber ela vai trabalhar de mau humor, não vai trabalhar legal, não vai gostar de ir ao... ao local onde trabalha.” (Médico - D)

*Antes do início da reunião vi ACS5 e ACS2 conversando com a enfermeira e voltando bravas. As duas foram para a cozinha e não conversaram mais nada. Fui até a sala de reunião e ACS2 disse que iria comigo. Lá ela relata que os ACSs queriam um benefício que as auxiliares de enfermagem e as auxiliares de serviço conseguiram e o ACS não. Disse que a justificativa para eles não conseguirem é que não existe o cargo de ACS no Hospital das Clínicas então não se pode reajustar o salário deles. Ela se pergunta com que ânimo ela vem trabalhar todo dia e diz que não desmerece o trabalho das outras, mas quem sai no sol todo dia é o agente, quem acompanha os alunos é o agente e nada disso é visto, nada é valorizado. Ela disse que agora nem vai se preocupar tanto com seu trabalho, do jeito que fizer está feito. (observação participante; reunião de discussão de casos; 09/06/09; Núcleo C)*

*Sobre o caso de uma paciente que sofre de depressão e já disse que iria se matar, a equipe discute que o caso deve ser encaminhado para Saúde Mental pois não é da alçada deles e ACS2 diz que também não vai mais fazer o que fazia antes: ia na hora do almoço e ficava lá conversando com a*

*mulher até a mesma ficar melhor. O residente concorda que ela não pode ficar fazendo isso porque foge do trabalho dela. ACS2 acrescenta que já falou para ela não ficar em casa quando a filha está lá, mas daí a usuária faz o que ela quiser e conclui 'a gente é psicóloga sem receber pra isso e sem ter conhecimento pra isso'. (observação participante; reunião de discussão de casos; 09/06/09; Núcleo C)*

*ACS2 diz que tem um cadastro que ela fez. Ela lê os dados que preencheu na ficha cadastral e diz 'é um casal novinho'. A mulher é enfermeira padrão mas está desempregada e faz pipa como bico. ACS3 diz 'é uma terapia ocupacional'. Sobre o marido relata 'ele era agente no núcleo X. (cita o número do núcleo de Saúde da Família) e agora é auxiliar de escritório. Graças a Deus ele tá melhor, cresceu na vida'. (observação participante; reunião de discussão de casos; 18/06/09; Núcleo C)*

Os profissionais apontam a ausência de valorização do trabalho do ACS e a ausência de uma remuneração adequada pelo trabalho realizado. O médico ressalta a desvalorização não só do ACS, mas da Atenção Básica como um todo, apontando questões de investimento na área e condições adequadas de trabalho. A enfermeira ressalta a questão do ACS ser responsável por acompanhar/deixar-se ser acompanhado pelos estudantes e a não remuneração do ACS por tal trabalho.

Cabe destacar que através de um convênio entre a Universidade de São Paulo e a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, os alunos de graduação de diferentes cursos realizam estágios profissionalizantes nas unidades de saúde. Em 2009 foi aprovado o Projeto PET - Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Ministério da Saúde) que objetiva a formação dos alunos através da prática em saúde. Nesse contexto, alguns profissionais da saúde de nível superior exercem a função de preceptores e são remunerados para realizar o acompanhamento e supervisão de estudantes: no referido Núcleo de Saúde da Família, a enfermeira e o médico são os profissionais responsáveis pelo acompanhamento e supervisão dos alunos e, portanto, recebem um incentivo financeiro através de uma bolsa do Ministério da Saúde, diferentemente do ACS que acompanha e é acompanhado pelos alunos em suas visitas domiciliares, mas não recebe por isso.

Através da observação participante, percebe-se a desvalorização financeira do ACS perante os demais profissionais da saúde. O ACS diante de tal desvalorização fica desmotivado em realizar o seu trabalho e acrescenta que qualquer mudança de trabalho é “crescer na vida” (sic).

## **4.2. Identidade do Agente Comunitário de Saúde: origem e formação de um trabalhador em suas especificidades**

### **4.2.1. Origem do ACS**

O ACS tem como pressuposto para o seu trabalho, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) a necessidade de residir na área de abrangência do Núcleo de Saúde da Família.

Frente ao questionamento a respeito da opinião dos usuários e profissionais a respeito do fato, os mesmos descreveram concepções relacionadas à finalidade de tal exigência, ou seja, porque consideram importante o ACS residir na área em que trabalha.

#### **4.2.1.a. Compartilhamento de vivências**

Uma usuária e a dentista apontam que o residir na área de abrangência permite uma proximidade entre ACS e comunidade pelo fato do ACS compartilhar os serviços de saúde e as dificuldades e facilidades vivenciadas pela comunidade, já que é parte dela.

“ah, eu acho legal porque, assim, (...) ela sabe mais do que ninguém do que se passa aqui, entendeu? Bem ou mal ela faz parte do pedaço, do que acontece. Se a gente é bem atendida ou mal atendida, ela também é, porque ela também usa. E antes dela ser o agente, ela também é moradora. Ela faz parte do nosso Núcleo. Não sei se ela que visita ela, mas ela faz parte daqui (risos) entendeu? Então eu acho que ela usa, às vezes as coisas que a gente usa. Se aqui não for bem atendido, ela vai entender que as dificuldades que a gente tem é as dificuldades que ela também tem. Então eu também acho que isso é legal. Porque não adianta nada eu sair daqui, ir lá no X. (cita nome de um bairro afastado) fazer porque eu não to vivendo a realidade deles. (...) Já aqui do bairro, ela vai entender o que se passa aqui porque ela conhece a vizinhança, ela sabe mais ou menos o que tá se passando, onde tem as coisas fáceis onde não tem, quem são os médicos que atende, se os médicos vai tá dentro da capacidade de entender aquele problema, então ela conhece. Eu acho que ela faz parte da... de um todo e isso é importante. E eu acho que isso é importante. Talvez pra ela possa até não ser, mas eu acho que isso é importante sim.” (Usuária 6.C)

“ah, eu acho que ele... tendo morado ali, se identifica, né. (...) eu acho importante a pessoa estar inserida naquela comunidade e poder entender quando os problemas são relatados ou quando as pessoas têm queixas de alguma coisa, ela viveu aqui, ela pode, né, ter aquele sentimento de apoiar a população em... as pessoas que elas visitam, em algumas queixas, mas ela consegue entender isso, porque ela viveu tudo isso. Por isso.”(Dentista - C)

Sendo assim, o ACS, segundo a usuária e a dentista, entende melhor o que se passa com os usuários porque conhece a realidade do bairro. O ACS é identificado como representante da comunidade, que partilha com a mesma as necessidades e o uso dos serviços de saúde e também compreende melhor quais são as dificuldades da comunidade, ao mesmo tempo em que é visto como representante da saúde, que conhece os serviços oferecidos e os profissionais, sendo, portanto, híbrido.

Queirós e Lima (2012) apontam que, apesar de acreditarem que viver na comunidade não é sinônimo de comprometimento com a mesma, a permanência do ACS no contexto comunitário pode despertá-lo para um envolvimento com a comunidade.

Ainda sobre o residir na área de abrangência, Morosi (2009) tece críticas a respeito da associação entre o residir na área e a postura de solidariedade do ACS, ou seja, considerar que o ACS precisa estar identificado com a comunidade para poder se solidarizar com ela é afirmar que a capacidade de se importar com o outro só é garantida mediante a identificação com esse outro que deve ser necessariamente igual ao ACS. Além disso, a autora questiona se a solidariedade – entendida como capacidade de colocar-se no lugar do outro, preservando a alteridade – deveria ser atributo de todos os profissionais da equipe e não apenas do ACS.

Acreditamos que residir na área de abrangência é pertencer à comunidade não apenas no sentido de ser um membro da mesma, mas estar envolvido com esta comunidade e, enquanto parte da mesma, conhecer a sua realidade, implicar-se com tal realidade e poder ser um agente politizador desta comunidade.

Nesse sentido, o compartilhamento de vivências com os usuários é uma das consequências deste pertencimento à comunidade e pode subsidiar o trabalho do ACS, desde que o mesmo encontre apoio por parte de toda a equipe da ESF, no sentido de legitimar o saber do ACS em relação à comunidade e, ainda, valorizar as demandas da comunidade e buscar, inclusive, práticas intersetoriais que contemplem as necessidades vivenciadas pela comunidade/usuários/ACS. Por outro lado, sem tal respaldo, o compartilhamento de vivências pode ser fonte de dificuldades no trabalho do ACS já que se sente impotente e frustrado por identificar e vivenciar demandas, mas não conseguir atendê-las. Nesse sentido, sem a realização de um trabalho em equipe a exigência de residir na área de abrangência da ESF



parece perder o potencial de viabilizar o processo de trabalho do ACS, tornando-se fonte de dificuldades para esse trabalhador.

Entendemos, conforme já mencionado, que um dos potenciais dessa exigência, de que o ACS resida na área em que atua, é a possibilidade de que o mesmo realize um trabalho de politização da comunidade, no sentido de desenvolver com a mesma a noção de sujeito de direitos e ajudá-la na conquista desses direitos. Porém tal potencialidade não é mencionada pelos participantes do estudo.

#### **4.2.1.b. Extensão do Núcleo de Saúde da Família**

Alguns usuários apontam que o fato do ACS residir na área de abrangência facilita o acesso do usuário ao ACS, especialmente fora do horário de expediente. Descreve-se a possibilidade de procurar o ACS caso o usuário tenha algum problema, apesar dos usuários enfatizarem que isso deve ser feito com moderação para não atrapalhar a vida pessoal do ACS.

“Eu acho importante, mas também acho que a gente não pode abusar, né. Qualquer coisa já vai lá, né. Não é assim. Porque afinal de contas ela tem lá o... como é que chama... a casinha dela, as coisas dela, o marido, né. Então... mas é muito bom, porque é... eu sei que ela vem todo mês, mas às vezes a gente sabe que se a gente precisar de alguma orientação, alguma coisa recorrer a ela. A gente só não pode extrapolar, né (risos). Porque a gente não pode juntar as coisas porque não dá, né. (...) Mas até agora eu não precisei. Entendeu? Até agora eu deixei a ACS4 em paz (risos)”. (Usuária 3.C)

“eu acho que pra ela tanto faz morar aqui ou em outro bairro, mas eu acho que pra gente, assim, é legal saber que ela mora mais perto, sabe, é um ponto de apoio, né. ‘Ah, será que se eu precisar de alguma coisa eu posso ir lá?’ Talvez nem vai, né, mas já sabe que ela mora perto, né. É que nem ter outro núcleo, né, porque ela é extensão do núcleo. Eu acho que ela no fundo passa a ser a extensão do núcleo pra todas essas pessoas daqui. Eu falo porque quando tem reclamação o que que eu faço? Vou esperar ela chegar e quando ela chegar eu vou reclamar tudo. Sabe, assim? (risos) ela é o ponto de... é o saco de pancadas, né. Acho que é assim.” (Usuária 6.C)

Nesse sentido, descreve-se a possibilidade de recorrer ao ACS em sua residência apenas diante da necessidade e com o objetivo de pedir orientações. Apesar da possibilidade, ressalta-se a preocupação do usuário em não fazer isso com frequência para não atrapalhar o ACS no seu universo privado. Por outro lado, a apropriação deste sentido acaba tendo como

consequência o fato da residência do ACS ser vista como um pronto atendimento, ou seja, o ACS mantém-se enquanto referência e ponto de apoio aos usuários quando a unidade de saúde não está em horário de funcionamento, constituindo-se, portanto, numa “extensão” (sic) do Núcleo de Saúde da Família.

Descreve-se também que é ao ACS que os usuários relatam suas reclamações a respeito dos serviços de saúde, transformando-o em “saco de pancadas” (sic). Problematisa-se se a presença do ACS na comunidade acaba ou não por acomodar a população no sentido de não lutar por seus direitos, já que entende que esse é o trabalho do ACS e espera o mesmo ir até sua residência para poder reclamar sobre o que considera ruim, assumindo uma postura passiva frente aos seus descontentamentos e reproduzindo relações de poder.

