



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Cristiane Otoni Gomes

**Agente Comunitário de Saúde (ACS): construção dos percursos identitários  
a partir da história de vida**

Rio de Janeiro

2013

Cristiane Otoni Gomes

**Agente Comunitário de Saúde (ACS): construção dos percursos identitários a partir da história de vida.**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política e Planejamento em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

G633 Gomes, Cristiane Otoni  
Agente comunitário de saúde (ACS) : construção do  
percurso identitário a partir da história de vida / Cristiane Otoni  
Gomes. – 2013.  
77f.

Orientador : Ruben Araujo de Mattos.  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio  
de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Serviços de saúde comunitária - Teses. 2. Saúde  
comunitária – auxiliares – Teses. 3. Recursos humanos na  
saúde pública – Teses. 4. Família – saúde e higiene –Teses. I.  
Mattos, Ruben de Araújo. II. Universidade do Estado do Rio  
de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614:37

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta  
dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Cristiane Otoni Gomes

**Agente Comunitário de Saúde (ACS): construção dos percursos identitários a partir da história de vida**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política e Planejamento em Saúde.

Aprovada em 26 de abril de 2013.

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos  
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva  
Instituto de Medicina Social – UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Gustavo Correa Matta  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – FIOCRUZ.

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Cesar Augusto Orazem Favoreto  
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Rio de Janeiro

2013

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta dissertação de mestrado à minha Mãe, Maria Angélica! Expresso aqui minha gratidão por seu amor e afeto demonstrados em atos, palavras, cuidados e ensinamentos. Através destes entendi que posso conquistar tudo que desejar!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, força inspiradora, que me norteia em todos os meus projetos de vida e a toda espiritualidade que me protege e ilumina!

Agradeço ao Rafa, meu companheiro e amigo, seu amor, paciência, confiança e acolhida em cada momento deste trabalho. Sinto-me mais fortalecida ao seu lado!

Agradeço ao meu pai Walter, irmãos- Davidson, Waltinho e Anderson e cunhadas por compartilharem as minhas conquistas! De forma, especial, a meus sobrinhos - Miguel, Pedro Henrique e Letícia que estão me ensinando, com tamanha delicadeza, o amor de tia. Foi mais leve trilhar este caminho com a presença de vocês! Meu mundo ficou bem melhor depois que vocês chegaram!

Agradeço o apoio e a torcida da tia Inês, Chico e das primas - Carol e Dani pela conclusão deste trabalho. Sei que posso contar com vocês!

Agradeço à minha vó Diva pelas orações para que este sonho se realizasse!

Agradeço a amigos, muito queridos, simplesmente, por serem tudo que se sente de um amigo. Sem dúvida, esta dissertação não teria se concretizado sem o apoio singular que recebi de cada um de vocês: Liliam, Andreza, Rosane, Mari, Margareth, Bruno e Anne!

Agradeço meu orientador Ruben Mattos pela escuta acolhedora, respeitosa e delicada. Posso dizer que me senti mais do que orientada, me senti cuidada! Esta dissertação é fruto deste feliz encontro!

Agradeço aos professores Martinho Silva, Gustavo Matta e Cesar Favoreto pela gentileza e pronta disponibilidade em oferecerem sua contribuição para esta dissertação.

Agradeço a todos os docentes, colegas e profissionais do IMS, casa que me acolheu e possibilitou a realização e conclusão do mestrado e que deixará saudades!

Agradeço a todas as pessoas que ajudaram a construir a minha história de vida até aqui, pois somamos afetos e vivemos contingências que favoreceram, também, a concretização do mestrado.

Por fim, toda minha gratidão aos Agentes Comunitários de Saúde que compartilharam comigo histórias de vida preciosas, fortes e emocionantes e tornaram possível a realização desta dissertação.

Pois de amor andamos todos precisados! Em dose tal que nos alegre, nos reumanize, nos corrija, nos dê paciência e esperança, força, capacidade de entender, perdoar, ir para a frente! Amor que seja navio, casa, coisa cintilante, que nos vacine contra o feio, o errado, o triste, o mau, o absurdo e o mais que estamos vivendo ou presenciando.

*Carlos Drummond de Andrade*

## RESUMO

GOMES, Cristiane Otoni. *Agente Comunitário de Saúde (ACS): construção do percurso identitário a partir da história de vida*. 2013. 77 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Esta pesquisa busca compreender a construção do percurso identitário do Agente Comunitário de Saúde (ACS) a partir da história de vida. Os objetivos colocados neste estudo foram analisar as formas como se constituíram os princípios e valores que orientam as práticas de cuidado do ACS e de construir uma narrativa que contemplasse como as contingências e os acasos produziram os sentidos para o seu percurso identitário. Para isto, utilizou-se a metodologia qualitativa heterogênea através da abordagem da História de Vida e da Análise de Conteúdo. A primeira - História de Vida, segundo Becker (1994) é a expressão de uma forma de vida, de conhecer crenças, valores e desejos de uma população estudada dentro do contexto da vida destes sujeitos. Para tanto, foram realizadas entrevistas com seis ACS que atuam há pelo menos dois anos no município do Rio de Janeiro. As entrevistas foram gravadas e, parcialmente, transcritas após o aceite e a assinatura do termo de consentimento. Acredito que os agentes podem operar entre si diferentes modos de fazer, uma vez que afetam e sofrem afetamentos, atravessam e ao mesmo tempo são atravessados por diferentes micro redes que geram solidariedade ou individualismo, humanidade ou animosidade nas inter-relações. Neste contexto, o estudo conclui que ainda que a maioria dos entrevistados não escolhesse a carreira de ACS, houve uma disponibilidade para aprender o ofício e um compromisso com as atribuições definidas para o exercício profissional. Aliado a isso, constatou-se também, que a inserção na profissão foi uma forma de conseguir um emprego formal que garanta uma renda fixa mensal. Não há o desejo de permanecer por muito tempo nesta profissão pelo desgaste físico e emocional que é fortemente sentido já no primeiro ano de trabalho. Em relação à construção dos sentidos para o percurso identitário dos ACS, os depoimentos apresentam uma identificação com as ações de ajuda e solidariedade presentes na vida dos sujeitos. E, dentre os valores ou princípios que constituíram a formação de um caráter ou identidade pessoal, que são determinantes para a atuação no cuidado à saúde das pessoas, destacam-se a sensibilidade, a escuta, o afeto, o acolhimento, a ética, a amizade e alteridade. Na discussão sobre a necessidade deste profissional ser morador da área que vai atuar, observou-se, a partir das narrativas, que esta exigência pode facilitar a abordagem. Contudo, a qualidade do cuidado não está diretamente relacionada a este critério que pode gerar distanciamento e desconfiança dos outros moradores. Logo, estudos como este se justificam para que se possa reafirmar a importância de trabalhadores do SUS, em especial, o ACS. Estes representam hoje mais de 200 mil trabalhadores da saúde pública e se espera que sejam profissionais responsáveis por um cuidado em saúde que respeitem as diferenças entre as pessoas, que não sobreponham a doença ao sujeito e não minimizem o sofrimento em função do cumprimento de metas e produção de dados a serem planilhados. Lutem, acima de tudo, pela defesa de qualquer vida.

Palavras-chave: Saúde da Família. Auxiliares de saúde comunitária. Prática profissional. Cuidado Centrado no Paciente.



## ABSTRACT

This research seeks to understand the construction of the journey of identity Community Health Agent (CHA) from the history of life. The objectives of this study were placed examine ways as were the principles and values that guide the practices of care and CHA to construct a narrative that encompassed as the contingencies and accidents produced directions for your route identity. For this, we used a qualitative methodology heterogeneous approach through Life History and Content Analysis. The first - Life History, according to Becker (1994) is the expression of a way of life, to know beliefs, values and desires of a population within the context of life of these subjects. Therefore, interviews were conducted with six CHA who work for at least two years in the city of Rio de Janeiro. The interviews were recorded and partially transcribed after accepting and signing the consent form. I believe that agents can operate together different ways of doing, since they affect and afetamentos suffer, while cross are crossed by different micro networks that generate solidarity and individualism, humanity or animosity interrelationships. In this context, the study concludes that although the majority of respondents did not choose a career in CHA, there was a willingness to learn the craft and a commitment to the task set out for professional practice. Allied to this, it was also found that the insertion in the profession was a way to get a formal job that guarantees a fixed monthly income. There is a desire to stay long in this profession by physical and emotional exhaustion that is strongly felt in the first year of work. Regarding the construction of sense of identity to the route of the CHA, the statements show an identification with the actions of aid and solidarity present in subjects' lives. And, among the values or principles that constitute the formation of a character or personal identity, which are crucial to tackling the health care of people, we highlight the sensitivity, listening, affection, care, ethics, friendship and otherness. In discussing the need for this work to be a resident of the area that will act, there was, from the narratives, that this requirement may be an easier approach. However, the quality of care is not directly related to this criterion that can generate distance and distrust of the other residents. Therefore, studies like this are justified so that we can reaffirm the importance of the SUS workers, especially the CHA. These now represent more than 200,000 public health workers and professionals are expected to be responsible for a health care respecting the differences between people, which does not overlap the disease and not subject to minimize the suffering due to the achievement of goals and producing data to be planilhados. Fight, above all, for the defense of any life.

Keywords: Family Health. Community Health Aides. Professional Practice. Patient-Centered Care.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A. A. - Alcoólicos Anônimos

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AC - Agente Comunitário

AS - Agente de Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental

CMS - Centro Municipal de Saúde

CSF - Clínica de Saúde da Família

DAB – Departamento de Atenção Básica

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FNS - Fundação Nacional de Saúde

IMS - Instituto de Medicina Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

N. A. – Narcóticos Anônimos

ONG - Organizações Não Governamentais

PACS - Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PLUS - Plano de Localização de Unidades de Serviços

PPREPS - Programa de Preparação Estratégica de Pessoal

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUS - Sistema Único de Saúde.

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

1	<b>COMENTÁRIOS INICIAIS .....</b>	11
2	<b>SOBRE A TRAJETÓRIA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E O CONTEXTO ATUAL NO BRASIL .....</b>	15
2.1	<b>Algumas questões da luta política e da formação dos ACS .....</b>	20
3	<b>ENSAIO METODOLÓGICO .....</b>	24
3.1	<b>Breve caracterização dos entrevistados e do campo .....</b>	26
4	<b>AS HISTÓRIAS DE VIDA .....</b>	28
5	<b>DISCUSSÃO E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS .....</b>	46
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	71
7	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	73
	<b>ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	76
	<b>ANEXO B – Roteiro da entrevista .....</b>	77

## 1 COMENTÁRIOS INICIAIS

Escrever uma dissertação de mestrado é tarefa delicada e dedicada. Primeiro porque nos deparamos com o desafio de refletir sobre algo real ou abstrato que nos mobilize e nos faça imergir no mundo das ideias para sustentar o que supomos ser uma questão importante. Segundo porque precisa mesmo ser um movimento, uma ação que promova, provoque a nossa paixão pelo pensamento...

E, assim, lá vou eu. Minha paixão pelo pensamento vem da infância, daquela fase engraçada e instigante dos porquês. Minha mãe como boa professora do ensino fundamental conseguiu me aquietar e, ao mesmo tempo, deixar em alerta minha curiosidade. Já na adolescência, algo do tipo a palavra não, simples assim, começou a se tornar algo bem complexo. E as recusas e proibições precisavam ser bem explicadas e acompanhadas de argumentos claros por meus responsáveis, digo, pais, tios, professores e alguns amigos. E aí uma sensação muito esquisita de começar a me preocupar com a vida cheia de restrições de alguns grupos de pessoas. De certa forma as crianças mais pobres que minha mãe dava aula me impressionaram e, também, os moradores do lugarzinho em Minas (São José de Brejaúba) que minha avó materna nasceu e vive até hoje.

Estudei o ensino fundamental numa escola municipal de Itabira (MG) e a graduação em terapia ocupacional na Universidade Federal de Minas Gerais em Belo Horizonte. Fases bem distintas da minha vida e momentos de bons encontros! A primeira foi minha descoberta pelo gosto de estudar, com excelentes professoras e foi quando comecei a usar óculos e aparelhos nos dentes. Fiquei bem tímida e estudava mais ainda. Já após o ingresso na Universidade, um mundo intrigante se apresentou. Encontrei um monte de gente que sentia aquelas coisas esquisitas que eu sentia, de querer ajudar os outros, de não se conformar com as desigualdades sociais, econômicas e humanas e de terem a certeza de que nós tínhamos alguma coisa a ver com isso.

Penso que posso dizer que ali começou minha paixão pelo campo da política e da saúde coletiva. Estes percursos não foram lineares, como se diz em Minas: “muita água passou debaixo da ponte”. Meu caminho até a terapia ocupacional como definidor de minha identidade profissional foi atravessado por cinco longos anos em que acreditei que só a medicina me forneceria o papel de cuidadora em saúde. Até que na pequena fenda que se abriu com o contato com esta profissão, ainda pouco conhecida e estranha para maioria das pessoas, está em processo o costurar de minha trajetória na vida e na saúde coletiva.

Desde os primeiros anos da graduação participei do centro acadêmico e de encontros de estudante e fui representante do meu curso em espaços colegiados. Entendia, sem ter lido sobre isso, que as construções eram coletivas e que diziam respeito a um coletivo maior que era “o povo”. Também fui percebendo que o povo eram vários coletivos diferentes e que alguns se ocupavam em produzir ações que beneficiavam e outros que prejudicavam muitas pessoas. A oportunidade de cursar uma universidade pública reforçou meu compromisso com este povo e foi assim minha implicação com a saúde coletiva e, desde então, minhas experiências profissionais em serviços públicos de saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS).

No trabalho árduo de não deixar que a prática se perdesse nas demandas e limites impostos pelo cotidiano profissional busquei a residência multiprofissional em saúde mental pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do município do Rio de Janeiro e, posteriormente, o mestrado em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ. Este último apresentando-se como desmistificador na sua essência e apaziguador na sua concretude de alguns dos dilemas que vivia na minha experiência como trabalhadora de um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III)<sup>1</sup> situado numa comunidade do município do Rio de Janeiro. Este serviço integra o complexo de saúde formado por uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), uma Clínica de Saúde da Família (CSF) e o CAPS III.

A partir desta experiência, de forma mais intensa e diária, pude conhecer o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e ser diretamente instigada por ele. Todo conhecimento que possuía era pautado nos contatos em reuniões formais de discussão de casos entre profissionais do Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) com os trabalhadores dos Centros de Saúde em Belo Horizonte<sup>2</sup>. Outra forma de contato e laço aconteceu na experiência de trabalho integrado do CAPS e da CSF. Deixei de ver, passei a olhar e sentir aquelas pessoas, reconhecendo-as como fundamentais para concretizar a proposta do cuidado na atenção básica. Estes tentavam cuidar da saúde dos moradores da sua comunidade.

---

<sup>1</sup> Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). É um serviço de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo é oferecer atendimento à população de uma área adstrita e realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. Apresenta uma capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes e funciona durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e fins de semana.

<sup>2</sup> Atuei como Terapeuta Ocupacional por dois anos nos CERSAMS que correspondem ao CAPS III em outros municípios brasileiros.

Em outra situação de trabalho, desta vez, como participante de uma seleção de ACS para trabalhar no território, algumas questões me instigaram: É necessário conhecer o projeto político-ideológico da Política Nacional de Saúde, ou não? Um sujeito que se apresenta para uma oportunidade de trabalho pode desenvolver este entendimento na construção de sua prática? Estas indagações me fizeram pensar na responsabilidade da construção efetiva de uma política pública que se ocupe em respaldar a autonomia dos sujeitos cuidadores e dos que serão cuidados. Além disso, sustentar o compromisso de defender a vida de todas as pessoas, independente das diferenças e semelhanças que se coloquem durante o contato. Compreender, portanto, quais os princípios e valores que foram construídos e aprendidos nas experiências de vida dos Agentes Comunitários de Saúde. Poderiam estes, princípios e valores, favorecer o desenvolvimento de um cuidado em saúde que respeite as diferenças entre as pessoas? E que, também, não sobreponha a doença ao sujeito e não minimize o sofrimento em função do cumprimento de metas e produção de dados a serem planilhados.

Neste sentido, o objetivo deste estudo é analisar as formas como vão se constituindo os princípios e valores que orientam as práticas de cuidado a partir da história de vida dos Agentes Comunitários de Saúde. Para tanto, buscará compreender, a partir das narrativas dos ACS, como as contingências e os acasos contribuíram para sua prática profissional. Aliado a isso, identificar o percurso identitário dos agentes e como isto interfere no cuidado oferecido aos usuários.

Cabe ressaltar, que se norteia aqui, pelas contribuições de Rorty (2007) no que diz respeito às contingências e acasos. O autor defende que, em primeiro lugar, devemos abandonar a ideia de que há um Eu, um algo profundo na identidade de um ser humano, uma essência que, se descoberta, permite a compreensão do que se é de verdade. Ao invés disso, Rorty nos convida a pensar em cada um de nós como o resultado do que nós fazemos e fizemos com uma série de acontecimentos, a maioria deles, completamente, fora do âmbito da nossa escolha. Apresenta esta ideia da seguinte forma:

“(…) Se um dia pudermos conciliar-nos com ideia de que a maior parte da realidade é indiferente a nossas descrições dela, e de que o eu humano é criado pelo uso de um vocabulário, e não por se expressar adequada ou inadequadamente num vocabulário, teremos ao menos assimilado o que havia de verdadeiro na ideia romântica de que a verdade é construída, e não encontrada” (RORTY, 2007. P. 31).

Dados esses aspectos, a pesquisa inicia-se com um breve relato sobre a origem dos ACS no Brasil e algumas considerações sobre o contexto político e de formação atual deste

profissional. Em seguida, abordará a temática do Agente Comunitário de Saúde e a constituição do seu percurso identitário. O ponto de partida são minhas indagações – como pesquisadora, que buscarão compreender os processos que produzem ou não sentidos para estas pessoas em suas trajetórias de vida e de construção de sua singularidade. Em seguida, apresentará uma proposta metodológica heterogênea. Esta organizará a pesquisa através da abordagem qualitativa utilizando-se da técnica de história de vida e da análise temática do discurso. Logo depois, fará a discussão e análise das entrevistas realizadas e, por fim, algumas considerações finais que não pretendem esgotar o tema. Mas, abrir um debate e novas possibilidades de se pensar a temática do ACS, valorizando suas experiências de vida de forma a resgatar e valorizar o saber proveniente desta.

## 2 SOBRE A TRAJETÓRIA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E O CONTEXTO ATUAL NO BRASIL

Na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde na década de 1970 recomendava-se aos países a organização da atenção primária com participação comunitária como parte de um sistema nacional de saúde com equipe multiprofissional. O Brasil já tinha, em experiências com programas locais ou nacionais, a presença de auxiliares da própria comunidade nas atividades de assistência a indivíduos, grupos humanos e famílias (SANTOS, 2010).

Retornando um pouco mais no tempo, durante as décadas de 1940 e 1960, adotou-se o modelo de expansão e ampliação de atendimento em saúde do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)<sup>3</sup>. Este serviço foi fundado em 1942 com atuação nas regiões Norte e Nordeste do país, mas foi extinto. Atualmente, encontra-se anexado à Fundação Nacional de Saúde (FNS) e suas unidades foram repassadas aos estados ou municípios. A FNS foi criada em 1991 com a fusão da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) e do SESP. Neste modelo havia o papel da enfermeira-visitadora, da visitadora sanitária e do auxiliar de saneamento que juntos realizavam as funções educativas em saúde através das visitas domiciliares. Este trabalho de integração entre a comunidade e o serviço dentro de uma pequena localidade, focalizando a família e a comunidade, tem proximidade com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a atuação dos agentes comunitários de saúde, modelo atual de cuidado. Apesar disso, possuem concepções diferentes do processo de saúde-doença. Para o SESP, a saúde remetia a bons hábitos higiênicos individuais ou de pequenos grupos. Enquanto na ESF, adota-se o conceito ampliado de saúde a partir da integralidade da atenção e do fortalecimento das ações intersetoriais para se efetivar as propostas da promoção da saúde (SANTOS ET AL, 2010).

O trabalho dos ACS tem sua origem nos grupos de agentes de saúde vinculados a movimentos sociais, as pastorais da Igreja Católica ou a Organizações Não-Governamentais (ONG). Atuavam com educação popular em saúde nas décadas de 1970 e 1980 no Brasil. Ainda na década de 1970, iniciativas locais em municípios do interior de Minas Gerais (Diamantina, 1971 e Montes Claros, 1975), do Paraná e São Paulo implantaram projetos de

---

<sup>3</sup> Campos (2006) em seu livro - Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o serviço especial de Saúde Pública, 1942-1960 - analisa a história do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e suas políticas de saúde no Brasil entre 1942 e 1960. Através de uma pesquisa bastante profunda e amparada por uma extensa pesquisa de documentos histórico, o autor aborda a natureza polêmica do SESP e de suas ações no Brasil.



atenção primária em saúde, incluindo agentes comunitários de saúde. A ideia fundante era a construção coletiva de um novo modelo de organização de serviços para fortalecer a autonomia no nível local. Através de práticas inovadoras de gestão e planejamento para transformar as relações de trabalho dentro da equipe buscava-se construir uma prática pedagógica com valorização da participação cidadã da comunidade e dos trabalhadores. Já neste projeto foram incluídos os auxiliares de saúde que eram moradores da comunidade para atuarem como agentes da participação popular, porém com pouca efetividade. Nesta direção, em nível nacional e, como marco inicial da Reforma Sanitária Brasileira, com forte inspiração no Projeto de Montes Claros (MG), institui-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

A reorganização dos serviços de saúde teve início na região nordeste do Brasil e, posteriormente, expandiu-se por todo território nacional. A figura do auxiliar de saúde, como parte da iniciativa de uma política pública de extensão de cobertura e de interiorização das ações de saúde e de saneamento, executava ações de prevenção de doenças transmissíveis, educação para saúde, ações de saneamento básico e atendimento de patologias mais frequentes. Ainda em 1975 foi criado o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal (PPREPS, 1976) para preparar, em larga escala, os recursos humanos em saúde de nível médio e fundamental.

A definição de um novo modelo de saúde, conforme demonstrado por Santos et al (2010), foi construído com as bases de três projetos institucionais – o Plano de Localização de Unidades de Serviços (PLUS) elaborado em 1975 de dentro do INPS para produzir propostas de planos de saúde para sete regiões metropolitanas e para o estado da Paraíba; o Projeto Montes Claros e o PIASS, citados anteriormente. Este modelo era regionalizado, hierarquizado em quatro níveis assistenciais e com definição de porta de entrada para o sistema na atenção básica. O primeiro nível assistencial possuía as diretrizes da universalização, da acessibilidade, da descentralização, da integralidade e da participação comunitária para sua implantação.

Já a década de 1980, teve como cenário o movimento sanitário que lutou pela reforma do sistema nacional de saúde e numa disputa ideológica e política na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986). Assim, são lançadas as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1988, surge, então o SUS, inscrito sob a Lei Nº 8080/90 e amparado pela Constituição deste mesmo ano, que defende a saúde como um direito de todos. O novo modelo definiu como princípios: O universalismo das ações, a descentralização para os

municípios e uma nova forma de organização dos serviços. Estes últimos, orientados sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização.