Correia (2008) aponta que os ACSs constituem-se trabalhadores de saúde em período integral, constituindo-se em únicos membros da equipe de saúde que podem ser contatados fora do horário de expediente por residirem na área. A autora pontua que o ACS demonstra ambiguidade em relação a esta onipresença na comunidade: queixa-se da perda de privacidade, mas considera-se legitimado socialmente como profissional da saúde.

Por outro lado, apesar de constituir-se enquanto referência do usuário na comunidade, uma usuária aponta que o ACS não é capaz de resolver os problemas de saúde/doença que a mesma pode vir a ter fora do horário de funcionamento da Unidade de Saúde.

“ah, eu acho assim, ela faz o que o pessoal manda ela fazer nas casas, entendeu? É a função dela. Só que se eu precisar dela a noite, assim, numa hora que ela não esteja no serviço ela não vai resolver nada, coitada. O que que ela vai resolver? Sendo que o núcleo de sábado e domingo não funciona, feriado não funciona. Pra ela... pra gente não tem nada a ver. Ela faz a parte dela durante a semana, né, e não tem nada a ver. (...) pra gente que faz parte da família que ela vem nas casas da gente, eu acho que não tem nada a ver né, porque se a gente precisar dela, tadinha, o que que ela vai fazer? Ela não é nenhuma autoridade e nem nada, não é? É isso daí.” (Usuária 4.C)

Enfatizando a doença/cura, o ACS é visto sem autonomia para realizar atividades por não ser nenhuma “autoridade” (sic) na equipe de saúde, sendo descrito como um “coitado” (sic) diante de situações emergenciais já que nada pode fazer. Sendo assim, descreve-se que residir na área de abrangência seria útil somente se o ACS fosse uma “autoridade” (sic) detentora de um saber/fazer que o deixaria independente do Núcleo de Saúde da Família e permitisse ao ACS atuar em momentos em que o Núcleo estivesse fechado. Nesse sentido, o ACS é descrito como alguém com pouca força e poder, que obedece as pessoas que possuem autoridade/saber.

Os profissionais, por sua vez, apontaram que a procura do ACS pelos usuários fora do horário do expediente pode representar para o ACS a perda da privacidade em sua “vida social” (sic).

“tem uma parte boa e uma parte muito ruim, que a gente comenta. Porque, assim, eles não têm vida social. Porque é que nem a gente comenta: se você quiser sentar num barzinho e tomar uma cerveja, a população inteira vai ver que você tá no barzinho tomando cerveja. Então não tem como você orientar isso diferente pra pessoa. Às vezes num fim de semana vão fazer compras, vão no mercado, topa com a pessoa e a pessoa começa a falar de problemas que tão dentro de casa. Não diferencia as coisas. Então isso pra eles acaba sendo muito ruim. É muito comum eles terem problemas e ligarem na casa da agente comunitária. Que nem no caso da ACS3, eles batem no portão e chamam a ACS3. Então, assim, nesse aspecto é muito ruim. Por outro lado é legal eles conhecerem a área, mas assim, eu não moro aqui perto, não sou agente comunitária e conheço a área. Então eu acho que isso com o tempo, com eles andando pra rua, eles teriam o mesmo conhecimento. Não sei se, assim, se essa regra do Ministério é muito legal. Fim de semana, mesmo, eles não têm vida própria, né, porque todo mundo conhece eles, sabe onde mora, sabe o que faz, sabe onde foi, da onde vem. É complicado. A gente chega aqui segunda-feira e eles falam ‘ó, nasceu fulano, morreu beltrano. Ciclano passou mal e foi pro hospital’. Porque eles tão aqui o tempo todo.” (Auxiliar de Enfermagem - C)

“Tem até uma certa dificuldade, assim, porque a comunidade acaba procurando eles quando tem um problema agudo e que eles tem... ficam mais angustiados com isso, né (risos). De procurá-los fora de hora, né. Mas pra conhecer a comunidade tem que morar nela, né. Eu acho isso.” (Médico - C)

*ACS2 relata que um usuário a acordou no domingo às 7:30 dizendo estar passando mal e ACS2 disse que tinha que chamar a ambulância. Ela diz que o usuário perguntou pelo médico do Núcleo e ACS2 disse que não sabia da vida dele de final de semana. ACS3, por sua vez, relata que um homem teve uma crise e caiu na rua no final de semana e ela chamou a ambulância e saiu para fazer o que tinha que fazer. Depois de uma hora e meia, quando voltou, o homem ainda estava no chão. ACS3 disse que pegou seu veículo próprio, colocou o homem dentro e o levou até a X. (cita o nome do Ambulatório de Especialidades). ACS3 disse que lá teve um povo que pegou ele e colocou lá dentro e ela voltou para casa. ACS3 disse que agora tem que lavar seu veículo porque ele estava todo sujo (urinou e defecou quando estava tendo crise). (observação participante; reunião de discussão de casos; 04/08/09; Núcleo C)*

*ACS4 diz que gostaria só de avisar que ontem às 17:05 ela estava saindo do núcleo e um senhor a abordou na rua e disse que precisava de atendimento. ACS4 disse para ele ir na X. (ambulatório de Especialidades). ACS4 disse que está avisando porque caso o senhor venha ao Núcleo reclamar que ela foi grossa é porque já tinha passado o seu horário de expediente e se ela ‘desse corda’ ele ficaria falando com ela por um longo tempo. (observação participante; reunião de discussão de casos; 04/08/09; Núcleo C)*

Os profissionais consideram que o ACS, uma vez morando na comunidade, perde sua privacidade e deve comportar-se como modelo para o usuário, fazendo exatamente tudo o que orienta aos usuários. Nesse sentido, os profissionais apontam que o ACS é “vigiado” pelos usuários e, portanto, deve ter atitudes coerentes com as orientações que fornecem aos mesmos.

Além disso, compartilhar espaços públicos com os usuários implica, segundo os profissionais, em trabalhar fora de seu expediente, ou seja, o usuário pode encontrar o ACS em situações sociais diversas e requerer ações relacionadas ao trabalho dele. Uma vez que os usuários sabem onde o ACS reside, sua casa também pode tornar-se ponto de referência para os usuários em momentos em que o Núcleo está fechado.

Sendo assim, a auxiliar de enfermagem, apesar de considerar importante o ACS conhecer a comunidade na qual trabalha, questiona a exigência de residir na área, considerando que o exercício do trabalho ao longo do tempo permite a aquisição desse conhecimento da comunidade.

As observações participantes trazem exemplos de vivências para as quais o ACS perde o seu espaço privado, sendo requisitado fora do horário de trabalho, não apenas com o intuito de orientar os usuários e de solucionar problemas de saúde, como também se disponibilizando para transportar os usuários até um serviço emergencial no seu próprio veículo. Além disso, parece que o ACS teme não atender o usuário fora do horário do expediente, pelas consequências que isso poderia ter na comunidade em que trabalha, como por exemplo, reclamações, justificando-se perante a equipe a respeito de orientação realizada ao usuário.

Jardim e Lancman (2009), em estudo sobre os aspectos subjetivos de residir e trabalhar na mesma comunidade, enfatizam a conquista de credibilidade do ACS perante a comunidade e defendem que tal credibilidade pode ser conquistada no trabalho diário, na aproximação constante e gradual com a comunidade, não sendo determinada pelo fato de residir na área em que trabalha, podendo até ser dificultada por conta de residir na área já que as relações entre ACS e usuários acabam permeadas por coleguismos e rivalidade e ter como consequência a perda da privacidade de ambos.

Ferraz e Aerts (2005), discorrendo sobre o tempo prévio mínimo que o ACS deve residir na área de abrangência, pontuam que a qualidade da relação entre ACS e usuário é apenas parcialmente determinada por tal tempo, uma vez que a empatia do ACS com a comunidade e vice-versa também são fatores determinantes na integração deste trabalhador.

Para além da questão da qualidade da relação ACS-usuário no que diz respeito ao residir na área, consideramos que o propósito de eleger-se alguém da comunidade (e que, portanto, reside na mesma) para representá-la no serviço de saúde é de que tal trabalhador se

constitua efetivamente voz da comunidade na equipe, ao trazer para a mesma as dificuldades e potencialidades daquela comunidade para, em equipe, pensar intervenções que se pretendem intersetoriais, inclusive.

#### **4.2.2. Formação do ACS**

Tal tema refere-se às concepções dos usuários e profissionais a respeito do conhecimento que consideram necessário ao ACS para realizar seu trabalho. O tema “formação do ACS” encontra-se subdividido em: autoridade do conhecimento e hierarquização do conhecimento.

##### **4.2.2.a. Autoridade do conhecimento**

Alguns participantes descrevem a relevância do conhecimento para que o ACS realize seu trabalho, não especificamente um conhecimento técnico que segundo uma usuária faria com que o ACS “saísse da rua” (sic), mas um conhecimento que viabilize responder dúvidas dos usuários e diferenciar o ACS do “xucro” (sic).

“Pra ela explicar alguma coisa pras pessoas, no caso aí ela tem que ter estudo. Saber do que ela tá falando. Saber o que tá fazendo. Porque se ela não estudou não tem capacidade de explicar, de conhecer alguma coisa assim que uma pessoa que não tem estudo não conhece, né, aí ela tem... acho que pra conhecer alguma coisa tem que estudar. (...) [o que estuda] eu acho que estuda coisa normal. Eu acho que normal(...) é lógico que acho que ela já é formada, né” (Usuária 2.D)

“Então, o agente comunitário, apesar de... de... ser... exigido o mínimo às vezes de escolaridade deles no passado, hoje, mais recentemente, percebeu-se que ele precisa de ser uma pessoa que tenha um bom entendimento das coisas, né! Não pode ser uma pessoa, vamos pôr assim: xucra, ou sem formação escolar etc. (...) Ele tem que ter mesmo, porque ele precisa entender aquilo que ele tá fazendo, precisa entender as informações que ele recebe, né, não pode ser uma pessoa que não entende o que tá... o que... ele vai... é... passa por uma formação sobre é... contracepção, uso de preservativo, uso de anticoncepcional etc, se ele não entender o que tá... aquilo ali, ele não vai conseguir nunca fazer um trabalho de prevenção, de orientação melhor na família, na casa que tem um adolescente, que tem um...

que tem alguma situação que precisa dele falar. Então acaba fa... jogando tudo pra unidade, pra enfermeira e pro médico tá fazendo. E na verdade, o trabalho da saúde da família é diluir um pouco as... é... as responsabilidades da orientação da população. Não precisa ser só o médico ou só a enfermeira que vai falar com a pessoa sobre um assunto, o agente comunitário que mora, né, que mora na comunidade – que também é um pré-requisito, uma exigência do Ministério, né – ele também pode passar essas orientações, pode também participar disso. Então, pra entender o que tá fazendo ele tem que ter uma base escolar muito boa. Boa, assim, no sentido de entender, de ter uma boa leitura, de... poder ler, entender um texto, etc. Eu acho que isso é o principal.” (Médico - D)

“Ó, geralmente eles tem o que de estudo? Não muita coisa também. Eles não tem, talvez se tiver uma condição de fazer uma... ser uma psicóloga, doutora, não taria batendo na porta da gente, entendeu? (...) é, eu acho que ele não tem um grau elevado de estudo, entendeu? Mas eu acho... eu não sei se ele tem que ter um estudo, mas eu acho que ele tem que ter é... assim, eu acho que eles tem que ter um investimento neles, não precisa nem assim ‘ah, ele precisa ter uma faculdade’ porque se ele tiver uma faculdade ele não vai tá aqui.(...) Porque pra eles um diploma universitário não vai fazer nada, vai fazer eles sair da rua, mas esse contato que eles tem, se eles tiver uma palestra, uma coisa que eles recebe uma palavra, sabe, um estímulo ou como agir, como lidar com aquela situação.” (Usuária 6.C)

O ACS precisa, segundo o médico, não ser “xucro” (sic) e assim ter a capacidade de conseguir trabalhar de acordo com o que o médico considera ser a finalidade da Saúde da Família: diluir as responsabilidades de orientação da população, ou seja, não deixar apenas para os profissionais técnicos a função de orientar os usuários e, portanto, evitar que os mesmos procurem a unidade de saúde apenas para serem orientados.