Nesse sentido, Moura (2009) explica que o SUS surgiu como um sistema público de saúde, construído em um cenário de tendências hegemônicas de reforma dos Estados nos anos 1980. Traziam como alvo a redução de gastos públicos que perdurou durante a década de 1990, num contexto político e econômico desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes. Estes fatores são consequência da relação de diversos interesses econômicos, políticos e culturais em jogo na arena sociopolítica que colocaram em disputa projetos sanitários e societários distintos. E, de acordo com Matta (2007), impedem

“o avanço do SUS, como em governos recentes que reduziram o papel do Estado nas políticas sociais e as influências de organismos e pressões internacionais a favor de sistemas públicos simplificados e precarizados de saúde. O modelo democrático e civilizatório proposto pelo SUS, ao mesmo tempo em que amplia a arena de participação social na formulação e implantação de políticas, implica também o debate e a coexistência de estratégias de hegemonia e de contra hegemonia” (MATTÁ, 2007. P.78).

Neste percurso, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Ceará (1989), segundo Moysés (2011), criado para auxiliar os vitimados da seca foi, em certa medida, um precursor para o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS, 1991). Este último, nasceu no contexto do SUS e delegou aos trabalhadores de nível médio e fundamental um papel de destaque nas políticas de saúde, com a tarefa de favorecer a municipalização e a implantação desta política.

Correia (2008), analisando os estudos sobre o desenvolvimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Estado do Ceará (1989), afirma que apesar de ser criticado por originar-se de programas de atenção primária foi o propulsor para a mudança do modelo de atenção à saúde no Brasil. A crítica estava associada a uma medicina simplificada de baixo custo, principalmente, pela utilização de “pessoal auxiliar” da comunidade para desempenhar as ações técnicas de saúde. Este programa foi inspirado por uma iniciativa realizada pela Universidade de Brasília e pela Fundação do Serviço Social do Distrito Federal, intitulado Projeto Integrado de Saúde Comunitária de Planaltina. Criou um novo serviço de saúde local, incorporando outro tipo de auxiliar, o agente comunitário de saúde.

Os primeiros agentes de saúde surgiram no município de Jucás, no Ceará e, logo, foi estendido a 14 municípios do sertão cearense e depois por todo o estado do Ceará. Correia (2008) aponta para o fato da seguinte forma:

“No contexto de um novo governo estadual eleito pelo povo e da ocorrência de uma seca de grandes proporções, o *Programa de Emergência* de 1987, em uma inovação nas suas formas tradicionais de ação, recrutou 6.000 mulheres pobres, conhecidas e respeitadas pela comunidade, remunerando-as com um salário mínimo para trabalharem como agentes de saúde. Em um treinamento de três dias, elas seriam capacitadas por um profissional de saúde, que se tornaria responsável pela sua supervisão, em atividades pontuais de atenção primária relacionadas a gestantes e a crianças, tais como: incentivar o aleitamento materno, levar crianças para vacinação, encaminhar gestantes ao pré-natal, além de cuidados de higiene com as crianças” (CORREIA, 2008. P. 26).

Num contexto favorável, segundo a autora, o Programa Agentes de Saúde (PAS) é premiado internacionalmente por seu êxito na alteração dos indicadores de saúde e, principalmente, na queda da mortalidade infantil no Ceará, em abril de 1991. Através de representantes do governo federal e da Associação dos Agentes Comunitários de Saúde e de outros atores sociais defensores da proposta, foram apresentados trabalhos dos agentes comunitários de diversos recantos do Brasil. Isto motivou a institucionalização de um programa nacional de agentes comunitários de saúde. A implantação começou pela região Nordeste, uma vez que esta área abrigava os piores indicadores sociais do país.

Em uma fase posterior, seria expandido para a região Norte e para todo o país. De acordo com Viana & Dal Poz, 2005:

“A implantação do programa impulsionou o processo de descentralização, através da municipalização, em função das exigências formuladas pelo MS aos municípios, como a criação do Fundo Municipal de Saúde e a existência do Conselho Municipal de Saúde, que deveriam aprovar a implantação do PACS. Este programa foi considerado um alicerce de implementação do SUS, uma nova organização dos sistemas locais de saúde, devido à necessidade de atendimento aos requisitos imprescindíveis ao estabelecimento de qualquer convênio com o MS.” (VIANA & DAL POZ, 2005 apud CORREIA, 2008. P. 29).

Em 1994 foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF) composto, minimamente, por uma equipe com um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e quatro a seis ACS. Esta formulação ganhou o caráter de estratégia de reorientação do modelo de assistência - Estratégia de Saúde da Família, Portaria nº. 1886 (Brasil, 1997) e estrutura a Política Nacional da Atenção Básica em saúde (PNAB, 2006).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS, 1992) e o Programa Saúde da Família (PSF, 1994) que apresentavam em sua origem um caráter de extensão da cobertura do acesso aos serviços de saúde, integrados compõem a ESF e reorientam o modelo assistencial. Já a partir do ano 2000, inclui-se a equipe de saúde bucal (dentista, um técnico e um auxiliar

em saúde bucal) e, em 2008, outras profissões integraram os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Atualmente, os ACS são considerados trabalhadores estratégicos para a implantação e desenvolvimento da atenção básica junto a ESF. Para Morosini (2010), a saúde da família como estratégia, é o vetor que promoverá a atenção básica e sustentará os princípios norteadores desta política. Assim, através de financiamento próprio dirigido aos municípios brasileiros, adota-se e implanta-se o novo modelo de saúde. A ESF, como afirmam os estudiosos neste campo, é a principal estratégia de ampliação da cobertura do SUS, numa tentativa de instituí-la como a porta de entrada do sistema. A extensão desta estratégia tem proporcionado o cuidado em saúde de populações localizadas no meio rural e nas grandes periferias urbanas, marginalizadas, expostas às situações de violência, com grande dificuldade de acessar os serviços públicos de saúde.

Na proposta atual da ESF, em uma equipe, os agentes comunitários de saúde são definidos em número suficiente para atender à população da área definida com o máximo de 12 agentes, que abrangem uma área geográfica de seiscentas a mil famílias cadastradas ou até quatro mil habitantes. Cada ACS se responsabilizará por 100 a 250 famílias sendo, no máximo, 750 pessoas na sua área de atuação.

Já em locais de impossibilidade de instalação das equipes da ESF, atua o PACS (1992) como um processo transitório em que será direcionado um enfermeiro para até trinta ACS. Em função da diversidade dos territórios, o PACS também pode ser instalado em áreas com a Estratégia de Saúde da Família. No período da implantação do PACS, segundo critérios elaborados e discutidos pelo Ministério da Saúde e pelos municípios, as condições iniciais para se candidatar a vaga de ACS eram as seguintes: saber ler e escrever, ter mais de 18 anos, residir na área que irá atuar há pelo menos dois anos e ter disponibilidade de tempo integral para o trabalho.

O modelo ideal do profissional ACS foi apresentado por Nogueira et al (2000) que sugeriu um “perfil social de trabalhador *sui generis*”, caracterizado pela “identificação com a comunidade de onde se origina” e por possuir um “pendor para a ajuda solidária”. Além disso, defende a seguinte vinculação institucional para os ACS:

“sejam contratados como empregados celetistas de entidades privadas não lucrativas, mediante convênios com a Secretaria de Saúde do município, pois consideram que a parceria assim criada proporciona um tipo de interface institucional ideal, (...) vindo a ser parte de um novo paradigma de política social, que explora as vias de potencialização recíproca entre o princípio do Estado e o da comunidade.” (MOROSINI, 2010. P.158)

Morosini (2010) alerta que esta concepção - perfil social do ACS, é fundada numa ideia de comunitarismo, desprovida de conflitos e numa compreensão de solidariedade que negligencia o sentido político da ação solidária de alguns movimentos sociais que foram precursores do trabalho dos ACS. Explica que a criação deste perfil favoreceu a compreensão do sentido do trabalho do agente, pelas políticas públicas como simplista: Expressa pela não profissionalização por vários anos, pela permanência dos critérios de saber ler e escrever e, recentemente, possuir o ensino fundamental e a exigência de formação inicial num curso introdutório. Critica, ainda, que “apesar do discurso que reconhece o valor social do trabalho do ACS e de seu papel na “transformação de indicadores importantes da saúde do Brasil” (MOROSINI, 2010. P. 192), este reconhecimento não se traduziu em melhora da remuneração e ainda se mantém a dificuldade na regularização de seus vínculos. Além disso, inviabilizou a contratação do ACS como servidor público, situação responsável pela precarização do trabalho destes profissionais na maioria dos municípios.

Na ESF o agente funciona como identificador e legitimador das causas, sintomas e manifestações de saúde e doença para o acesso ao serviço e possui uma dupla identidade (morador e trabalhador da saúde). A atuação deste trabalhador, segundo Baralhas e Pereira (2011), é pautada na dimensão técnico-assistencial e na dimensão política voltada para as relações sociais e estruturais no cotidiano da comunidade e suas implicações. Outros autores como David (2011), Fonseca (2008) e Lacerda (2010) também destacam a dimensão educativa do ACS. Numa perspectiva de mediação social transformadora de base freiriana, a ação deste profissional está pautada no diálogo, possibilitando a construção de saídas coletivas para as diversas situações de saúde vividas pela comunidade.

## **2.1 Algumas questões da luta política e da formação dos ACS**

A busca por reconhecimento e valorização profissional dos ACS tem um percurso desde o surgimento desta atividade, nos projetos locais e regionais até a sua formalização com o PACS. Em meados da década de 1990 e nos anos 2000, caracterizou-se a precarização do trabalho deste segmento que se torna visível na expansão do PSF a partir de 1998. Assim como, posteriormente, de todos os outros profissionais da ESF. Esta expansão, apesar de central para a mudança de modelo, se deu por vínculos precarizados e pouco qualificados. Através destas constatações, Morosini (2010) esclarece que a conjuntura política colocada

para a política econômica e a reforma administrativa do Estado “apontavam para a redução de seu papel de provedor de bens e serviços à população” que gerou problemas na “configuração do escopo do modelo de atenção”, produziu a “precarização do trabalho nas equipes de saúde da família e a qualificação profissional restrita dos ACS” (MOROSINI, 2010 P. 34).

A posição estratégica e a grande representatividade da função do ACS na implantação da principal política de atenção básica no Brasil foram somatórios para a crescente mobilização política destes trabalhadores. Em relação à precarização, a autora destaca que este problema não era exclusivo do ACS e nem da ESF. Demonstra em dados de 2003, que o número total de trabalhadores precarizados no SUS era cerca de 800 mil, ou seja, 40% da força de trabalho deste setor.

Numa trajetória de lutas pela profissionalização, o trabalho do ACS apresenta-se formalmente inserido no SUS com a regulamentação da profissão em 2002 (Lei nº 10.507 + Portaria MS GM nº 648 de 2006). E, atualmente, com a aprovação da lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, que regulamenta o parágrafo 5º do art. 198 da Constituição Federal, em seu art. 6º, determina-se que o agente comunitário de saúde deverá preencher os seguintes requisitos<sup>4</sup> para o exercício da atividade: Residir na área da comunidade em que atuar desde a data da publicação do edital do processo seletivo público; Haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada e haver concluído o ensino fundamental.

A discussão atual dirige-se para o avanço na política de formação do ACS que caminhou a passos lentos desde então. Há discussões para estimular e sustentar o aumento da escolaridade dos ACS e para compreender seu papel não só como mediador, elo ou ponte entre serviço-usuário-comunidade. Mas como um profissional do vínculo (sujeito político), não só pela sua moradia ou domicílio na comunidade, mas, principalmente, pelas relações construídas com as pessoas que convivem neste território e que irão construir juntos os caminhos para a mudança do modelo biomédico e curativo para o modelo de atenção básica, com foco na promoção e prevenção da saúde.

David (2011) defende que as práticas de cuidado e apoio social se concretizam nas relações sociais através do vínculo e do acolhimento proporcionados pela convivência diária com a comunidade. Retomando a dimensão técnico-assistencial do trabalho do ACS, a escuta qualificada e o acolhimento são fundamentais na construção do vínculo como uma relação de

---

<sup>4</sup> ACS em atuação a partir de 9 de junho de 2006.

confiança contínua no tempo, pessoal, intransferível e calorosa na prática diária no cuidado às famílias. Estas dimensões da prática em saúde são explicitadas pelo princípio da integralidade que, para Mattos (2010) adjetivam o cuidado oferecido aos usuários pelos profissionais de saúde para que seja integral. Defende que as intervenções:

“Se façam apenas na medida em que efetivamente possam alargar os limites do modo de andar a vida. Portanto, um cuidado profundamente centrado na compreensão do sofrimento manifesto ou do sofrimento antecipado pelos profissionais no contexto de vida do sujeito (...). Ademais, um cuidado que se preocupe em descolonizar, reduzir as tutelas, deixar de vigiar e controlar, para dar lugar à emancipação, à maior autonomia por parte dos sujeitos que sofrem ou podem vir a sofrer.” (MATTOS, 2010. P. 347)

Neste sentido, para Matta (2007) a formação técnica dos agentes comunitários de saúde é um novo desafio para o SUS e para sociedade brasileira. Este autor afirma que os princípios (universalidade, equidade e integralidade) e diretrizes (descentralização, regionalização / hierarquização e participação da comunidade do SUS) constituam a base para a formação desses trabalhadores e orientem a construção de uma prática em saúde emancipatória e cidadã. Portanto, o trabalho dos ACS, e de todos os trabalhadores do SUS, coloca-se como um desafio cotidiano, de construção permanente, de defesa destes princípios e criando novas formas para sua concretização, pautadas na participação e discussão coletiva.

A função educativa do trabalho do agente, a partir do estudo apresentado por Baralhas e Pereira (2011) e por David (2011), se dá na perspectiva da educação em saúde que não se limita a um conteúdo ou informação a serem transmitidos. Mas, realiza uma prática social que cria soluções e encaminhamentos para os problemas na interação entre os sujeitos. Reconhece-se, portanto, que o saber inclui discursos e práticas e não apenas o conhecimento institucionalizado.

A realização de atividades de educação em saúde aumenta o auto cuidado da comunidade e reforçam o papel do ACS e dos outros membros da equipe de saúde da família para contribuir na construção da autonomia da comunidade diante da própria saúde. É importante atentar para uma posição ideologizada da formação técnica do ACS. Esta é vista como garantidora de êxito na efetivação da mudança do modelo biomédico para o modelo da atenção básica. Acredita-se que o ACS, sozinho, pode se organizar de forma sistemática para trocar experiências para tomadas de decisões coletivas a respeito dos conflitos pessoais e comunitários. As atribuições de mobilização comunitária e de intersetorialidade da Estratégia de Saúde da Família ainda são horizonte a ser alcançado pelos trabalhadores de saúde

implicados no SUS e que buscam a concretização do princípio da participação popular democrática.

O ACS, a partir do ideário que fundamenta sua prática, normas de sua profissão e competências, deve ser um profissional que pense e exerça sua autonomia de forma crítica durante sua atuação. Assim, Mattos (2010) chama a atenção para o processo de substituir o corporativismo profissional fundado pelo conhecimento científico pela luta pelo reconhecimento dos profissionais que produzam práticas exitosas e significativas na defesa de uma perspectiva ético-política como norteadora do trabalho e da educação em saúde. Esta discussão é fundamental para ampliar e garantir o acesso aos serviços de saúde, entendido para além da disponibilidade e quantidade de serviços e profissionais. Mas, uma forma de compreender o modelo de atenção em construção e do imperativo moral de defesa da vida.

De posse da compreensão da origem do agente comunitário de saúde no Brasil, como parte central da equipe de saúde, na Política Nacional de Atenção Básica, passaremos à indagação que deu origem a este estudo: A multiplicidade de relatos de vida dos agentes é constituidora ou não do seu percurso identitário?

O ponto de partida é compreender o dinamismo gerador de identificações do ACS com o trabalho e sua prática profissional. Para tanto, Silva e Dalmaso (2002) propõem que a identidade, é construída menos pelas regras e mais pela relação entre profissionais, indivíduos e grupos, na percepção do trabalho recíproco. Em acordo, com as autores Bachilli et al (2008) acredito que há uma dimensão coletiva de ação-participação, no âmbito da consciência sanitária que possibilita, novas pesquisas operacionais dentro da perspectiva filosófica. É possível que o olhar, a palavra e o sentir dos agentes comunitários de saúde levem à compreensão da constituição de seu percurso identitário? No intuito de responder a este questionamento, apresenta-se, a seguir, a metodologia e análise dos dados da pesquisa.



### 3 ENSAIO METODOLÓGICO

O presente estudo utilizou-se de uma metodologia qualitativa heterogênea através da abordagem da e da Análise de Conteúdo. A primeira - História de Vida, segundo Becker (1994) é a expressão de uma forma de vida, de conhecer crenças, valores e desejos de uma população estudada dentro do contexto da vida destes sujeitos. Além disso, toma o uso das palavras e expressões para descrever experiências, sentimentos e reflexões, pois, denotam práticas, hábitos linguísticos e saberes que descrevem a si mesmos, aos outros e seu lugar social. Trata-se, portanto, para Spindola e Santos (2003), do “momento histórico vivido pelo sujeito”, logo, “de um método histórico (a temporalidade contida no relato individual remete ao tempo histórico), dinâmico (apreende as estruturas de relações sociais e os processos de mudança) e dialético (teoria e prática são constantemente colocados em confronto durante a investigação)”. (SPINDOLA E SANTOS, 2003. P. 121)

As autoras, citando Denzin Bertaux<sup>5</sup>, explicam que há uma distinção das terminologias: life story (a estória ou o relato de vida) que designa a história de vida ou relato de vida contada pela pessoa que a vivenciou e life history (ou estudo de caso clínico) que compreende o estudo aprofundado da vida de um indivíduo ou grupos de indivíduos. Na primeira, o pesquisador não se preocupa com a autenticidade dos fatos, pois o importante é o ponto de vista de quem está narrando e ressalta o momento histórico vivido pelo sujeito. Na segunda, além da própria narrativa de vida, são considerados “todos os documentos que possam ser consultados, como dossiês médico e jurídico, testes psicológicos, testemunhos de parentes, entrevistas com pessoas que conhecem o sujeito, ou situações em estudo”. (SPINDOLA E SANTOS, 2003. P.121)

De acordo, com Becker (1994) a história de vida pode dar sentido à noção de processo e afirma que a formação do ato individual é a conduta, constantemente, reformulada para considerar a expectativa dos outros. Para esse autor, o processo social é “uma interação imaginada de forças invisíveis ou um vetor de múltiplos fatores sociais em interações”. Mas, um processo “observável de interação simbolicamente mediada”, o que demanda tempo e “um grande entendimento da vida de outras pessoas”. Portanto, esta abordagem “descreverá

---

<sup>5</sup> Sociólogo americano Denzin Bertaux escreveu em - *L'approche biographique: sa validé méthodologique, ses potentialités*. Cahiers int sociol 1980; 69: 197-225. Apud SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa (dora?). *Rev Esc Enferm USP* 2003; 37(2): 119-26.

episódios interativos cruciais nos quais novas fronteiras de atividade individual e coletiva são forjadas.” (BECKER, 1994. P. 110)

Neste contexto, o pesquisador, ao optar pelo relato ou história de vida, está interessado no ponto de vista do sujeito e tem objetivo de apreender e compreender a vida conforme ela é relatada e interpretada pelo próprio ator. Spindola e Santos (2003) defendem que este método:

“tem como consequência tirar o pesquisador de seu pedestal de ‘dono do saber’ e ouvir o que o sujeito tem a dizer sobre ele mesmo: o que ele acredita que seja importante sobre sua vida. Por meio do relato de Histórias de Vida individuais, podemos caracterizar a prática social de um grupo. O método de história de vida, portanto, procura apreender os elementos gerais contidos nas entrevistas das pessoas, não objetivando, contudo, analisar suas particularidades históricas ou psicodinâmicas”. (SPINDOLA E SANTOS, 2003. P. 121 )

Durante a realização deste tipo de entrevista, as autoras sugerem que esta seja prolongada para permitir a interação constante entre pesquisador e informante e, também, para que o interlocutor seja tomado pelo desejo de relatar e que ele próprio passe a conduzir a conversa. Estas autoras chamam atenção para o fato de que é a história dos sujeitos entrevistados que vamos relatar e não a nossa:

“De certa maneira, a entrevista com pergunta aberta, utilizada no método da história de vida, mostrou-nos que a entrevistadora não escutava as pessoas, ou melhor, não sabia ouvi-las sem interferir, sem emitir a própria opinião a respeito. Nem sempre as pessoas querem ouvir alguma opinião, às vezes, só querem falar e que alguém as escute. Esse é um cuidado que merece a atenção do pesquisador, quando elege a história de vida como metodologia a ser utilizada no estudo.” (SPINDOLA E SANTOS, 2003. P. 125)

A escolha da história de vida para guiar e analisar metodologicamente esta pesquisa, não imagina, entretanto que exista uma verdade ou essência oculta a ser desvendada neste trabalho, mas que tenhamos a possibilidade de compreender como os ACS, as contingências e os acasos permitem a caracterização da sua posição. Para Mattos (2011), poder seguir este caminho a partir de um convite feito por Rorty (2007) de que não há nada para ser descoberto e que nos fará melhor ou mais importantes que outros, mas que vivemos contingências, acasos em nossas vidas e a partir deles podemos ir redescrivendo nossas condutas. Logo, é como se o acaso fosse digno de determinar nossas vidas, não no sentido de dizer como será, mas no sentido de estabelecer um conjunto de coisas com as quais temos que nos haver. Assim, nos havemos com estas por processos de invenção e narrativa de nós mesmos, feitos cada um com os recursos que possuem. Isso, eventualmente, permite narrar nossa história, criando nossa

identidade. Nesse terreno, identidade e narração da própria história se relacionam. Daí que pensar a identidade dos ACS possa se fazer a partir das suas histórias de vida, ou seja, das diversas descrições indenitárias possíveis a cada um deles.

Nesta mesma perspectiva, o presente estudo, pretende investigar se as narrativas contemplam a construção do percurso identitário de cada ACS através das contingências e dos acasos produzidos em suas trajetórias de vida.

Somado à abordagem da história de vida, o uso da análise de conteúdo pode acrescentar detalhes à pesquisa. Segundo Minayo (2008), análise de conteúdo é mais que um procedimento técnico, simplesmente, visando uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais. A autora esclarece:

“As abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos”.  
(MINAYO, 2008. P. 57.)

Além disso, esta técnica se constitui num conjunto de instrumentos metodológicos que asseguram a objetividade, sistematização e influência aplicadas aos discursos diversos. Busca melhorar a compreensão de uma comunicação ou discurso, aprofundar suas características gramaticais às ideológicas e outras, além de extrair os aspectos mais relevantes.