Nesse sentido o ACS, ao fazer parte de uma equipe de saúde, deve, segundo o médico, diferenciar-se de sua origem comunitária e deter conhecimentos para poder realizar seu trabalho. A questão da diferenciação entre o saber do ACS e o saber da comunidade é apontada por Nunes et al. (2002) que descrevem que pertencer a uma equipe de saúde e receber a formação em serviço dá ao ACS “um sentimento orgulhoso de diferenciarem o seu conhecimento em relação ao conhecimento popular, o que lhes confere prestígio social” (p. 1.641).

Por outro lado, uma usuária enfatiza que concluir o Ensino Superior é fazer com que o ACS “saia da rua” (sic), ou seja, o ACS por não ter o Ensino Superior deve trabalhar na rua batendo de porta em porta buscando informações. Nesse sentido, aponta-se a hierarquia do trabalho em saúde a partir do nível de escolaridade dos profissionais e, assim, a desvalorização do trabalho do ACS por não ter formação especializada em saúde e, conseqüentemente, não deter conhecimentos específicos a respeito do processo saúde-doença. Apesar de não ter uma formação em saúde, a usuária reitera a importância de que os ACSs

aprendam como agir em saúde através de palestras, reforçando a concepção de que o ACS não detém conhecimento e precisa de orientações para realizar seu trabalho.

Lopes, Durão e Carvalho (2011) creditam à exigência de uma formação escolar mínima e às formas de contratações precárias do ACS o fato de situar o ACS num espaço social pouco reconhecido e, conseqüentemente, oferecer ao mesmo pouco ou nenhum espaço de atuação diferente das práticas tradicionais de saúde biomédicas. Pontuam, ainda, que não se reflete sobre o contexto em que usuários e ACSs estão inseridos, repetindo condutas não políticas de apassivamento de sujeitos.

Acreditamos que o ponto fundamental na discussão da caracterização das competências, habilidades e saberes do ACS envolve a valorização do caráter comunitário do ACS, aproximando-o das práticas relacionais e instrumentalizando-o com ferramentas que viabilizem o encontro com o usuário, a abertura ao outro, o estar implicado com este outro e o trabalho interligado a uma equipe de saúde responsável pelo suporte às diversas demandas dos mesmos.

Além disso, considerando que a ESF pressupõe uma mudança de modelo de atenção, parece contraditório focar a formação e competência do ACS unicamente em aspectos biomédicos. Entendemos que estamos em processo de mudança de modelo de atenção, mas para que isto ocorra, consideramos fundamental o resgate da questão do ACS ser um morador da comunidade, aquele que tem como atribuição fazer uma interlocução entre as necessidades da comunidade e os serviços de saúde e, por pertencer à comunidade, poder ajudar no desenvolvimento desta no sentido de que a mesma possa ter como características a solidariedade, a formação de uma rede de apoio mútuo, a disponibilidade ao outro, o estabelecimento de uma relação recíproca positiva e a corresponsabilidade entre os seus membros. O ACS enquanto membro da comunidade tem, ainda, a potencialidade de constituir-se agente politizador que pode auxiliar a comunidade na conquista de melhores condições de vida. Sendo assim, a formação do ACS implica em refletir acerca de uma formação que pressuponha uma atuação política.

#### **4.2.2.b. Hierarquização do conhecimento**

Alguns usuários destacam a relevância de conhecimentos específicos na área da saúde como forma de viabilizar a atuação do ACS. Nesse sentido, diferentemente do tópico anterior (“Autoridade do conhecimento”), o conhecimento necessário ao ACS é descrito de forma

específica – referente a conteúdos técnicos da área da saúde, além de caracterizar o ACS enquanto profissional da saúde e, conseqüentemente, diferenciá-lo da comunidade da qual faz parte.

“ah, tem. Eu acho que tem que entender de alguma coisa. Eu não entendo de medicina não, mas eu acho que eles tem que entender de alguma coisa sim. Eles tem que estudar pra isso. Tem que gostar do que faz.(...) na área da medicina. Porque quando eu... eu tirei a experiência depois que eu tive o X. (segundo filho). Porque quando a agente comunitária chegou aqui pra ver ele, que ela olhou a folha ela falou ‘nossa, ele nasceu com um peso bem. É... tem um negócio aqui... o eu não sei... o apgar dele e não sei o que’. Eu falei ‘não, realmente entende, né’ porque é uns nomes que eu não sei de nada (risos). Se perguntar... não sei de nada. Se elas fazem o trabalho é porque realmente elas entendem de alguma coisa. Medir pressão, por exemplo, eu fico olhando... eu não consigo entender esse negócio de pressão. Batimento cardíaco... tudo isso eles entende. Então tem que ter um negócio de medicina nessa história. Não é assim, eu vou ser agente comunitária e pronto.” (Usuária 6.D)

“eu acho que eles deve ter... é igual eu te falei... eu não sei se eles são, se tem o curso de enfermagem completo, eu não sei como que funciona, se é só aquele curso de agente, mas eu acho que tem que ter. Porque como... se eu for fazer uma pergunta ela não vai ter como me responder. Então eu acho que pelo menos o básico eles tem que... (...) Senão não teria o porquê deles virem visitar, né, visitar simplesmente vir e... não saber fazer a... tipo eu faço uma pergunta e ele não vai saber me responder, né, e orientar. (...) é, na área da saúde. É... eu... às vezes a gente sempre conversa com a pessoa, por exemplo, conversa com ela, às vezes comenta algum problema e ela fala ‘não, vai lá’ ela fala. E quando ela volta, ela fala ‘e aí, e o X. (cita o nome de seu filho) ele foi no lá Núcleo? Porque ele tava se queixando esses tempos atrás de dor de cabeça’. E ela ‘e o X., foi? Fez exame?’ quer dizer, ela dá atenção pra aquilo que eu... que eu falei pra ela, quer dizer, ela veio no mês passado, mas... aí ela... ela veio no próximo mês e ela lembrou daquele assunto que nós comentamos há um mês atrás. Então eu acho que... que é importante. Então ela orienta, então eu acho que o estudo é importante. Com certeza.” (Usuária 1.C)

*A ACS bateu palmas e uma criança veio vê-la e gritou: ‘mãe, é a médica!’.*

*A ACS olhou para mim rindo e repetiu ‘a médica!’.*

*A senhora gritou: ‘ah... a médica?!?! Espera um pouco que já to indo!’*

*Entramos na casa, a senhora mostra seu bebê que já está andando e a ACS pergunta como a senhora está, enfatizando os resultados de seu exame de diabetes.*

*Num dos questionamentos da ACS à senhora, a mesma se reporta à sua filha dizendo: ‘responde pra médica, filha’. A ACS durante toda a visita domiciliar não desfaz a confusão da usuária e a mesma continua se reportando a ela como ‘médica’. (Observação participante; visita domiciliar; 12/05/09; ACS5; Núcleo C)*

Por observar situações em que a ACS parece deter um saber sobre determinados assuntos que uma usuária não domina, a mesma considera que o ACS entende de medicina e



ressalta que não basta o desejo para ser ACS, deve-se deter um saber que é diferenciado do saber da comunidade. Neste caso, o ACS apesar de ser da comunidade detém um saber que ela não detém, diferenciando, assim, o ACS de sua própria comunidade.

Cabe ressaltar que as perguntas realizadas pelos usuários são descritas como sendo “de saúde” (sic) que possivelmente exigiria um saber técnico/especializado, mas as respostas dadas pelos ACSs, segundo uma usuária, relacionam-se à orientações para procurar a Unidade de Saúde ou marcar um atendimento médico, enfatizando-se o interesse do ACS em saber o desfecho dado ao problema relatado. Nesse sentido para além do saber biomédico, a usuária ressaltava que o ACS demonstra interesse em relação às suas vivências, sentindo-se, portanto, acolhida.

Os usuários apontam a necessidade de empoderamento do ACS a partir de conhecimentos técnicos especializados em saúde, inclusive como forma de dar sentido à realização das visitas domiciliares. Sendo assim, parece que o ACS seria uma pessoa identificada com a comunidade quando começa a trabalhar no Núcleo de Saúde da Família, mas com o tempo vai se diferenciando da mesma através da obtenção de saberes.

Durante a realização da observação participante de uma visita domiciliar a uma usuária, a ACS é identificada como “médica” (sic), percebe a confusão, mas não a desfaz, o que corrobora a existência de uma hierarquia entre usuário e ACS através da detenção do saber e o desejo do ACS de ascender na carreira e na vida.

A concepção do ACS como alguém que tem que deter conhecimentos biomédicos o coloca num lugar de desvalorização do saber que possui e hierarquicamente inferior a qualquer outro profissional da equipe de saúde.

Como já descrito, o conhecimento técnico/especializado é bastante valorizado no contexto social. Tal valorização reflete em implicações ao trabalho do ACS: uma vez descrito, pelos usuários, como detentor de um saber por ser parte de uma equipe de saúde, o ACS considera ter que corresponder a esta expectativa da comunidade, restringindo suas formas de atuação ao “conhecido” – a realização de visitas domiciliares visando a obter e transmitir informações sobre consultas, medicamentos e exames – para evitar práticas que o deparem com o não saber.

Os profissionais também descrevem ser necessário ao ACS deter conhecimento “geral de saúde” (sic) elencando uma série de conhecimentos centrados nos aspectos técnicos biomédicos que diferenciariam o ACS do “leigo” (sic).

“Ele ter capacidade de conhecimento demográfico, conhecimento... é... de prevenção de população, de características da população e a partir disso ele saber as coisas mais básicas, mais técnicas, mais específicas que sempre a gente pensa aqui: conhecer o SUS e o Programa Saúde da Família enquanto projeto (...) vacina é super importante, ainda mais aqui na nossa área. Conhecimentos básicos de... de... sinais e sintomas de parto e questões de pré-natal, né, porque ele tá na casa, a mulher tá passando mal, ele precisa saber orientar, né. É... ele precisa, lógico, isso é preconizado... mas saber ler e interpretar, né, por exemplo, orientar uma receita na casa, orientar o uso de medicação, é... ter noção de... de... de qual a medicação certa pra que não... não só pra orientar o paciente, mas até pra perceber se alguma coisa tá sendo feito errado e pra... pra depois a gente poder intervir, né. Orientações alimentares gerais, né, ele precisa ter domínio de IMC, né, de... de baixo peso, alto peso, de... noções alimentares básicas, né, de saber que é... que crianças, por exemplo, tem que até os seis meses aleitamento materno... exclusivo, é... se ela precisa é... ver quais as vacinas precisam estar em dia que ela precisa fazer o acompanhamento de puericultura, acompanhamento mensal da saúde e do desenvolvimento dela. É... as principais doenças acometidas na infância, né, as principais zoonoses endêmicas ou, né, epidêmicas da região. (...) então, assim, é... acompanhamento do desenvolvimento da criança básico, mas naquela questão mesmo, mas que a gente como técnico acompanha, sabe? (...) E conhecer, assim, um pouquinho... ter noção das doenças clínicas: pressão alta, diabetes, né, colesterol, que é a dislipidemia que a gente chama, noção, porque na hora que o usuário questionar, pelo menos ela não vai tá completamente alheia à situação. Não é pra orientar, fazer conduta, prescrever, nada disso, mas ter noção né, do básico, do geral. Eu acho isso super importante, essas coisas, né. Elas não são... eles, né, não são técnicos de saúde mas estão trabalhando prioritariamente com saúde, né.”(Enfermeira - D)

“ah, eu acho que... assim, eu acho que ele deve ser capacitado sempre, como toda a equipe ele também deve ser é... tudo bem que quando ele entra ele é um membro da comunidade, é um leigo, mas a partir do momento que ele se insere na equipe, eu acho que a troca de conhecimentos tem que ser constante, né, porque afinal de contas ele se inseriu num serviço, né, ele traz o seu olhar de leigo, da comunidade, mas a partir do momento que ele tá visitando, que ele tá tendo... tem a responsabilidade de cuidado com essas famílias, então eu acho que ele tem que... também... aos poucos, né, na medida do possível, em todas as áreas de conhecimento, da odontologia, da medicina, da enfermagem, da fisioterapia, da fonoaudiologia... do que for, sempre tá trocando... é, assim, tá recebendo capacitação também, né, ou... educação continuada, de outro modo... alguma... é o que toda a equipe faz, né, que nós temos essas atividades uma vez por semana que todos, na medida do possível, quase todos da equipe participam para poder trocar mesmo, né, às vezes é a odontologia que tem a participação com um tema, às vezes é a medicina, a enfermagem... então... outras especialidades... então, isso é importante pra sua formação também. Eu acho.” (Dentista - C)

Segundo a dentista, apesar do ACS não ter conhecimentos específicos prévios ao ingresso na profissão e ser, portanto, “leigo” (sic), ele deve ser capacitado para adquirir conhecimentos em diversas áreas já que tem, segundo a mesma, a responsabilidade do cuidado dos usuários e deve, assim, diferenciar-se dos mesmos. Nesse sentido, o ACS

caracteriza-se como um profissional com conhecimentos multivariados, mas sem um núcleo específico de atuação e conhecimento e também sem formação específica.