### **3.1 Breve caracterização dos entrevistados e do campo**

A pesquisa consta de seis entrevistas semiestruturadas com Agentes Comunitários de Saúde. Foram coletadas, também, suas respectivas histórias de vida. Durante as entrevistas alguns elementos temáticos nortearam a investigação, tais como, onde nasceu, a infância, como chegou à comunidade, se morava em outra comunidade antes ou se nasceu na comunidade que reside, os vínculos que possui com as pessoas desta comunidade, como chegou ao trabalho de ACS, quais os sonhos e projetos de vida foram construídos ou estão em construção ao longo da vida, conforme Anexo I – Roteiro de entrevista.

Segundo o Ministério da Saúde - MS<sup>6</sup> / Secretaria de Atenção à Saúde – SAS / Departamento de Atenção Básica – DAB (2013), os ACS:

---

<sup>6</sup> Ver mais detalhes em: [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php) (Acesso em 22/03/2013).

“podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família; e b) ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional. Atualmente, encontram-se em atividade no país 204 mil ACS, estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados”. (MS/SAS/DAB, 2013)

O critério de inserção na pesquisa foi: Agentes que estivessem trabalhando há pelo menos dois anos nesta profissão. A captação destes sujeitos foi através de uma rede de contatos, informalmente produzidos. Primeiro, a partir da minha participação como professora no curso técnico de agente comunitário de saúde, na etapa formativa II, coordenado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / FIOCRUZ, para os ACS do município. Depois, pela realização de contatos pessoais com outros profissionais que atuam com ACS e indicaram outros agentes.

A escolha dos participantes se deu da seguinte forma: Através de contato telefônico com cerca de 20 indicações e com o aceite dos primeiros seis (6) sujeitos a busca se esgotou e foram definidos os participantes da pesquisa. Após esta etapa, foi marcado o dia, o horário e o local da entrevista, situado na região de moradia do entrevistado, conforme sua escolha.

As entrevistas foram gravadas após o aceite e a assinatura do termo de consentimento<sup>7</sup> conforme Anexo II – Termo de consentimento. Em um segundo momento, as entrevistas foram transcritas e analisadas, sendo incluídos os trechos com maior relevância na seção que trata da análise e discussão da pesquisa.

É importante esclarecer que é inerente à abordagem metodológica a não intensão de qualquer forma de representatividade. A história de vida, então, foi tomada como ferramenta por considerar que a construção do percurso identitário do ACS se faz melhor compreendida no contexto de sua própria vida. E, ademais, permite olhar alguns aspectos como a forma de inserção na comunidade e as transformações deste sujeito ao se tornar ACS. Nesta perspectiva, Honório Filho (2011) ressalta a importância de conhecer as pessoas e como elas mobilizam o que conhecem, favorecendo oportunidades narrativas para que elas se reinventem, ao caminhar para si através das longas estradas dos relatos de vida.

Apresenta-se, a seguir, um breve relato da história de vida dos entrevistados.

---

<sup>7</sup> Submetido às normas éticas destinadas a pesquisas envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

#### 4 AS HISTÓRIAS DE VIDA

A sistematização das entrevistas produziu a história de vida de seis pessoas, dentre elas, cinco mulheres. A idade dos entrevistados varia entre 25 e 58 anos. Os dados da pesquisa confirmam o perfil para o gênero do ACS que é, em sua maioria, mulheres. Todos os participantes estão trabalhando como ACS por no mínimo dois anos e, no máximo, oito anos. Os nomes e os locais de moradia que, caracterizam a diversidade de contextos vividos, utilizados são fictícios. Optou-se por este procedimento para preservar o anonimato dos entrevistados uma vez que dizem respeito a uma importante referência na vida destas pessoas.

##### **ACS I (Luana) - Primeira história de vida – Porque sonhar vale a pena!**

Luana tem 25 anos de idade. Nasceu e viveu boa parte de sua infância e adolescência em uma cidade da baixada fluminense junto com seus pais e a irmã mais nova. O pai, importante referência para Luana - é um homem de obras, um trabalhador. A moça cresceu no pé de um morro, acompanhando a construção de sua casa pedacinho por pedacinho. A mãe fazia as tarefas de casa. Auxiliava na renda familiar ajudando os vizinhos que moravam sozinhos, lavando roupas, fazendo consertos de costura e como explicadora<sup>8</sup> de crianças. Até que um dia, a mãe se cansou de tanta construção:

“(…) quando eu completei meus treze anos, minha mãe revoltada, foi embora de casa, ela queria curtir a vida porque só vivia de obra”. (Luana)

Assim, ela e a irmã continuaram morando com o pai que persistiu na construção da casa. De acordo com Luana, ele sempre fez tudo por elas e tentou reatar o casamento algumas vezes. Mas, não deu. A mãe seguiu outros rumos. Tempos depois, em um outro relacionamento, teve uma outra filha e passou por muitas dificuldades:

“(…) aí nós vimos que tudo que ela queria, não era verdade. Era um sonho que ela tinha e ela não viveu. (...) eu juntava todo dia um real que era o dinheiro da minha merenda. Eu e minha irmã juntávamos pra levar fraldas pra minha irmãzinha, pra levar coisas pra comer. (...) eu tirava da geladeira lá de casa pra levar pra minha mãe”. (Luana)

Mais adiante, a situação se complicou para todo mundo:

---

<sup>8</sup> Termo popular no Rio de Janeiro para designar professora de aula particular.

“(…) aí meu pai ficou desempregado, aí eu tive que trabalhar. Aí eu fui trabalhar fora, que era com ele, né? Primeiro, na praia, meu pai comprou várias latinhas de refrigerante (...) pra vender, né? E eu e minha irmã ficávamos vigiando as latinhas e catando latinha na praia e ganhávamos um dinheiro pras duas se alimentarmos e ainda ajudava a minha mãe”. (Luana)

Começa, assim, a história desta moça, de muito trabalho e de muita luta junto com seu pai e a irmã. O trabalho na praia era muito desgastante fisicamente e nem sempre o clima contribuía. Assim, o retorno financeiro não era o esperado. Então, seu pai decidiu arriscar em outra seara, a feira! E foi assim:

“(…) meu pai comprou uma moenda, de moer cana (...) aí ele fez uma barraca emendando na Kombi que ele tinha, porque ele mexia com essas coisas de serralheria, né? Era 77 a Kombi que ele tinha. E falou, oh, ‘consegui um ponto na feira’! A feira de São José, uma das maiores feiras da cidade e é pertinho de Nova Vista, lá onde eu morava. Aí acordávamos três e meia da manhã pra arrumar a barraca (...) mas, durante a semana, eu estudava e fazia 250 salgados, eu e minha irmã (...) porque nós somos muito perfeccionistas e tinha que ficar tudo perfeito. (...) ficamos um ano trabalhando na feira”. (Luana)

Trabalhar na feira e fazer salgado estava dificultando muito seus estudos. Na tentativa de vencer estas dificuldades, o pai conseguiu outros trabalhos, ainda informais. Luana estava, então, com mais de 18 anos e decidiu procurar uma colocação no mercado de trabalho formal:

“(…) consegui um emprego de vender cursos da *Microlins*. Aí fiquei vendendo cursos, vendendo cursos. Aí, seis meses eu fiquei trabalhando lá. Aí conheci meu noivo, né? Que eu tô até hoje. Depois fui pra uma loja de eletrônica por mais três meses e na *Delícia* uma loja de doce. (...) Aí sofri tanto porque era de domingo a domingo, uma folga por semana e, no final de semana, eles me colocavam no último horário, de três a meia noite”. (Luana)

Esta rotina de trabalhos continuava dificultando para que Luana desse continuidade aos estudos, um objetivo sempre presente em sua vida:

“(…) Aí eu consegui a bolsa na Unisuam, pra biologia. Aí, eu só não posso trabalhar a noite. Aí, eles me colocaram no final de semana de três a meia noite, aí eu não vivia. Só vivia cansada”. (Luana)

Em seguida, seu pai conseguiu um novo trabalho, ainda informal, mas que possibilitou que pudesse reorganizar a vida familiar. Isto possibilitou a Luana ingressar, novamente, na faculdade para estudar no turno da manhã. Contudo, nesse momento, optou pelo curso de farmácia:

“(…) porque eu não quero dá aula, eu quero que tenha química. Aí eu estudo de dia e trabalho com você (com o pai)<sup>9</sup> à noite. (...) trabalhava na Kombi até de madrugada e estudava 7 e 30 da manhã. (Luana)

Os caminhos trilhados por Luana para continuar estudando e concluir, seu grande sonho, a graduação em farmácia, não foram fáceis. Necessitou dividir seu tempo entre estudos e outros fazeres, para poder contribuir com a renda familiar. Em 2010, através da internet, tomou conhecimento da inscrição para o concurso de ACS:

“(…) Aí eu vi que tava aberta a vaga. Aí eu fiz a inscrição. Aí gente, como é que eu vou trabalhar como AC? Ah, seja o que Deus quiser! Eu vou chegar lá, se der pra aprender eu aprendo, se não der (risos), entendeu? Aí eu fiz concurso, fiz a prova, passei. Nem estudei pra prova, passei. Fui pra Fiocruz pro dia da entrevista, aí me perguntaram várias coisas do cargo. Aí vou falar o que eu sei, né? O básico que eu sei. E onde eu morava não tinha (...) não tinha AC eu nunca tinha visto AC”. (Luana)

No período em que foi aprovada no concurso, Luana estava morando em uma quitinete com várias pessoas, para facilitar o deslocamento para o trabalho e a faculdade. Porém, após um ano como ACS e atenta aos seus planos e sonhos, ela retorna para a sua cidade natal na região metropolitana. É importante ressaltar que mesmo com o critério de ser morador da área para atuar como ACS, muitas vezes, as contingências de vida do sujeito impedem que ele atenda a esta exigência. Mas, mantém-se no cargo por possuir um endereço de registro na região. Opta por não informar esta mudança para não perder o trabalho:

“(…) Eu tô noiva já vai fazer dois anos e eu tenho que decidir minha vida. Eu tenho que correr com a minha obra. (...) porque se eu ficar aqui, eu vou ficar distante de tudo que eu tenho que viver (...) eu vivia longe da minha família,

---

<sup>9</sup> Grifos da autora da pesquisa.

eu sentia muita falta, longe do meu noivo (...) de dezembro (2012)<sup>10</sup> pra cá eu voltei pra São João e comecei a criar uma nova vida pra mim. (...) Aí a gente uniu a família de novo. E, hoje em dia, a gente é muito grudado, os três. Tudo que fazemos é um para o outro”.