Ao enfatizar a necessidade de aquisição de conhecimentos específicos de diversas especialidades, ocorre uma contradição: contratar alguém leigo que necessita adquirir conhecimentos ao invés de contratar um técnico específico que já detém os conhecimentos considerados necessários. Nesse sentido, o saber que o ACS detém a respeito da comunidade, a saber: seus equipamentos sociais, suas dificuldades, suas potencialidades e suas necessidades não é valorizado.

O apontamento por parte dos profissionais, da necessidade do ACS deter saberes biomédicos, levantou o questionamento a respeito da necessidade do ACS ser um profissional técnico em enfermagem, porém, tal questão não se constitui consenso entre os profissionais.

“então, eu às vezes acho que a gente é... senta às vezes e faz essas conversas a respeito de uma doença ou outra doença. Eu não acho que o conhecimento técnico ia ajudar muito, até porque ela deixaria de ser agente comunitária, né. A intenção é a gente ter alguém mais parecido mesmo com a população. Mas eu acho que às vezes tira um pouco dessa... dessa dor que elas sentem. Sabe, dessa coisa, dessa... sensação de impotência que elas têm, de que elas estão só indo, vendo problema, vendo problema e vendo problema e nunca ajudando a resolver. E aí, às vezes quando elas percebem que o problema não dá pra resolver é... nem se você tiver vinte anos de faculdade, né, uma formação aí super especializada, quando elas percebem que a coisa é por aí, aí elas se acalmam um pouquinho, né, então elas se vêem um pouco mais próximas que as outras pessoas da equipe porque elas ainda se vêem muito abaixo do médico, né, elas ainda se acham muito inferiores hierarquicamente. E aí é... a gente vive falando isso ‘cada um tem a sua importância, do seu jeito’, né. Lógico que não dá pra saúde da família funcionar sem médico, mas também não dá pra saúde da família funcionar sem o agente comunitário. Cada um dentro do seu, né, do seu trabalho, da sua importância, do seu jeito de fazer. Mas eu acho que isso ajuda elas, né, essa coisa de compreender um pouquinho mais a respeito de determinada doença, como isso causa mesmo... esse impacto nelas, né. (...) E acho que às vezes essa coisa da formação, às vezes, acho que pega um pouco, né. Porque quando a gente tem um pouco mais de formação, né, nessa... nessas coisas de sinais e sintomas, mesmo essas coisas, né, de... do que cura, do que não cura, o que eu posso fazer, o que eu não posso fazer... a gente lida melhor com os limites que a gente tem, né. (...) Então eu acho que ajudaria, mas eu não acho que... que elas teriam que ter uma formação técnica não. Eu acho que elas têm que ser assim como elas são mesmo.” (Enfermeira - C)

“Eu acho assim, a informação... a parte da pessoa ter mais cultura e mais anos de estudo facilita em todas as profissões, né, então facilita assim: é mais fácil a linguagem que você precisa... o tipo de treinamento que você dá pode ser mais é... à luz do que ela tem mais condições de compreender, mas ao mesmo tempo tem que pensar na questão do custo benefício, né, de repente uma pessoa mais simples ela tem mais peculiaridades com a população que a gente atende. Então depende da área, né. É... é interessante, assim, você precisaria de menos treina..., assim, treinar menos coisas porque já tem o

conhecimento técnico que ela já tem, você só precisa reforçar e fazer educação permanente que é feito com todos os profissionais, inclusive com nós técnicos de nível superior – porque todo mundo precisa continuar estudando sempre não... mas eu não vejo, assim... **tanta** diferença, sabe, eu tenho agente comunitário que entrou aqui com o quarto ano – que na época podia – só, só tinha quarto ano, não tinha **fundamental** completo, depois foi estudar, foi melhor, se empenhou, mas que não fez diferença pro trabalho. Eu acho que é mais perfil do que conhecimento técnico que faz a diferença. Eu acho que conhecimento técnico pode colaborar em algumas coisas e pode prejudicar em outras, mas o perfil ele é tudo.” (Enfermeira - D)

“[ter curso de auxiliar de enfermagem] de certa forma, assim, ajudou bastante, porque tem coisas que você fica na dúvida e você sabendo um pouquinho mais eu saberia... não precisava levar até outro profissional pra perguntar, entendeu? (...) [ACS fazer o curso de auxiliar de enfermagem] eu acho assim, que até acrescentaria e muito nas informações pra eles, mas não que teria que ser obrigado a fazer, entendeu? Todos. Porque no dia a dia do trabalho, nas reuniões, nas discussões de casos das famílias eles vão aprendendo tudo isso. E... e também quando nós começamos, foram feitas várias atividades com eles, né, de falar sobre vacina, sobre diarreia, sabe... sobre um pouquinho de tudo, sabe. Eles participam dos grupos que tem de educação alimentar, de gestante, né, de hipertensão e diabético, né, então, vai aprendendo. Vai pegando essas informações sobre saúde.” (Auxiliar de Enfermagem - D)

Deter um saber técnico é considerado importante, segundo os profissionais, por diversos motivos: auxiliar o próprio ACS a entender as limitações do seu trabalho, retirando do ACS a sensação de impotência perante determinadas situações vivenciadas pelos usuários; facilitar o trabalho dos demais profissionais no treinamento dos ACSs, uma vez que os mesmos deteriam a mesma linguagem técnica dos demais profissionais; e auxiliaria o ACS na realização de seu trabalho com mais autonomia, já que não precisaria recorrer aos outros profissionais diante de dúvidas de atuação/orientação.

Os profissionais pontuam a existência de uma hierarquia entre os profissionais da saúde baseada no saber que cada um detém. Nesse sentido, apesar de descreverem que deter um saber diferenciaria o ACS de sua comunidade, afastando-o da mesma, os profissionais valorizam o saber técnico e, conseqüentemente, desvalorizam o ACS. Cabe ressaltar que uma enfermeira aponta que é o próprio ACS quem desvaloriza seu trabalho uma vez que os ACSs “ainda se vêm muito abaixo do médico, né, elas ainda se acham muito inferiores hierarquicamente” (sic).

Peduzzi (2001) descreve que os sujeitos do processo de trabalho exercem autonomia técnica, concebendo a mesma como sendo liberdade de julgamento e decisão frente às necessidades de saúde dos usuários. Porém ressalta que as diferentes autonomias referem-se à maior ou menor autoridade técnica, que não é estabelecida apenas tecnicamente, mas deve ser

socialmente legitimada. Nesse sentido, as diferenças técnicas transmutam-se em desigualdades sociais entre os profissionais: há algumas profissões consideradas superiores a outras e, conseqüentemente, há relações hierárquicas entre os profissionais.

Marzari, Junges e Selli (2011) pontuam a profissionalização do ACS através da busca de conhecimento técnico por parte do mesmo, ressaltando que tal busca é uma tentativa em se igualar aos demais membros da equipe uma vez que, apesar de pertencer a uma equipe, considera-se marginalizado pela mesma e interpreta que tal fato é consequência de sua formação deficitária. Os autores acrescentam que o ACS, por falta de consciência de seu papel na comunidade, considera que não é legitimado apenas pelo conhecimento cultural e popular que detém. Para os referidos autores a procura pela formação técnica contradiz com o que é característico do ACS: o saber popular em saúde e o conhecimento da dinâmica social da comunidade.

Craco (2006) em estudo sobre encontros e desencontros entre profissionais da saúde e usuários resalta o desencontro de saberes, no qual há uma supervalorização do saber técnico científico perante o saber popular. A autora afirma que esse desencontro é traduzido nas formas de representar, traduzir e valorizar as necessidades de saúde e as formas de cuidado, implicando numa aproximação ou distanciamento entre profissionais e usuários.

Destacamos uma das contradições que se faz presente nas proposições do trabalho do ACS: contrata-se um leigo, com o intuito de valorizar seu saber popular, seu pertencimento, seu envolvimento, sua implicação com a comunidade e a possibilidade de aproximação e vínculo com a mesma; e, por outro lado, desvaloriza-se tal profissional por não deter um saber técnico em saúde. Nesse sentido o desafio imposto seria como produzir mudanças culturais que favoreçam a valorização dos diferentes saberes, incluindo o saber do ACS e da comunidade.



## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---





O presente estudo buscou lançar um olhar para a forma como os profissionais da equipe e os usuários da Saúde da Família concebem o trabalho do ACS. Entrar em contato com tais concepções permitiu-nos refletir sobre as complexidades e contradições presentes na constituição do papel/lugar do ACS.

Primeiramente, destacamos a recente inserção do ACS na equipe de Saúde da Família e o seu reconhecimento enquanto categoria profissional, e, ainda, a implantação da Estratégia Saúde da Família como forma de reorientação do modelo assistencial biomédico vinculado às práticas curativas individuais, para um modelo biopsicossocial. Consideramos que toda mudança é processual e que o trabalho do ACS e de toda a ESF vai se reconfigurando ao longo do tempo e da prática cotidiana e, ainda, que poder refletir sobre tal trabalho pode ajudar nesse processo de transformação.

A centralidade que as visitas domiciliares ocupam no trabalho do ACS e a forma como os participantes do estudo descrevem-nas imprime ao trabalho do ACS características de um trabalho burocrático e protocolar, direcionando a escuta do ACS aos aspectos biomédicos e reduzindo a potencialidade do encontro ACS-usuário na construção de um fazer em saúde diferenciado que priorize a relação, o estar com o outro.

Aproximar o processo de trabalho do ACS a um trabalho burocrático e protocolar enfraquece a possibilidade de um trabalho “comunitário” do ACS. O foco na realização das visitas domiciliares com o intuito de coletar e levar informações e fiscalizar o cumprimento de prescrições médicas minimiza a atuação comunitária do ACS no sentido de, como membro da comunidade e pertencendo à mesma, lutar por melhorias da saúde da comunidade como um todo – o que envolve um olhar para os recursos existentes e recursos a serem adquiridos pela comunidade, englobando questões como trabalho, educação, lazer e moradia. Sendo assim, o ACS deixa de exercer um papel político tanto no sentido de questionar práticas vigentes quanto no sentido de lutar por direitos da comunidade.

A observação da pouca participação do ACS em atividades de grupo e a centralização de suas práticas nas atividades de visitas domiciliares corrobora o afastamento do ACS de um perfil político/comunitário. Além disso, quando a participação do ACS na realização dos grupos é requisitada, não se discute em equipe a relevância e objetivo de tal participação, sendo a mesma impositiva, não sistemática e realizada com o intuito do ACS aprender conteúdos técnicos/biomédicos e não como efetiva ajuda do ACS na coordenação dos mesmos. Talvez a própria forma de inserção do ACS nos grupos e no trabalho da equipe como um todo – com o objetivo de aprender – reforça a concepção de que eles não detém um

“saber em saúde” e, portanto, não podem realizar atividades para além das visitas domiciliares.