(Luana)

Luana relata com emoção e vivacidade sua história de vida, mas tem como construção para si, o desejo de ser farmacêutica e viver próximo a sua família. Ela tem um senso de pertencimento familiar que fala alto em sua razão e em sua emoção. Ainda assim, ela diz de uma preocupação, mesmo estando num momento de realização pessoal:

“(...) Eu fico muito preocupada porque eu não consigo dá conta do meu trabalho porque eu só penso na minha faculdade, entendeu”. (Luana)

E, por seus relatos, a profissão de ACS fez parte de seu percurso identitário, o que ela nomeia de degraus que vem subindo:

“(...) Eu vivo assim, degraus né? Degraus de um lado e degraus de outro que eu vou subindo esses degraus e eu vou chegar lá, aonde eu quero, né? (...) Eu quero chegar na minha formação profissional e no meu cargo de farmacêutica. Depois, aí, é outro horizonte, né? Aí, é tipo assim, pular amarelinha, chegou no céu, lá é outra história. Eu tô pulando ainda amarelinha. Quando eu chegar lá, terminar a minha graduação, vou seguir a minha profissão como farmacêutica e aí vou investir em formar a minha família. (...) Eu penso em fazer a residência pra saúde da família. (...) Aí só trabalhando, ver o melhor pro meu pai, minha irmã, né? Casar, né? (...) Trabalhando, estudando (...) bens materiais eu não tô esquentando mais. (...) Na vida a gente tem que ter esses sonhos, né? Mais se eu não conseguir alcançar, Deus dá novos sonhos. Porque sonhar vale a pena! Eu vou sonhando, cada dia eu vou (...)”. (Luana)

### **ACS II (Ângela) - Segunda história de vida – Mulher 80% emoção! Sem medo da luta, sem medo da vida.**

Ângela é uma mulher de 46 anos. Nasceu numa cidadezinha do interior da Paraíba, mas veio morar e viver no Rio de Janeiro aos dois anos de idade. Sua história de vida, um tanto sofrida, de abandono e reencontro. É narrada por ela, assim:

“(...) A minha mãe, ela veio primeiro pro Rio de Janeiro e me deixô. Eu tinha dois irmãos na época, né? São filhos do mesmo pai. (...) Quando meu pai veio aqui pro Rio e nos abandonou, ela tava grávida desse meu irmão caçula. Tinha o outro que é o irmão do meio, que tinha mais ou menos um ano e eu com dois anos, né? Então, no desespero dela lá, na seca, sem trabalho, sem

---

<sup>10</sup> Grifo da autora da pesquisa.



apoio familiar, sem nada, ela não teve outra opção. (...) E a gente lá passando necessidade, fome mesmo, naquela seca do nordeste. Ela acabou me deixando na casa de uma conhecida. o meu irmão caçula, logo quando nasceu, ela doou, deu mesmo pra uma família que registrou ele de papel passado e o meu irmão do meio ela deixou na casa de um padrinho. E, eu fiquei na casa dessa família, só que, fui muito maltratada. Cheguei ao ponto de ser espancada, aquela coisa toda. E através de um parente dela que foi passar alguns dias de férias lá no nordeste, descobriu a minha situação. Tudo que eu tava vivendo (...) ele conseguiu contatá-la e falou com ela, (...) E aí, é uma coisa incrível porque eu tinha dois anos de idade e eu lembro, exatamente, o dia que ela retornou. Eu lembro aquele final de tarde, é uma coisa que nunca mais saiu da minha memória. Ela chegando pela estrada, eu avistei ela de longe e quando eu reconheci, já era, realmente finalzinho de tarde, tava começando a escurecer, uma coisa aqui (pausa, emoção)<sup>11</sup>. (...) Desculpa! (...) É uma coisa que mexe comigo até hoje. Foi assim, faz parte da minha história e eu tive toda essa história sofrida de abandono de pai, de separação de mãe, foi muito difícil pra mim. (...) Ainda hoje eu consigo reviver aquele momento. A chegada da minha mãe. E eu lembro que quando ela chegou eu tava coberta de piolho, queimada de cigarro pelo corpo, muito mal tratada. Eu tive um episódio com o menino que era filho da mulher, que eu não me lembro dela, não me lembro deles, mas existiu um menino que era um pouco mais velho do que eu e numa tarde ele me feriu, gravemente, com uma faca na cabeça. Eu tenho essa cicatriz até hoje. (...) Eu lembro que, mesmo com toda minha dor, com todo choro, eu lembro da água manchada de sangue porque eu perdi muito sangue e ela não procurou médico, nem nada, ela me curou ali mesmo, me cuidou ali mesmo. E quando a minha mãe chegou tava começando a cicatrizar, né? Fechando. E eu lembro da minha mãe sentada, ainda na luz da tarde, que tava se acabando, ela já catando o meu cabelo que eu sempre fui muito loira, né? E cabelo liso. (...) E, infelizmente, nós ainda fomos obrigadas a passar a noite ali na casa porque era muito distante. Era um sítio e num tinha como ela saí no meio da chegada e tudo mais. E eu lembro até hoje do cheiro do sabonete que ela me deu banho naquele dia, sabe? E as roupas novas que ela me trocou e uma coisa que, também, ficou muito viva em mim foi a memória de me agarrar com ela. (...) porque eu tinha medo de soltar ela e ela ir embora e me deixar de novo. (Pedidos de desculpas e choro emocionado)<sup>12</sup> (...) É uma história que até hoje eu não gosto de falar, com poucas pessoas eu falo nessa história. E, mexe muito comigo até hoje. (...) E, eu lembro que no dia seguinte nós viemos embora pra casa de uma tia minha. “E, mais ou menos, uns três dias depois nós viemos embora.” (Ângela)

E esta menina cresceu, e construiu seu percurso identitário a partir da referência de uma mãe implicada no cuidado de seus filhos. Ela relata esse fato, assim:

“Não foi uma infância muito fácil, (...) Filha de mãe solteira, com mais duas irmãs (De outro relacionamento de sua mãe)<sup>13</sup>, morando sempre em comunidade carente, sem apoio de pai. Minha mãe (...) Foi doméstica até o final da vida, sem estudo, sem estrutura nenhuma, vivendo um dia de cada vez. E eu tenho todo esse referencial dela, de sofrimento, de luta. Acho que é por isso que eu também sou uma batalhadora (...). Então já viu que por aí a história de vida é sacrificada, né? Nunca tive muito recurso financeiro, não pude estudar em bons colégios, mais a gente vai levando a vida e não tem que se revoltar (...).”

(Ângela)

---

<sup>11</sup> Grifo da autora da pesquisa.

<sup>12</sup> Grifo da autora da pesquisa.

<sup>13</sup> Grifo da autora da pesquisa.

Esta mulher, fala com grande emoção de sua mãe:

“(...) Pra mim já era uma vitória ter sido criada por uma mãe solteira com tanta dificuldade. Uma mãe que saía 5 horas da manhã de casa, não tinha sábado, não tinha domingo, não tinha natal, não tinha nada”. (Ângela)

Ela conta com tristeza sobre o falecimento da mãe, acometida por um câncer. Conta que cuidou dela até o último momento. E nos explica que:

“(...) eu tenho todo esse referencial dela de sofrimento, de luta. Acho que é por isso que eu também sou uma batalhadora, não tenho medo de trabalho. O que eu tiver que enfrentar eu enfrento. Não tenho muito medo da vida, não, sabe? Recebo de braços abertos o que a vida tem pra mim e vou a luta!”. (Ângela)

Ângela relata, também, que acabou desempenhando o papel de mãe precocemente. Com o abandono do outro companheiro de sua mãe, aos nove anos cuidava das irmãs pequenas e da casa para sua mãe trabalhar. Já com dezessete anos, precisou deixar a escola para trabalhar como babá e faxineira para ser a principal fonte de recursos na renda familiar. O tempo continuou passando pra essa moça e aos 24 anos ela reproduz parte da história vivida por sua mãe – grávida, solteira e, também, abandonada pelo namorado. Mas, com uma convicção, como narrado a seguir:

“(...) Eu jamais seria capaz de sacrificar a vida de um ser que tá dentro de mim e jamais vou abandonar. Essa sempre foi a minha cabeça. (...) Se algum momento da vida, eu tiver que ir pra debaixo da ponte, a minha filha vai comigo. Eu não posso abandonar. Não, diante de tudo que eu vivi. Eu sei a dor do abandono.” (Ângela)

Ela viveu e cresceu morando em comunidade carente, só na Pedrinha foram 20 anos e como ela diz:

“(...) Acabei de me criar lá, me casei lá, tive os meus dois filhos na Pedrinha (...) Pedrinha é uma comunidade muito grande, muito problemática.” (Ângela)

Porém, após um episódio em que ficou presa no meio de um tiroteio com os dois filhos, decidiu se mudar e foi viver na comunidade da Rosa Branca. E explica:

“(...) Quando nós mudamos pra cá, a realidade foi outra, porque é uma comunidade no meio da burguesia. (...) Eu tenho todas as facilidades. (...) E é um outro tipo de vizinhança, um outro tipo de comportamento. Claro, não

deixa de ser uma comunidade com todos os problemas que você possa imaginar. Mais, menos gritante, sabe. Menos é... até na parte do tráfico, essa coisa. Tudo, é tudo muito menos, a proporção é muito menor. E quando nós viemos pra cá, pra mim foi mudar pro paraíso! Meus filhos tinham direito de andar de bicicleta, tinha praia, tinha tudo em volta. Então pra mim foi muito bom. E aí, eu tô nessa comunidade já há 14 anos. E, é claro, penso muito em mudar daí e morar num lugar melhor. Mas, por enquanto, a minha realidade é essa e pra mim já tá de bom tamanho, sabe. Só o fato de ter tudo perto, o meu trabalho ser próximo, os meus filhos estudarem próximo, num tem toda aquela violência que a gente viveu durante anos, pra mim já foi bom demais".  
(Ângela)

Há quatro anos está separada do ex-marido, relação que durou 17 anos. Reside com os dois filhos (uma moça de 22 anos e um rapaz de 17 anos). Sentiu que era tempo de olhar para si mesma já que seus filhos haviam crescido e seu casamento não a realizava. Ângela se vê como uma lutadora incansável, que continua sonhando. Após um período, desempregada e buscando um trabalho com estabilidade, passou na seleção para Agente Comunitário de Saúde. Trabalha nessa profissão há dois anos. Desde então, conta que seu projeto de vida é iniciar e concluir a faculdade de psicologia. E que descobriu esta vontade por sentir afinidade com os casos de saúde mental de sua micro área e por conselhos da médica de sua equipe.

Ângela pretende buscar outro emprego, pois a questão financeira é um imperativo em sua vida. Justifica sua escolha da seguinte forma:

"(...) Infelizmente (...) Eu amo meu trabalho como ACS, todo mundo da minha clínica sabe disso. (...) Mas é um trabalho muito sacrificado e pouco reconhecido e muito pouco remunerado. (...) Eu nunca pensei, em toda a minha vida, trabalhar em área de saúde (...) Caí de paraquedas, numa necessidade (...) Mais ainda assim, passaram dois anos e eu continuo gostando como eu comecei. E, eu fico triste, profundamente triste, quando eu falo que eu vou ter que abrir mão. Eu vou ter que procurar outro emprego que me pague mais. (...) Não é a minha satisfação pessoal que paga as minhas contas no final do mês. (...) Eu não tenho muito escolha".

(Ângela)

Ângela se identifica com o trabalho e o correlaciona a sua história de vida. Assim, em relação à sua prática profissional, afirma:

"(...) Eu me vejo 80 % como emoção. Eu acho que eu sou um grande coração, sabe. (...) Tudo que eu vivi, minha história de vida, me tornou, talvez, um pouco mais humana. E é isso que eu vejo no meu trabalho de ACS. Quando eu chego na casa das pessoas que eu vejo o sofrimento (...) Eu acho que isso me move ainda mais. Chegá pra minha equipe e lutá, sabe. E tentar fazer o melhor. (...) A minha história de vida se mistura muito com essa história que eu vivo hoje. (...) A minha história de vida me tornou mais forte (...) De poder olhar para o outro com um olhar que eu já vivi." (Ângela)

### ACS III (Antônio) - Terceira história de vida – Um homem cuidador.

Antônio é um homem de 44 anos, de experiências fortes, de voz tranquila e acolhedora, de postura serena e segura. Ele é filho único, seu pai era mecânico e sua mãe era gerente de salão de beleza. Os pais se separaram quando ele era criança e considera-se privilegiado por que:

“(…) Meu pai e a minha mãe sempre me deram condições, tudo dentro do possível, tudo que eu queria. E me deram oportunidade de estudo, só que meu prazer antigamente era jogar bola e praia, pegar onda. (...) Na época eu não entendia bem, sou uma pessoa, tenho oportunidade, tenho um grau de instrução bom e porque que eu não consigo certas coisas. (...) Minha infância foi normal, assim, até melhor que as pessoas que tinham lá”. (Antônio)

É morador da comunidade Rosa Branca. Local onde cresceu e vive até hoje. Antônio relata que este lugar traz as marcas da violência e do tráfico de drogas. Mas, também, é surpreendente pela contradição entre a união e a desunião entre seus moradores.

Antônio, na adolescência, não tinha interesse pelos estudos. Começou a trabalhar com bicos, aos dezessete anos, serviu o exército. Porém, quando cumpriu o tempo de serviço, decidiu retomar os estudos e terminar o segundo grau. E, ainda na adolescência ele fala de uma vivência em sua vida que o marcou e trouxe grande sofrimento:

“(…) Mais eu comecei a beber com dezesseis pra dezessete anos. (...) Eu me envolvi com drogas e fiquei sendo usuário de cocaína até os 40 anos. Hoje eu estou com 44 anos. Foi assim, uma coisa muito difícil na minha vida. Porque eu sabia que eu tinha o potencial pra acrescentar tanto na minha vida, como na vida das pessoas e (emoção) desperdicei tempo com a droga”.

(Antônio)

E alguns anos se passaram da vida deste homem sereno e com um gosto especial pelo ato de cuidar das pessoas. Ele se casou, teve dois filhos e fala com emoção da importância e apoio de sua esposa. Hoje, Antônio é evangélico e está há quatro anos sem fazer uso de drogas.

Num tempo de recomeços, quando estava desempregado, ele decidiu fazer a seleção para ACS e foi aprovado em sétimo lugar, num concurso para seis vagas, mas, com uma desistência, conseguiu passar. Ele relata emocionado que:

“(...) Mesmo com os problemas que eu tive, eu sempre gostei de ajudar as pessoas, sempre fui uma pessoa tranquila, entendeu. E eu queria de alguma forma poder ajudar. E essa foi uma grande oportunidade que eu tive, sendo ACS, como eu sou até hoje (...)”. (Antônio)

Os novos aprendizados no trabalho de ACS e o contato com os profissionais implicados de sua equipe (médico, enfermeiro e técnico de enfermagem) produziram novos sonhos. E, atualmente, Antônio está terminando o curso de técnico de enfermagem para, em seguida, realizar seu maior desejo que é ser enfermeiro.

O trabalho como ACS para ele é “gratificante” porque cria uma forma de relação de mais confiança e solidariedade com as pessoas da sua comunidade. E relata que:

“(...) Vejo a minha micro área, é a maior que tem, eu tenho 720 pessoas. (...) Se tiver 100 idosos, 90 desses idosos não sabem nem ler e você não sabia disso. E você tendo esse acesso (...) Você descobre uma maneira de ajudá-los. Porque o quê que adianta você chegar com uma receita pra uma pessoa e ela não sabe ler. Eu sei disso porque uma pessoa pegou a receita ao contrário e disse – eu entendi – entendeu como, se tava virada?(...)”. (Antônio)

Antônio, apesar de gostar do trabalho de ACS considera que esta profissão não tem uma remuneração adequada. Ainda assim, pretende quando concluir a faculdade de enfermagem, trabalhar na estratégia de saúde da família. Ele acredita que este modelo de cuidado em saúde que focaliza a prevenção e a promoção da saúde possa beneficiar muito mais as pessoas e quer fazer parte desta mudança.

#### **ACS IV (Sandra) - Quarta história de vida – Agora eu vou cuidar mais de mim.**

Durante a trajetória de vida de Sandra, uma mulher de 48 anos, moradora da Pedrinha há mais de 20 anos, viúva, mãe de dois filhos Lucas (16 anos) e Priscila (23 anos) e, responsável, por um enteado autista – Maurício (26 anos) foram muitas batalhas vencidas:

“(...) Agora eu tô batalhando por mim, pela minha sobrevivência, pela minha integridade física, mental, espiritual. (...) Porque na verdade eu fui ficando pra depois. Toda vez que eu vou cuidar de mim, acontece alguma coisa”. (Sandra)

Já em sua infância, num bairro chamado Santa Cruz, em Belo Horizonte, Minas Gerais, as experiências não foram de uma vida harmoniosa. Ela recorda que aos três anos de

idade, seu pai saiu de casa e não retornou, levando todos os documentos da família, inclusive da casa onde moravam que precisou ser vendida um tempo mais tarde. Sandra aos seis anos de idade, com o falecimento de dois irmãos, tornou-se a caçula de uma família de oito irmãos. Foi um período em que viu sua mãe exercer uma profissão (cozinheira de restaurante) e viver na condição de “separada” numa época em que a mulher sofria grande discriminação. Neste contexto de ausência do pai e da mãe, devido à necessidade de trabalhar muito, lembra-se de seu gosto pelo estudo, da facilidade no aprendizado das matérias e do esforço pra chegar à escola. Assim foi avançando até concluir a quarta série do ensino fundamental e, explica que:

“(…) Aí chegou aquele ponto que não dava mais, porque em Minas, mulher só estudava se tivesse dinheiro pra pagar o internato. (...) E a gente não tinha condição de pagar e era meu sonho estudar e aí foi ficando no esquecimento. (...) Minha mãe tinha uma amiga que era professora e aí eu fiquei na casa dela uns seis meses. Ela nunca me deu um livro, trabalhava, fazia tudo. (...) Era trabalho escravo mesmo”. (Sandra)

E, pouco depois, aos nove anos começou a trabalhar como ajudante de um bar para auxiliar na renda familiar e, lamenta, por ter perdido a “inocência muito cedo”. Já com dezesseis anos foi para o Rio de Janeiro e morou com uma tia na comunidade Vira Sol por alguns anos. Nesta nova cidade que escolheu pra viver, conseguiu vários tipos de trabalho, inclusive como gerente de jogo do bicho, pois estava em busca de sua independência. E, nesta busca, Sandra se deparou com mais um desafio que foi a dependência do álcool e de outras drogas até os 38 anos de idade que para ela, hoje:

“(…) é uma doença. Hoje eu participo de um grupo, do A. A. (Alcoólicos Anônimos). Além disso, aos 25 anos, durante o parto de sua filha, sofreu eclampsia por estar hipertensa e não saber. (...) A Priscila nasceu de 6 meses e meio (...) Eu tive eclampsia, fiquei 15 dias em coma e eu sempre fui muito tranquila (...) Mas depois desse parto, eu fiquei com o sistema nervoso muito abalado. Aí agitava, hiperativa”. (Sandra)

Alguns anos depois, casou-se e teve o segundo filho (Lucas), mas o companheiro faleceu quando ele tinha três anos de idade e relata ter sido um momento de grande sobrecarga emocional:

“(…) E aí eu fiquei louca. Eu fiquei com o Lucas que era muito doente, a Priscila, o filho dele, o Maurício que é autista e a mãe dele que tinha enfisema pulmonar. Eu fiquei cuidando desse povo todo. Aí a sobrecarga foi muito grande, aí foi a época que eu mais usei droga. (...) E ainda tinha que trabalhar”. (Sandra)

Sandra foi passando os anos de sua vida atravessando momentos de sofrimento em que se via convocada a assumir as responsabilidades familiares, sempre sozinha. Ainda assim, como grande vitória, ela diz de sua recuperação e participação nos grupos de autoajuda (A.A. e N. A.) para manter-se “limpa” e retomar os estudos, concluir o segundo grau, passar no ENEM e chegar a ser aprovada na faculdade de Serviço Social na PUC. Porém, não foi possível a continuidade do curso por outras demandas familiares e:

“(…) Porque o trabalho de assistente social eu fiz a minha vida inteira. Eu sempre trabalhei ajudando os outros. Desde que eu vim pra essa comunidade que eu trabalho com a população mais carente. (...) Eu tenho uma boa relação dentro da comunidade”.

(Sandra)

E, em seu percurso pessoal e profissional, o trabalho como ACS que exerce há três anos, se deu em função de dar continuidade aos trabalhos sociais que já fazia na comunidade, mas sem ter conhecimento e considerar as outras atribuições desta profissão. Logo, quando foi aprovada na seleção, acreditava que faria o controle de tuberculose, como os agentes de saúde antigos que conhecia faziam. Sandra afirma que:

“(…) é difícil, mas eu gosto do que eu faço. Porque dentro desse meu trabalho de ACS, eu acabo fazendo muito o papel do assistente social, mas não tem reconhecimento e é muito cansativo. É uma população difícil de lidar”. (Sandra)

Desta maneira, atualmente, a questão mais importante para esta mulher é conseguir reorganizar seu tempo e suas prioridades para cuidar de sua saúde, pois está há dois anos sem descansar e sente-se esgotada física e psiquicamente. Este desgaste culminou em um quadro de depressão grave que começou em meados do ano passado (2012) e para o qual está em tratamento psicológico e psiquiátrico regular. Portanto, como ela mesma coloca:

“(…) Esse ano eu fiz as minhas metas, ir á igreja pelo menos duas vezes por semana, não faltar às reuniões dos grupos, correr todos os dias e, assim, cuidar de mim com mais carinho”.

(Sandra)

Mas, ela tem uma esperança de que a profissão de ACS seja, verdadeiramente, reconhecida, valorizada financeiramente e que os direitos destes profissionais sejam respeitados e coloca sua indignação:

“(…) Eu gostaria, eu adoraria que isso fosse realmente divulgado, que as pessoas olhassem com mais carinho pra isso e que dessem ao ACS os direitos dele. Porque o ACS ainda não é reconhecido como profissão, um absurdo. Você faz um trabalho desse, você lida com vidas, com pessoas, com gente que pensa, que sente dor, que chora e você não é reconhecido como profissional? Ainda trabalha por contrato? Se você quiser sair você não tem direito a fazer um acordo? (...) É isso. Que país é esse? Cadê a democracia? Cadê os direitos do cidadão? Não tem. Nessa parte a minha cidadania fica sufocada. E toda vez que alguém tenta se levantar é abafado. Eles mostram logo com mão de ferro quem é que manda. Porque se você tenta falar, tentar argumentar, você ganha uma advertência, ganha uma justa causa. Ponto”.  
(Sandra)

### **ACS V (Dona Margarida) - Quinta história de vida - Entre rosas, espinhos, sorrisos, poesias e muita vontade de cuidar do outro!**

Dona Margarida, riso solto, com 58 anos de vida, histórias e muito orgulho de ter nascido e crescido no Morro de Lourdes. Quando fala de sua infância, diz da doçura e da inocência dos tempos de menina em que se lembra mais das travessuras e prazeres do que da realidade de limitações financeiras de sua família e do pai que bebia e, por vezes, agredia sua mãe. Ela é filha de uma prole de oito irmãos e dois primos que sua mãe criava. Magá, como gosta de ser chamada, pois todo mundo na sua comunidade tem um apelido, relata que:

“(…) Então minha infância foi muito boa, porque a gente tinha que ir pra feira ‘xepá’, porque a xepa era muito boa. (...) Ia de manhã cedo pra padaria pedir pão. (...) Me lembro de uma vez, que eu tinha nove anos, que eu fui atropelada. (...) Porque tinha um lápis só. (...) Minha irmã vinha da escola e passava o lápis pra mim e a borracha pra eu poder escrever. Numa dessa eu corri, pra pegar a borracha. (...) Eu meti a cara no carro. (risos) (...) Mas eu fui sortuda. Fui atropelada por um coronel do segundo batalhão. Aí fui bem tratada no Miguel Couto. (...) Foi lá que eu comi pela primeira vez um frango, uma salada de alface (risos) (...) Foi aí que eu comecei a ler Mônica, Cascão”.