Silva e Dalmaso (2002) apontam dois polos de atuação do ACS: institucional e comunitário, ressaltando a predominância de práticas institucionais devido à própria forma de organização do trabalho do ACS, à insuficiência de instrumental tecnológico e saberes para atuar na dimensão comunitária, à indefinição de seu perfil e à valorização social de práticas institucionais, dentre outras. Ressalta-se que o presente estudo corrobora a ênfase na atuação institucional do ACS em contraposição ao seu papel comunitário, demonstrando a atualidade da colocação das referidas autoras.

Flores (2007) considera que ao privilegiar as ações de cunho assistenciais sobre as de cunho sociopolítico o ACS perde sua especificidade e singularidade. Além disso, a centralização do trabalho do ACS em práticas preventivas e/ou institucionais pode ter como consequência a não emancipação dos grupos sociais componentes da comunidade, não desenvolvendo, conseqüentemente, a autonomia dos usuários.

O perfil comunitário do ACS, que poderia incluir aspectos como a identificação com a comunidade, a liderança e a solidariedade, na prática, perde sua potencialidade e seu fundamento ao ser capturado por um trabalho que prioriza os aspectos individuais e burocráticos, evidenciando as contradições de tal trabalho. Neste mesmo sentido, os participantes do estudo valorizaram a detenção de um saber técnico por parte de um profissional que deve ser fundamentalmente um membro e representante da comunidade, expondo as dificuldades encontradas por este profissional em seu cotidiano de trabalho.

Teoricamente valoriza-se o ACS por sua vivência comunitária e saber popular, constando, inclusive, como exigência para o ingresso na profissão residir na área de atuação numa tentativa de ressaltar a perspectiva comunitária de tal profissão; por outro lado, em sua prática, o ACS assume a identidade de um leigo que deve deter, segundo profissionais e usuários, um saber biomédico tanto para viabilizar uma atuação técnica quanto para poder ser diferente de quem, teoricamente, deveria se assemelhar.

Além disso, segundo os participantes do estudo e as observações realizadas, tem voz na equipe somente quem detém conhecimentos técnicos e, conforme já mencionado, o ACS é inserido na mesma, de acordo com os profissionais, com o objetivo de aprender conteúdos da área da saúde. Apesar de ser descrito como quem conhece a comunidade e sendo os “olhos e ouvidos” (sic) de toda a equipe na comunidade, o ACS não é valorizado enquanto detentor de conhecimentos, sendo caracterizado como quem deve aprender conteúdos técnicos e formas de se comunicar em equipe.

Ao assumir a posição de não detentor do saber, cabe ao ACS a realização de atividades que não requerem conhecimento técnico – burocráticas e multifuncionais – e que fogem, muitas vezes, ao escopo de suas atribuições, tais como: a realização de serviços de limpeza do Núcleo, o atendimento aos telefonemas, a separação de prontuários dos usuários que serão atendidos, dentre outras. A valorização do saber técnico/biomédico acaba por desvalorizar o trabalho do ACS, descaracterizando sua atuação na ESF e transformando-o em “tapa buracos” da equipe, ou seja, o ACS supre a carência de determinados profissionais na equipe através da realização de tais atividades. Cabe aqui pontuar, também, que para além dos profissionais conceberem como papel do ACS a realização de tais atividades, o próprio ACS, de acordo com as observações participantes, não questiona esse papel, assumindo-o prontamente, corroborando para a desvalorização de seu trabalho.

Alguns usuários, por sua vez, reiteram a concepção de que o ACS nada sabe, ressaltando que se detivessem um saber não ocupariam o lugar de alguém que “não vai resolver nada” (sic) por não ser “nenhuma autoridade nem nada” (sic) e não estariam “batendo de porta em porta” (sic). Reforça-se, portanto, a valorização do saber técnico por parte dos usuários e a hierarquização dos profissionais de acordo com tal saber: quem é o detentor do saber é a “autoridade” (sic) e quem não o detém deve “bater de porta em porta” (sic). Novamente têm-se uma desvalorização do trabalho do ACS, especialmente em relação às visitas domiciliares: só realiza visitas domiciliares quem não detém um saber e, portanto, pode sair da Unidade de Saúde da Família e se expor na comunidade.

Ressalta-se, por outro lado, o suporte social que o ACS oferece à comunidade pelo fato de se fazer presente no cotidiano da mesma, constituindo-se, de acordo com os usuários, em “amigo” (sic), “confidente” (sic) e “anjo da guarda” (sic) dos mesmos. O que destacamos é que um profissional que compõe a equipe de uma estratégia que visa a mudança nas ações em saúde, valorizando as práticas comunitária, social e política, está sendo capturado pela prática hegemônica dos serviços de saúde, podendo, conseqüentemente, ter seu trabalho transformado em trabalho morto, conforme pontua Merhy (1997), apesar dos avanços conquistados.

Neste contexto ressaltamos a importância do resgate das propostas da Estratégia Saúde da Família, que aposta na construção do vínculo, no acolhimento, na inclusão de aspectos relacionais e intersubjetivos, pautados no cuidado longitudinal às famílias e no princípio da integralidade. Entendemos, portanto, que o cuidado em saúde não implica apenas na resposta a parâmetros técnicos, mas envolve a abertura ao outro no sentido de promover a escuta, o envolvimento, a formação de vínculo e o estar junto, reconhecendo-o como sujeito com

potenciais e, principalmente, com um projeto de vida. Nesse sentido, a proposta do cuidado pretende estar na contramão da objetivação do outro enquanto fonte de intervenção técnicas, sujeito e, portanto, dependente dos profissionais que detém o saber (ANÉAS; AYRES, 2011).

A desvalorização do trabalho do ACS pela valorização do conhecimento técnico nos impõe o seguinte questionamento: qual o sentido de se manter alguém da comunidade enquanto profissional da saúde que constantemente vivencia uma precarização e desvalorização profissional por não ter uma formação técnica em saúde? E, por outro lado, qual o sentido de transformar o ACS num auxiliar/técnico em enfermagem? O que diferenciaria, tanto do ponto de vista teórico quanto prático, o trabalho do ACS do técnico de enfermagem?

Concordamos que o trabalho do ACS passou por modificações desde sua implantação e não negamos a importância de uma formação adequada a esses profissionais, mas ressaltamos a necessidade de se resgatar os fundamentos da inserção de tal profissional na Equipe de Saúde da Família ao se pensar a formação pretendida ao mesmo. Acreditamos que eger um representante da comunidade que pode ou não ser um leigo em relação a uma formação técnica específica para compor a equipe de Saúde da Família tem como propósito ressaltar as contribuições que um ator social vindo da comunidade tem tanto para a equipe quanto para os usuários no sentido de, conforme já mencionado, pertencer e identificar-se com a comunidade, deter conhecimentos diferenciados a respeito de tal comunidade e ser um agente político que pode lutar junto a essa comunidade na conquista de direitos. Ressaltando essas características do ACS, o mesmo poderia ser valorizado enquanto profissional que tem contribuições a oferecer à equipe de saúde através de seus saberes específicos enquanto membro da comunidade e representante da mesma no serviço de saúde.

Pensar no ACS enquanto detentor de saberes específicos da comunidade e valorizar tais saberes na prática em saúde é resgatar também os sentidos da exigência de que o mesmo resida na área de atuação e concebê-lo também enquanto um agente que possa ajudar na construção de uma comunidade, pautada por laços de solidariedade e amizade. Assim, acreditamos ser fundamental o resgate dos fundamentos da inserção do ACS enquanto profissional da equipe de Saúde da Família para empoderá-lo no seu fazer cotidiano e efetivamente operar mudanças nas práticas em saúde e nas relações entre os moradores da comunidade, através da proposição de diversos tipos de atividades intersetoriais e de promoção da saúde que respondam às necessidades de cada área de abrangência e viabilizem a formação de uma comunidade.

Por outro lado, consideramos que a revisão do processo de trabalho do ACS depende da revisão do processo de trabalho de toda a equipe de Saúde da Família, destacando a relevância de se problematizar a formação da mesma no intuito de refletir sobre os aspectos relacionais e sociopolíticos do processo de trabalho dos profissionais da ESF. Referimos, neste trabalho, à formação não no sentido de capacitação técnica da equipe da ESF, mas consideramos necessária a formação como possibilidade de reflexão das atuações práticas retomando os aspectos filosóficos que embasam a concepção da ESF, do trabalho do ACS e da equipe de Saúde da Família, com o intuito de resgatar as especificidades da proposta da ESF.

Nesse sentido, consideramos que, ao estudar os processos de interação, a Psicologia e mais especificamente o suporte teórico da Psicologia Social da Saúde pode ajudar na reflexão do processo de trabalho de saúde do ACS no sentido de facilitar a construção de um trabalho pautado no princípio da integralidade.

Camargo-Borges (2002) ressalta que trabalhar em consonância com os princípios da ESF implica uma inversão da lógica do cuidado, tornando-o menos técnico e mais relacional – o que consideramos ser o grande desafio de toda a equipe de Saúde da Família.

Spink (2003) aponta que a Psicologia Social da Saúde ajuda a refletir sobre as possibilidades de atuação na comunidade. A autora atribui importância ao referencial contextual, ou seja, a intervenção depende do conhecimento da organização social e da realidade institucional. Nesse sentido, acreditamos que o processo de trabalho envolve a imersão da equipe no território de atuação, no intuito de apreender a cultura, os costumes, valores, necessidades e potencialidades da comunidade. A Psicologia busca contribuir para a ampliação da compreensão da comunidade, lançando um olhar para a diversidade da realidade social, possibilitando o desenvolvimento de ações em saúde que respondam às necessidades locais. Estar aberto à diversidade facilita a construção de processo de trabalho permeado pela flexibilidade e pela construção de um saber/fazer conjunto com a equipe e com os usuários do serviço de saúde. Ressaltar o referencial contextual implica, ainda, valorizar o saber do ACS enquanto conhecedor da comunidade e colaborador nas propostas de intervenção junto à mesma. Além disso, Camargo-Borges e Cardoso (2005) apontam que a produção de vínculo – tão enfatizada na ESF – envolve não só o apoio contínuo ao usuário em todo o seu processo de atendimento na saúde, mas também a atitude de seguir junto com o usuário mesmo na diversidade e, acrescentando, seguir junto na adversidade.

Spink (2003) também aponta como ponto de reflexão e incorporação ao processo de trabalho a questão do reconhecimento da realidade multiforme. Entender a singularidade da

construção da individualidade – influenciada por aspectos culturais e sociais – facilita o reconhecimento do outro enquanto diferente, mas valorizado em suas diferenças, possibilitando assim trabalhar com a alteridade. Consideramos ser este o grande potencial do trabalho não só do ACS, mas de toda a equipe da ESF: reconhecer que o usuário tem sua singularidade é construir um trabalho que vai além das práticas técnicas biomédicas, incorporando os aspectos subjetivos no fazer em saúde. Entendemos também que reconhecer a alteridade ao invés de anulá-la é o grande desafio para a mudança efetiva do modelo assistencial. A primazia da técnica biomédica na relação profissional-usuário parece menosprezar a alteridade impondo ao outro uma série de prescrições por quem detém o saber socialmente valorizado. Além disso, enfatizar a prática técnica protocolar pode desvalorizar o que Camargo-Borges e Cardoso (2005) apontam como consequência das relações permeadas pelo vínculo e acolhimento: a imprevisibilidade nas interações profissional-usuário, ressaltando que cada encontro usuário-profissional pode resultar numa forma diferente de intervenção.

A alteridade não deve ser reconhecida apenas na relação profissional-usuário. O trabalho em equipe também depende da incorporação da polimorfia e das contradições (SPINK, 2003), ou seja, apesar dos contrastes entre concepções dos diversos profissionais da equipe, deve-se buscar o reconhecimento dessas diferenças não com o intuito de classificá-las hierarquicamente, mas sim de reconhecer a alteridade como novas possibilidades de atuação num fazer conjunto. Através do presente estudo – apesar do mesmo não objetivar especificamente a análise do trabalho em equipe – foi possível perceber que as relações entre os profissionais estão muito marcadas pela hierarquização baseada na detenção do saber, ou seja, os profissionais de nível superior concebem que a inserção do ACS na equipe dá-se, principalmente, com o intuito de que o mesmo possa aprender algo. Nesse sentido, o ACS é desvalorizado enquanto profissional da saúde e detentor de um saber diferente dos demais profissionais que cursaram o nível superior ou técnico. A diferença, neste caso, não é reconhecida em sua positividade, sendo inferiorizada juntamente com a desvalorização do ACS na equipe de Saúde da Família.

Sendo assim, consideramos que as concepções de profissionais e usuários a respeito do trabalho do ACS enfatizam o saber e a atuação baseada na técnica biomédica e desvalorizam as especificidades de tal profissão. Questionamos se a manutenção de práticas baseadas em tais concepções não constitui um fazer “mais do mesmo”, ou seja, práticas que permanecem baseadas em atendimentos clínicos individuais centrados na doença. Acreditamos, portanto, na importância do resgate dos fundamentos que permeiam a inserção

do ACS enquanto profissional da saúde no intuito de ressaltar suas especificidades e valorizá-las no seu fazer cotidiano, resgatando, assim, sua atuação comunitária/política e reconfigurando o lugar/papel do ACS na equipe e na comunidade em que atua. Entendemos, ainda, que a mudança do modelo assistencial depende de todos os profissionais e que, além disso, envolve a mudança de concepções e, conseqüentemente, práticas de toda a equipe. Nesse sentido, consideramos que a formação de todos os profissionais da ESF deve incluir questões relacionadas à interação usuário-profissional e profissional-profissional de forma a valorizar a alteridade, o reconhecimento do contexto social, a imprevisibilidade e a produção do vínculo.

Conforme já apontamos, por ser recente a inserção do ACS na equipe de Saúde da Família e a implantação da Estratégia de Saúde da Família, consideramos que o processo de transformação das práticas em saúde ocorrerá no fazer cotidiano, mas ressaltamos a importância de novos estudos que possibilitem a reflexão sobre tais práticas no intuito de ajudar nesse processo de transformação e evitar que se faça “mais do mesmo”, ou seja, que as práticas permaneçam pautadas em ações individuais e curativas. Sendo assim, propomos como relevantes novos estudos específicos sobre a prática do ACS para além da realização das visitas domiciliares, no intuito de refletir sobre as diversas possibilidades de atuação do ACS, potencializando sua inserção na ESF.

Queremos ressaltar também que o presente estudo foi realizado em Núcleos de Saúde da Família que estão vinculados à Universidade de São Paulo e, portanto, têm uma configuração e contato diferenciados com a produção de saberes, contando com a colaboração de estudantes como estagiários, aprimorandos e residentes; com a colaboração de docentes como coordenadores e pesquisadores; e com a colaboração de um psiquiatra como supervisor. Consideramos que tal especificidade diferencia o local do estudo dos demais Núcleos que não contam com tal configuração, sendo necessário considerar tal especificidade enquanto limitação do presente estudo, fazendo-se necessário realizar novos estudos em Núcleos que não contam com essa vinculação à Universidade.

O presente estudo, conforme já mencionado, aposta na importância do resgate dos fundamentos filosóficos que nortearam a inserção do ACS enquanto um profissional da saúde no intuito de ressaltar suas especificidades e valorizá-las no seu fazer cotidiano, retomando, assim, sua atuação comunitária/política e reconfigurando o lugar/papel do ACS tanto na equipe como na comunidade em que atua.





## **6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---



ANÉAS, T. V.; AYRES, J. R. C. M. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 651-62, 2011.

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

\_\_\_\_\_. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface**, Botucatu, vol. 8, n.14, p. 73-92, 2004.

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

BEDIN, N. Agente Comunitário de Saúde e empoderamento: o caso da Coordenadoria de Saúde da Lapa. 2006. 311f. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BORNSTEIN, V.J. **O Agente Comunitário de Saúde na mediação de saberes**. 2007. 231f. Tese – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

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

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

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

\_\_\_\_\_. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2009. 84p.

\_\_\_\_\_. Portaria 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

\_\_\_\_\_. **Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde e Ministério da Educação, 2004.

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

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

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C.L. A Psicologia e a Estratégia Saúde da Família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v.17, n.2, p. 26-32, 2005.

CAMARGO JR., K.R. de. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A de. (orgs). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

CAMPOS, E.M.S. **A Estratégia Saúde da Família e sua proposta de (re)estruturação do modelo assistencial do SUS: a perspectiva de quem molda sua operacionalização**. 2007. 297f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CORREIA, E.M.A. **Agente Comunitário de Saúde: a construção de um poder capturado**. 2008. 140f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

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

DELGADO, J.M.; GUTIÉRREZ, J. Teoría de la observación. In: DELGADO, J.M.; GUTIÉRREZ, J. (coord.) **Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales**. Madrid: Ed. Síntesis, 1995. Cap. 6, p. 141-173.

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

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, 2004.

FLORES, O. **O Agente Comunitário de Saúde: caracterização da sua formação sócio-histórica como educador em saúde**. 2007. 208f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2007.

FONTANA, A.; FREY, J.H. The interview: from structured questions to negotiated text. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. (edit). **Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2002, p. 645-672.

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, 2004.

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

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E et. al. (orgs.) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4ª. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007, p. 55-124.

GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.de. (orgs.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2005.

JARDIM, T.A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface: comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v.13, n.28, p. 123-135, 2009.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005, p. 91-117.

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

LOPES, M.R.; DURÃO, A.V.; CARVALHO, V. A disputa sobre os sentidos do trabalho e da formação dos Agentes Comunitários de Saúde. In: VIERIA, M; DURÃO, A.V.; LOPES, M.R. (orgs.) **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2011.

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

MARZARI, C.K; JUNGES, J.R.; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, Supl.1, p. 873-880, 2011.

MATTOS, R.A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A. de (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001.

\_\_\_\_\_. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A de. (orgs). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009.

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

MENDES-GONÇALVES, R.B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. **Cad. CEFOR**, série textos, n.1, São Paulo, 1992.

MENDONÇA, M.K. **Licença, posso entrar? As visitas domiciliares nos programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família e a integralidade**. 2008. 380f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

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

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

MERHY, E.E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. Cap.3, p. 113-160.

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

MOROSI, M.V.G.C. **A política de formação dos agentes comunitários de saúde: memória de uma formulação em disputa nos anos 2003-2005**. 2009. 222f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

MOROSINI, M.V.; CORBO, A.A.; GUIMARÃES, C.C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v.5, n. 2, p. 261-280, 2007.

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

NOGUEIRA, R.P.; SILVA, F.B.; RAMOS, Z.V.O. A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis*: o agente comunitário de saúde. [Texto para discussão]. 2000. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 19 de Mai de 2012.

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

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.1, p. 103-109, 2001.

PINHEIRO, R. As práticas no cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A. de (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.de. (orgs.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2005.

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

PUPIN, V.M; CARDOSO, C.L. Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de ‘ser agente’. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.13, n.2, p. 157-163, 2008.

\_\_\_\_\_. Fazer de ‘soldadinho’: as dificuldades no trabalho de agentes comunitários de saúde. **Psico**, Porto Alegre, v.42, n.1, p. 41-50, 2011.

PUPIN, V.M.; CARDOSO, C.L.; FRANCESCHINI, T.R.C. A construção de grupos de promoção de saúde: repensando a prática profissional do psicólogo. In: SIMON, C.P.; MELO-SILVA, L.L.; SNATOS, M.A. (orgs.) **Formação em Psicologia: desafios da diversidade na pesquisa e na prática**. São Paulo: Vetor, 2005.

QUEIRÓS, A.A.L.; LIMA, L.P. A institucionalização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p. 257-281, 2012.

RIBEIRÃO PRETO. Portal da Cidade de Ribeirão Preto. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/PRINCIPALN.php?pagina=/SSAUDE/I16saude.asp>>. Acesso em: 02 out. 2008.

\_\_\_\_\_. Portal da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/rede/i16subs.php>>. Acesso em: 13 abr. 2013.

SEABRA, D. C. **O Agente Comunitário de Saúde na visão da Equipe Multiprofissional**. 2006. 133f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Departamento de Medicina Social, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SEOANE, A. F. **A percepção do usuário do Programa de Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade das informações**. 2007. 74f. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SILVA, J.A. da. **O Agente Comunitário de Saúde do projeto QUALIS: agente institucional ou agente da comunidade?** 2001. 222f. Tese (Doutorado em Administração Hospitalar) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

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

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

SPINK, M.J. **Psicologia Social e Saúde** – práticas, saberes e sentidos. Petrópolis: Vozes, 2003. 339p.

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

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

TRAPÉ, C.A.; SOARES, C.B. Educative practice of Community Health Agents analyzed through the category of praxis. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 15, n.1, p. 142-149, jan.-fev., 2007.



VERRI, B.H.M.A. **A visita domiciliar no Programa de Saúde da Família:** entre a norma e o cuidado. 2007. 272f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

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

WAI, M.F.P. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família:** fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento. 2007. 137f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/ UNITED NATIONS CHILDREN' S FUND (WHO/UNICEF). **Primary Health Care: report of the International Conference on PHC**, Alma-Ata: URSS, 1978/ Geneva: WHO, 1978.



## **APÊNDICES**

---



## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Viviane Milan Pupin, sou psicóloga (CRP – 06/79325) e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP – USP) e estou realizando a pesquisa intitulada “*Estratégia Saúde da Família: concepções de profissionais e usuários sobre o trabalho de Agentes Comunitários de Saúde*”.

Esta pesquisa tem como objetivo estudar o que usuários e profissionais da saúde que trabalham na Estratégia Saúde da Família pensam sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

Venho solicitar a sua permissão e colaboração neste estudo que será realizado através da observação do trabalho da Equipe de Saúde da Família e das visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde. Também serão realizadas entrevistas individuais com profissionais e usuários do serviço, em local e data a ser combinados.

Cabe ressaltar que:

- sua participação na pesquisa não lhe causará nenhum dano, risco ou ônus.
- a pesquisadora realizará anotações após as observações.
- as entrevistas serão gravadas em fita de áudio, com a sua autorização e depois seu conteúdo será transcrito pela pesquisadora.
- durante a entrevista você terá liberdade de não responder certos assuntos que não queira, sem que isso o prejudique de qualquer maneira.
- sua identidade jamais será revelada publicamente.
- você pode a qualquer momento desistir de participar da pesquisa, não importando o motivo, sendo que as informações disponibilizadas serão inutilizadas e tal fato não acarretará qualquer prejuízo pessoal a você.
- você ficará com uma cópia deste Termo de Consentimento, assinada por você, pela pesquisadora e pela orientadora do estudo.
- qualquer dúvida com relação à sua participação poderá ser esclarecida com a pesquisadora ou com a orientadora do estudo Profa. Dra. Cármen Lúcia Cardoso, docente da FFCLRP – USP, no endereço abaixo:

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – FFCLRP  
Departamento de Psicologia e Educação – Bloco 5 – Sala 33-A  
Av. Bandeirantes, nº 3900 CEP: 14040-901 Ribeirão Preto/SP  
Fone: (16) 3602 – 3660

Viviane Milan Pupin – pesquisadora

Cármen Lúcia Cardoso - orientadora

Assim, eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar de maneira livre e voluntária do desenvolvimento deste estudo.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante.

## **APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista**

### **Profissionais da equipe da ESF**

#### **Identificação**

1 – Idade

2 – Sexo

3 – Escolaridade

4 – Profissão

5 – Tempo de trabalho na ESF

6 – Outras atividades profissionais realizadas antes do trabalho na ESF

7 – Porque a escolha pela ESF?