(Dona Margarida)

A vida no Morro, para Dona Margarida , era:

“(…) Uma vida boa, apesar de todo sofrimento, de ter já traficante na época, mais também era respeitador, não fazia nada com ninguém. Não envolvia as pessoas, trabalhador era trabalhador, cachaceiro era cachaceiro e malandro era malandro. Porque não era bandido, né, era malandro.” (Dona Margarida)



Ainda na sua infância, com nove anos conheceu a rainha Elizabeth da Inglaterra, que fez um banquete pra comunidade e deu muitos presentes para as crianças. Mas, já aos treze anos ela se casou, foi o primeiro de três casamentos e teve dois filhos destes relacionamentos (Felipe, com 36 anos e Leandro, com 17 anos) que quando terminaram, retomou os estudos. Durante o segundo grau, precisou trabalhar e estudar, concomitantemente, para ajudar na criação do primeiro filho que ficava com sua mãe. E fez o curso técnico de contabilidade, mas não exerceu esta profissão. Após o término de seu terceiro casamento, com pouco mais de 30 anos, decidiu retomar os estudos e fazer um curso técnico de reabilitação em massoterapia, quando tomou gosto pela massagem e pelo trabalho com idosos, deficientes físicos e acamados, trabalhando com pessoas com AVC que para ela significa o “amor verdadeiro cuida”. Algum tempo depois (2001/2002), por já estar na área de saúde, também fez o curso de técnico de enfermagem e, em seguida, o de cuidador social de idosos. Magá sempre esteve envolvida com projetos sociais em sua comunidade, trabalhando, como agente social vinculada às escolas, em uma ONG por vários anos. Ao final deste projeto, decidiu buscar pelo trabalho de ACS, no qual já está há quase três anos, além de atuar em um centro social de uma igreja evangélica que ajuda na reabilitação física de pessoas com deficiência.

Desta maneira, fica evidente, como o trabalho e os estudos são centrais na vida desta mulher que se aventura, também, nas terras da poesia, inspirada pelo prazer da leitura que redescobriu após os 40 anos. Este interesse possibilitou sua participação na apresentação de um programa na rádio comunitária do morro, todos os sábados à tarde, que se chama “Poemas, Poetas e Poesias com Dona Margarida” e conta que:

“(...) tenho uma poesia sobre a iniciação à leitura. Eu fiz pro dia do livro. A poesia é linda. (...) Eu falo todos os livros, desde o livro didático até a Cebolinha, Cascão, Magali, o livro da salvação, o livro da auto ajuda. (...) Sei fazer uma boa redação, não sei se é porque eu tô lendo mais e tô aprendendo a escrever direito, melhor, né”. (Dona Margarida)

Diante de todos os percalços e alegrias de sua vida, Magá acredita que a “prisão” é uma questão de escolha. E, explica que é necessário escolher a prisão que se deseja ficar durante a vida e afirma:

“(...) Aí eu falei que eu quero escolher qual prisão que eu quero ficar. Me casei três vezes. Não é essa a prisão que eu quero. Aí fui trabalhar, nunca deixei de trabalhar, eu gosto muito de trabalhar. Tanto que já era pra eu tá aposentada e tô trabalhando. Então, essa prisão eu gosto. (...) E a leitura também, o estudo”.

(Dona Margarida)

Há, também, uma trajetória política, importante na história de vida de Magá que se deu quando foi eleita a presidente do Morro por quatro anos, numa gestão difícil com mais sete mulheres e um grupo de conselheiros homens. E revela-se como uma mulher informada e com atuação política importante em sua comunidade. Este envolvimento teve início há alguns anos quando começou a participar das reuniões do Conselho Distrital de Saúde e explica:

“(…) É uma reunião que tem de Conselho Distrital, que agora em outubro, faz 15 anos que eu tô lá. E eu não desisti. Porque é uma reunião, realmente, que você não pode falar nada. Não, mais eu vou falar, vai passando o tempo, você vai falando. Já fui em Brasília por isso”. (Dona Margarida)

O empenho e a participação nas reuniões de Conselhos de Saúde, não só de Dona Margarida, mas de outros moradores, possibilitaram a estruturação dos serviços de saúde na comunidade que foi avançando de acordo com os momentos políticos de cada época até a chegada da Estratégia Saúde da Família:

“(…) Nisso, apareceu aqui o momento político, como falou lá os políticos do momento, aí eu conversei com eles, (...) Mais eu também tendo mais algum conhecimento, eu fiz algumas exigências, e eu como técnica de enfermagem quero isso, isso, ah, mais assim não pode ser, aquela briga política que não vale a pena falar. Até que veio. (...) Na primeira leva, eu não entrei, mas ajudei bastante”. (Dona Margarida)

A sua incursão, também, como ACS ocorreu em função da necessidade de continuar trabalhando, uma vez que estava desempregada e por já ter sido “agente social”, portanto, gerando certa afinidade nas funções. Magá sente orgulho por não ter conseguido entrar “pela janela”, mas por ter realizado a prova e diz:

“(…) Fiz a prova, porque eu me orgulho disso, porque eu não entrei pela janela porque eu conhecia fulano ou ciclano. Então, foi pela prova. Empatei com várias pessoas, né, porque fiz 84 pontos, se não me engano, né, no geral, na escrita, porque, primeiro é eliminada na escrita e depois na entrevista. Na entrevista eu passei direto e empatei com mais umas 10 pessoas ou 12, sei lá. Eu era o 13, mais como eu era a mais velha, eu entrei. Porque na saúde tem essa vantagem, o mais velho entra porque é pra se aposentar mais rápido, né?”. (Dona Margarida)

Apesar de gostar do trabalho como ACS e por seu desejo em ajudar as pessoas, ela fala que:

“(...) Eu vou fazer três anos agora, né. Eu tô doida pra sair, pra me aposentar, e eu quero sair mesmo. (...) A experiência valeu”. E conta com entusiasmo que após sua aposentadoria irá realizar seu sonho de fazer a faculdade de fisioterapia ou a massoterapia no SENAC: “(...) Mas eu vou fazer ainda a minha faculdade, nem que eu chegue na terceira idade e faça pelo direito na terceira idade (...) Porque pra mim pagar eu não quero não”.

(Dona Margarida)

A história de vida de Dona Margarida é a história de uma mulher determinada que lutou e luta por seus valores e por seus ideais:

“(...) Eu sou chamada de otária, por querer ser honesta, que não adianta querer fugir do sistema porque o sistema é assim mesmo. Mais eu quero ser honesta comigo mesmo. Porque se eu for honesta comigo mesmo, eu consigo ser contigo. E tem mais, eu não abaixo a cabeça pra ninguém, pode ser o doutor, fulano de tal, pode ser que chegue aqui o coronel da marinha, do exército, da aeronáutica. Eu não devo nada a ninguém. A gente pode tratar com respeito. Ele me respeita, eu respeito ele”.

(Dona Margarida)

#### **ACS VI (Luíza) - Sexta história de vida – A união faz a força!**

Luíza<sup>14</sup> é uma mulher otimista, casada e tem uma filha de quatro anos deste relacionamento. Ela viveu até o início da vida adulta num Rio de Janeiro que mais parecia o interior de Minas Gerais, num sítio na zona oeste da cidade, com seus pais e uma irmã. Ela conta que:

“Eu morei, eu vim da roça, né? Da roça daqui do Rio de Janeiro:  
(...) Foi uma infância muito divertida, mais uma infância sofrida em relação a recursos, né. Porque eu não estudava, não tive acesso aos estudo, a escola”.  
(Luíza)

Sua infância e adolescência foram neste sítio, vivendo com o recurso da aposentadoria de seu pai e de pequenas plantações no local onde moravam. Desta maneira, com pouco acesso aos meios de comunicação da época foi por “conta própria” que aprendeu a ler e a escrever. Lembra-se do bom relacionamento entre as pessoas naquele tempo:

“(...) Gostava da convivência das pessoas que não tinha muita maldade naquela época, não tinha a bandidagem, a violência que tem hoje, né. (...) Então eu conheci muitas pessoas legais que me ajudaram”. (Luíza)

Além disso, foi através das boas relações e amizades que descobriu as questões da sexualidade e do corpo feminino, pois uma criação rígida e fechada de seus pais não permitia

---

<sup>14</sup> A entrevistada não revelou a idade.

estes assuntos. E conta que só conheceu um profissional de saúde com mais de 20 anos de idade:

“(…) Fui conhecer o que era saúde, ir no médico, eu nunca tive (…). Então, naquela época a gente não tinha acesso a saúde como tem hoje. Então eu só ia no médico pra tomar vacina. E, assim, eu era muito levada, eu corria muito, o quê que acontecia, eu caía e meu pai me levava na emergência, fazer um curativo (…). Então eu nunca tive acesso à saúde. Eu fui conhecer o quê que era saúde, alguém me tocar, eu tinha por volta dos meus 24 ou 25 anos. (…). Antigamente não tinha SUS. (…). A gente tinha os hospitais de emergência, os hospitais grande”. (Luíza)

Anos depois, a família mudou-se para o bairro de Santa Fé onde residiram por sete anos, ainda em casa própria. A decisão de morar num bairro central se deu em função da localização mais próxima a hospitais, pois seu pai, já bem idoso estava com problemas visuais e precisava de tratamento e cirurgia. Neste período, mesmo estando mais velha (com mais de 18 anos), retomou e concluiu os estudos até completar o segundo grau e começou a trabalhar:

“(…) Eu vim pra Santa Fé e começou a melhorar, pra eu poder sair, ter o meu primeiro emprego, não tinha carteira assinada, mas era alguma coisa que eu podia tá saindo de casa, conseguir o meu dinheirinho, né. Aí foi devagarinho a minha vida, entendeu. Então fiquei ali por sete anos, morando no minhocão de Santa Fé”. (Luíza)

Mais tarde, foi necessário mudar para o Centro, na Limeira, quando começaram a pagar aluguel e passaram por grandes dificuldades financeiras. Logo, a forma encontrada foi viver em um casarão em condições precárias como descreve Luíza:

“(…) Num quartinho, sem ventilação nenhuma, não tinha um lugar pra tomar banho direito porque era um banheiro coletivo e pura doenças, tuberculose, tráfico implantado, tiros pra cima, meu pai ficou apavorado porque a gente nunca viveu uma situação dessas. A gente ficou um ano ali”. (Luíza)

E foi assim que sua vida foi se construindo, ao lado de seus pais idosos e se adaptando às novas condições de vida da cidade grande, mas que favoreceram sua habilidade de relacionar-se com as pessoas em quaisquer circunstâncias, sempre fazendo amigos e aproveitando o lado bom da vida. Em seguida, conheceu seu marido e se casou. Luíza fala, também, do aprendizado em suas experiências de trabalho auxiliando idosos aposentados, como cobradora de ônibus e num comitê de partido político. Sempre, experiências em

empregos que promoviam o contato próximo com as pessoas. Um episódio marcante foi ter começado a trabalhar num dia emblemático, ou seja:

“(…) Comecei naquele dia do sequestro do 174 (linha de ônibus), duas horas da tarde daquele 12 de setembro do ano 2000, que eu não esqueço jamais. (...) Me marcou muito. A partir dali eu não assistia televisão, não pegava jornal, porque eu não queria saber aqueles noticiários. (...) Minha primeira linha foi a 170, foi a Gávea. (...) Eu saí quando teve a mudança de cartão magnético, né”. (Luíza)

O trabalho como ACS aconteceu nos anos de 2004 para 2005, depois da experiência num comitê político, local em que, também, atuou com algumas políticas de assistência social da época, como o “Cheque Cidadão<sup>15</sup>”, e explica:

“(…) não como o ‘Bolsa Família’, antigamente, não era aquela coisa única, né. (...) Era tudo partido, o gás, então a gente fazia isso tudo, a parte política