#### **Questões Norteadoras da Entrevista**

Na sua opinião, qual é o trabalho do ACS?

O que você acha de tal trabalho?

Quais as atividades que ele realiza?

Qual a finalidade de tais atividades?

Você acha que existe alguma atividade que o ACS realiza, mas não é sua responsabilidade?

Você acha que existe alguma atividade que o ACS não realiza, mas deveria realizar?

Qual (is) atividade(s) que o ACS realiza e que pode ajudar no seu (entrevistado) trabalho? De que forma ajuda?

Qual(is) atividade(s) que o ACS realiza e que pode prejudicar o seu (entrevistado) trabalho? De que forma?

Qual(is) atividade(s) o ACS realiza com a equipe?

Qual(is) atividade(s) o ACS realiza com a comunidade?

O que você considera relevante ao ACS saber/ter conhecimento para realizar as atividades que ele realiza?

Na sua opinião, quais as dificuldades do trabalho do ACS?

Você acha que alguma coisa deve ser mudada no trabalho do ACS? O que? Como? Porque?

O que que você pensa do fato do ACS morar na área de abrangência?

## Usuários da ESF

### Identificação

- 1 – Idade / 2 - Sexo
- 3 – Escolaridade
- 4 – Profissão
- 5 – Tempo de convívio com o ACS no processo das visitas domiciliares
- 6 – Já recebeu anteriormente visitas de outros ACSs que não o que realiza visita atualmente

### Introdução ao tema

De 2000 pra 2001 eles criaram o Programa Saúde da Família e por isso tem esses núcleos agora. O que você sabe sobre o PSF?

O PSF tem na equipe dele o Agente Comunitário de Saúde. O que que você sabe sobre o trabalho do ACS?

O ACS da senhora é X. Nós vamos conversar não sobre como ela faz o trabalho dela, mas sobre o trabalho de todos os agentes comunitários de saúde, como todos os agentes comunitários de saúde trabalham. Por isso eu estou passando em várias casas, de bairros diferentes pra poder conhecer o trabalho de todos os agentes. O nome da X. não vai aparecer em lugar nenhum.

Você poderia me contar como que é quando o agente comunitário de saúde vem aqui? O que ele fala, o que você fala? Lembra um dia que você esteve com o agente e me conta como é.

Você lembra alguma situação que a visita do agente foi importante ou marcante? Como que aconteceu? O que aconteceu?

### Questões Norteadoras da Entrevista

Na sua opinião, o que o ACS faz? Quais as atividades que ele realiza?

O que você acha de tal trabalho?

Você acha que existe alguma atividade que o ACS realiza, mas não deveria realizar?

Você acha que existe alguma atividade que o ACS não realiza, mas deveria realizar?

Que atividade(s) você acha que o ACS faz na Unidade de Saúde que ele trabalha?

Que atividade(s) você acha que o ACS faz na comunidade?

Você acha que o ACS tem que ter estudo pra fazer esse trabalho? Qual? O que você acha que o ACS tem que saber/ter conhecimento para realizar as atividades que ele realiza?

Na sua opinião, quais as dificuldades do trabalho do ACS?

Você acha que alguma coisa deve ser mudada no trabalho do ACS? O que? Como? Porque?

Você acha que o ACS tem que morar no mesmo bairro que ele trabalha? Porque?

## APÊNDICE C

### Informações detalhadas sobre os profissionais participantes das entrevistas

#### Núcleo de Saúde da Família C

No Núcleo de Saúde da Família C foram entrevistados o médico, a enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e uma dentista. Segue abaixo a descrição dos referidos profissionais e a sigla (entre parênteses) que identifica os trechos dos referidos profissionais ao longo do trabalho.

**Médico (Médico – C)** – o médico tinha 30 anos, era do sexo masculino, cursou residência de dois anos em Medicina de Família e Comunidade. Trabalhava como médico contratado na ESF há dois anos e meio. Relatou ter escolhido a área da Saúde da Família por que a mesma encaixava mais no seu perfil e encaixava mais no que ele queria e também pela necessidade que via da população. Relata também ter sido influenciado pelo seu pai – que também trabalhava como médico na mesma área.

**Enfermeira (Enfermeira – C)** – a enfermeira tinha 46 anos, era do sexo feminino, não fez nenhum tipo de especialização, mas, na época da entrevista, estava cursando Mestrado em Enfermagem - USP. Trabalhava na ESF há oito anos. Antes de iniciar seu trabalho na ESF ficou parada por sete anos e só depois de entrar em contato, pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, com a proposta da ESF voltou a ter interesse em atuar “porque eu sempre achei que isso era fazer enfermagem, né, essa coisa mais próxima das pessoas, do jeito delas viverem” (sic).

**Dentista (Dentista – C)** – a dentista tinha 49 anos, era do sexo feminino, fez alguns cursos e oficinas a respeito da ESF e também um curso de especialização em ESF. Trabalhava na ESF há aproximadamente sete anos. Relatou ter iniciado o trabalho na ESF em outro Núcleo de Saúde da Família e depois ter sido transferida para o Núcleo de Saúde da Família C. A dentista trabalhava no Centro de Saúde Escola e era “emprestada” ao Núcleo por um período de oito horas semanais. Ressaltou que não estava oficialmente inserida na equipe e que a equipe não recebia verba específica da Odontologia.

**Auxiliar de enfermagem (Auxiliar de Enfermagem – C)** – a auxiliar de enfermagem tinha 28 anos, era do sexo feminino e estava cursando Enfermagem na época da realização da entrevista. Trabalhava na ESF há sete anos e também trabalhava no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Relatou não ter escolhido especificamente o trabalho na ESF, “aconteceu” (sic), já que prestou vários concursos e “eu não sabia nem o que era e vim parar aqui” (sic).

#### Núcleo de Saúde da Família D

No Núcleo de Saúde da Família D participaram da pesquisa o médico, a enfermeira e uma auxiliar de enfermagem (apesar da existência de duas auxiliares, uma não quis participar da pesquisa, alegando estar cansada de participar de pesquisas e “só participo se for obrigada. Se puder escolher, eu



escolho não participar” (sic)). Segue abaixo a descrição dos referidos profissionais e a sigla (entre parênteses) que identifica os trechos dos referidos profissionais ao longo do trabalho.

**Médico (Médico – D)** – o médico tinha 39 anos, era do sexo masculino e fez dois tipos de residência, sendo uma em Medicina Geral e Comunitária. Trabalhava nesse Núcleo de Saúde da Família há dois anos e quatro meses, mas trabalhou num outro por um período de cinco anos e cinco meses.

**Enfermeira (Enfermeira – D)** – a enfermeira tinha 28 anos, era do sexo feminino e não fez nenhuma especialização em ESF. Trabalhava na ESF há um ano e cinco meses e trabalhou antes na área de enfermagem cirúrgica do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Relatou não ter sido uma escolha trabalhar na ESF (prestou o concurso e foi chamada), mas acrescentou gostar muito da Atenção Básica.

**Auxiliar de enfermagem (Auxiliar de Enfermagem – D)** – a auxiliar de enfermagem tinha 36 anos, era do sexo feminino e não fez nenhuma especialização em ESF, apenas o curso técnico em enfermagem. Trabalhava na ESF há oito anos e trabalhou por um período de seis meses como Agente Comunitária de Saúde e oito meses como auxiliar de enfermagem em outro Núcleo de Saúde da Família.

## APÊNDICE D

### Informações detalhadas a respeito dos usuários participantes das entrevistas

#### Núcleo de Saúde da Família C

**Usuária 1.C** – a usuária tinha 48 anos, era do sexo feminino, casada e mãe de dois filhos. Estudou até a quarta-série do Ensino Fundamental e era dona de casa. Recebia a visita domiciliar do ACS desde que o Núcleo de Saúde da Família foi fundado (em 2001). Desde então, recebe sempre a visita do mesmo ACS. A receptividade do marido da usuária foi imensa: sem saber quem era a pesquisadora, mas vendo-a de jaleco, o mesmo falou para que entrasse e chamou sua esposa. A casa ficava nos fundos de uma oficina muito ampla – que era local de trabalho do marido. A entrevista foi realizada na sala. A casa era pequena, organizada e com vários gatos. A usuária foi extremamente receptiva. No final da entrevista contou sobre os estudos de seus filhos, mostrando um móvel confeccionado pelo filho que cursava marcenaria.

**Usuária 2.C** – a usuária tinha 28 anos, era do sexo feminino, casada e mãe de dois filhos (um deles bebê). Tinha o Ensino Médio Completo e era dona de casa, mas trabalhou como auxiliar de cozinha. Havia se mudado recentemente para a área de abrangência do Núcleo C, e, portanto, recebia a visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde do Núcleo C há oito meses, mas recebia a visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde do Núcleo de Saúde da Família A há aproximadamente dois anos. Sua residência era nova e muito organizada. A usuária foi receptiva, mas aparentou tristeza. Tinha a fala sucinta e objetiva. Antes de realizar a entrevista, a pesquisadora já havia acompanhado a ACS numa visita domiciliar à referida usuária, o que pode ter facilitado o reconhecimento da pesquisadora pela usuária.

**Usuária 3.C** – a usuária tinha 73 anos, era do sexo feminino, viúva e morava com sua filha e com seu neto. Relata ter estudado o “Científico” e trabalhou como professora até a gravidez de sua filha, quando passou muito mal e teve que parar de trabalhar. Recebia a visita domiciliar do ACS há aproximadamente seis anos. Relatou já ter recebido visita domiciliar de outro ACS. Sua residência era grande e arrumada. Sua filha estava fazendo faxina e seu neto estava jogando vídeo-game. Ela foi muito receptiva e em alguns momentos falou com a voz baixa para seu neto não ouvir. No final da entrevista, relatou que sua filha separou-se do marido e as crianças sofriam muito por conta disso. Ressaltou que a ACS sabia de toda a história porque a usuária desabafava com ela.

**Usuária 4.C** – a usuária tinha 55 anos, era do sexo feminino, casada e mãe de um filho solteiro que morava com ela. Cursou até a oitava série do Ensino Fundamental e era dona de casa. Recebia a visita domiciliar do ACS desde a fundação do Núcleo e sempre recebeu visitas domiciliares da mesma ACS. A entrevista foi realizada na cozinha. A usuária foi bem receptiva. Sua casa era nos fundos e na frente funcionava uma oficina de seu filho. A casa era ampla e bem organizada. Ao final

da entrevista a usuária contou sobre seus netos e fez questão de mostrar fotos dos mesmos.

**Usuários 5.C** – trata-se de uma entrevista atípica. Inicialmente a entrevista foi realizada com uma usuária de 75 anos, do sexo feminino, casada e mãe de dois filhos que não moravam com ela. Cursou até a quarta série do Ensino Fundamental e trabalhou como costureira numa malharia. Como seu marido ficou presente no momento da entrevista, ele complementava as respostas da esposa informalmente. Após o término da entrevista, foi questionado se o senhor gostaria de participar também da pesquisa já que havíamos conversado juntos e ele disse que sim, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após a realização da mesma. O usuário tinha 77 anos, cursou o Ensino Fundamental Completo e ingressou no seminário para se ordenar como padre, mas desistiu. Eles residiam numa casa muito boa, organizada e contavam com uma auxiliar de serviços. Eles tinham plano de saúde privado, mas relataram preferir utilizar o Núcleo por ser mais próximo e por considerarem o atendimento melhor. Utilizavam o convênio em situações de exames porque “no SUS demora muito o resultado” (sic).

**Usuária 6.C** – a usuária tinha 46 anos, era do sexo feminino, casada e mãe de duas filhas adolescentes. Tinha ensino superior completo em Pedagogia e em Educação Física. Atualmente trabalhava com seu marido em sua residência confeccionando enfeites para buffet. Recebia a visita domiciliar do ACS há aproximadamente cinco anos e sempre realizadas pela mesma ACS. A usuária contava com plano de saúde privado, mas também utilizava os serviços do Núcleo. A entrevista foi realizada em sua garagem – que servia de local de trabalho para eles fazerem os enfeites que vendiam para os buffets. Na garagem havia uma grande mesa, cadeiras e o portão, que era vazado, estava coberto com um pano. Enquanto conversávamos, o marido desenhava os moldes. A usuária demonstrou estar bem a vontade para responder às perguntas e recebeu com atenção e disponibilidade a pesquisadora.

**Usuária 7.C** – a usuária tinha 44 anos, era do sexo feminino, casada, residia com seu marido, seus pais e seus dois filhos. Cursou até a oitava série do Ensino Fundamental. Era dona de casa, mas já havia trabalhado como faxineira em padarias e em uma lan house. Recebia a visita domiciliar do ACS há mais ou menos seis anos e nesse período recebia a visita domiciliar de uma ACS, mas a mesma mudou de micro-área de atuação e agora recebe a visita de outra ACS. A pesquisadora já havia acompanhado o ACS numa visita domiciliar a referida usuária, o que pode ter facilitado o reconhecimento da pesquisadora. A usuária foi bem receptiva, porém não recebia a visita domiciliar dentro de sua residência: dispunha algumas cadeiras na garagem da casa e a visita domiciliar era realizada neste local. A realização da entrevista também foi no mesmo local. Sua casa aparentava ser muito boa e contava com um amplo e belo jardim na frente. Tinha um carro não popular.

**Usuária 8.C** – a usuária tinha 34 anos, era do sexo feminino, era casada e mãe de duas crianças. Morava com seus pais, com seu marido e com seus filhos. Cursou até a quarta-série do Ensino Fundamental e era dona de casa. Não soube especificar há quanto tempo recebia a visita domiciliar do ACS, mas assim como a usuária 7.C, recebeu por um período a visita de uma ACS, mas

com a mudança de micro-área de atuação, recebia, na época da entrevista, a visita domiciliar de outra ACS. Segundo informações da atual ACS responsável pela visita domiciliar à usuária, a mesma recebe as visitas dela há mais de dois anos (sem contar o tempo de visitas realizados pela outra ACS). Foi muito difícil achar a residência da usuária. Na área onde ela residia as numerações das residências não seguiam uma ordem numérica e os portões eram bem próximos uns aos outros. A usuária foi extremamente receptiva. Ao entrar na casa, ela apresentou à pesquisadora seus pais e seus filhos. A casa era muito simples, de chão batido. A entrevista foi realizada na cozinha.

**Usuária 9.C** – a usuária tinha 54 anos, era do sexo feminino e residia com sua mãe. A usuária tinha uma filha casada, mas que não residia com ela. No período da tarde cuidava de sua neta. Coursou até a oitava série do Ensino Fundamental e era dona de casa. Recebia a visita domiciliar do ACS há aproximadamente três anos. Já recebeu visitas de outro ACS quando morava em outra área de abrangência de outro Núcleo de Saúde da Família por mais ou menos um ano e meio. A usuária era vizinha do Núcleo. A casa era simples e arrumada e a entrevista foi realizada na sala. A usuária foi muito receptiva e pareceu gostar muito de conversar.

**Usuária 10.C** – a usuária tinha 46 anos, era do sexo feminino, casada e residia com seus filhos, genros, noras, netos e marido. Coursou até a quinta série do Ensino Fundamental e era dona de casa. Recebia a visita domiciliar do ACS há três anos, mas já recebeu a visita de outra ACS antes da mudança de micro-áreas. No dia marcado da entrevista, a ACS responsável pela família perguntou se a pesquisadora iria até a residência da família e perguntou se a mesma poderia entregar um pacote de feijão à usuária. A ACS acrescentou que foi fazer compras no dia anterior e, sempre que podia, comprava algo para ajudar a família que era muito carente. A pesquisadora disse a ela que entregaria e a ACS pediu para reforçar que foi a ACS quem mandou. A usuária pertencia a uma família muito conhecida no Núcleo. A família toda veio do Nordeste do país e era uma família muito numerosa, que residia numa casa de poucos cômodos. Antes do início da entrevista, a pesquisadora entregou o pacote de feijão reforçando ser a ACS quem pediu para entregar. A usuária agradeceu e disse que a ACS a ajudava muito e sempre que podia mandava alguma comida para eles. A entrevista foi realizada na rua. A casa encontrava-se numa área sem asfalto e o esgoto corria a céu aberto. O cheiro era muito forte, mas as pessoas pareciam estar acostumadas ao mesmo. O marido e alguns dos filhos estavam deitados próximo à senhora. Algumas crianças também brincavam por perto. A usuária foi receptiva à entrevista.

### **Núcleo de Saúde da Família D**

**Usuária 1.D** – a usuária tinha 65 anos, era do sexo feminino e residia com seu marido. Tinha dois filhos casados que não residiam com ela. Coursou até a primeira série do Ensino Fundamental e era dona de casa aposentada. Trabalhou quando jovem na “roça” (sic). Relatou receber a visita domiciliar do ACS há mais de dois anos, mas recebia anteriormente a visita de outro ACS do mesmo Núcleo,

mas não soube informar por quanto tempo. Segundo informações da ACS responsável pela visita domiciliar, a usuária recebia o ACS há mais de três anos. A senhora tinha um estabelecimento comercial (“vendinha” (sic)) na frente de sua casa no qual trabalhavam ela e o marido. A entrevista foi realizada na sala. A residência da usuária era de chão batido, bem simples, mas com várias mobílias. Os cômodos eram separados por pedaços de pano e havia uma cama na sala. A usuária foi receptiva.

**Usuária 2.D** – a usuária tinha 31 anos, era do sexo feminino, era casada e mãe de dois filhos. Cursou até a terceira série do Ensino fundamental, era dona de casa, mas também cuidava de um estabelecimento comercial no cômodo da frente de sua casa (um bar). Recebia a visita domiciliar do ACS desde a implantação do Núcleo de Saúde da Família (há aproximadamente oito anos) e sempre realizada pela mesma ACS. Após apresentar os objetivos da pesquisa, a usuária pergunta se a entrevista não era sobre o “postinho”(sic). Ao ser negado, ela acrescenta que lá o trabalho era péssimo, não tinha médico para atender e as “moças que ficavam na porta” (sic) (recepção) eram mal educadas, acrescentando “não a X. (ACS). Ela vem sempre aqui e tá sempre atenciosa” (sic).

**Usuária 3.D** – a usuária tinha 52 anos, era do sexo feminino, era casada e residia com sua filha e sua neta. Cursou até a sétima série do Ensino Fundamental, era dona de casa, mas já tinha trabalhado como vendedora. Recebia a visita domiciliar do ACS desde a implantação do Núcleo de Saúde da Família (há aproximadamente oito anos) e sempre realizada pela mesma ACS. A filha era usuária de drogas e, segundo a usuária, era agressiva. A chegada da mesma na casa mudou a postura da usuária que ficou justificando-se para a filha a respeito do que estávamos conversando.

**Usuária 4.D** – a usuária tinha 79 anos, era do sexo feminino e é viúva. Residia com sua cuidadora e seus dois netos. Era dona de casa e cursou até a terceira série do Ensino Fundamental. Recebia a visita domiciliar do ACS há mais ou menos cinco anos, realizadas pela mesma ACS. Já recebeu visitas domiciliares de outros ACSs, mas de forma pontual – duas ou três vezes. Ao chegarmos à residência da usuária, a mesma diz à ACS que foi bom ela ter vindo porque a usuária queria contar a ela sobre a queda que levou e que agora estava melhor. A ACS respondeu que não estava visitando-a, mas sim apresentando a pesquisadora e ver se a usuária gostaria de colaborar com a pesquisa. Após explicar a respeito da pesquisa, a ACS disse que iria fazer outras visitas e outro dia voltaria para conversar. A usuária respondeu que não tinha problemas, porque ela estava bem. Ao entrar na residência a usuária perguntou se eu não poderia voltar outro dia. Perguntei se ela estava ocupada e ela disse que não, mas que seu filho iria ao banco receber o dinheiro hoje. Perguntei se ela tinha que ir com ele e ela diz que não, mas que não teria dinheiro para participar. Expliquei a ela que a participação não seria com dinheiro, mas com uma conversa sobre o trabalho do ACS. Ela respondeu “ah, aí tudo bem” (sic) e começamos a entrevista.

**Usuário 5.D** – o usuário tinha 56 anos, era do sexo masculino e era casado. Residia com sua mulher, mas tinha dois filhos (de outro relacionamento) que moravam em outra cidade. Tinha nível superior incompleto e era aposentado (trabalhou como vendedor autônomo). Recebia a visita domiciliar do ACS desde a implantação do Núcleo (há aproximadamente oito anos), realizadas sempre

pelo mesmo ACS. Sua residência era ampla, organizada e afastada da favela. Preocupou-se, várias vezes, em responder de acordo com o “protocolo das atribuições dos agentes” (sic).

**Usuária 6.D** – a usuária tinha 35 anos, era do sexo feminino, casada e mãe de dois filhos. Coursou até a quarta série do Ensino Fundamental e era “doméstica. E mãe!” (sic). Recebia a visita domiciliar do ACS desde que morava com sua mãe (desde 2001 – ano da implantação do Núcleo de Saúde da Família) e já recebeu a visita domiciliar de dois ACSs em épocas distintas. Sua residência era simples, porém maior que as outras residências da favela. Ficamos na cozinha. Ela demonstrou muito interesse em conversar sobre o trabalho do ACS.

**Usuária 7.D** – a usuária tinha 36 anos, era do sexo feminino, era casada e mãe de dois filhos. Coursou até a quarta série do Ensino Fundamental e referiu ser dona de casa (porém, segundo informações do ACS responsável por visitá-la, ela era faxineira). Recebia a visita domiciliar há mais de dois anos, realizada sempre pelo mesmo ACS. No início, a usuária disse não saber “responder perguntas por não ser estudada” (sic). Foi enfatizado que a conversa seria sobre a convivência dela com o ACS e que não havia respostas certas e nem erradas. Sua residência era bem simples, situada na favela. O corredor da casa era utilizado como oficina do marido.

**Usuária 8.D** – a usuária tinha 20 anos, era do sexo feminino, solteira e residia com a mãe e seus outros irmãos. Coursou o Ensino Médio Completo e fazia o curso de Comissária de Bordo. Recebia a visita domiciliar do ACS desde a implantação do Núcleo e relatou não receber a visita domiciliar de um ACS “fixo não, cada vez vem uma diferente” (sic). A usuária ajudava sua família a cuidar de um estabelecimento comercial que tem na frente de sua residência (mercearia).

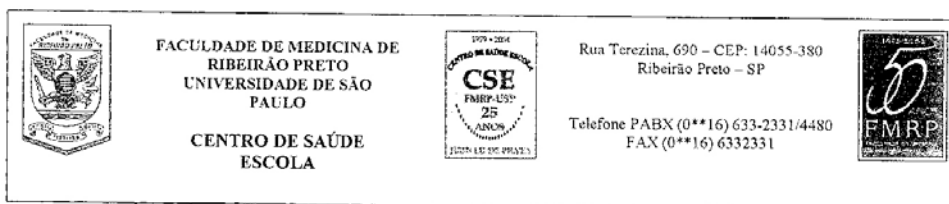
**ANEXO**

---





## ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE  
MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CSE-FMRP-USP.

Ribeirão Preto, 25 de março de 2009.

Of. Nº.047/09/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP.

Senhora Professora,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, analisou e apreciou o parecer do Relator, referente ao projeto de pesquisa intitulado: **“Estratégia Saúde da Família: concepções de profissionais e usuários sobre o trabalho de Agentes Comunitários de Saúde”**, protocolo nº.307/CEP-CSE-FMRP-USP, sob a orientação de V. S<sup>a</sup>. e da pesquisadora, Viviane Milan Pupin, foi **aprovado**.

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

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

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

Ilma. Sra.

Prof<sup>a</sup>. Dra. Carmén Lúcia Cardoso

Docente do Departamento de Psicologia e Educação da

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP.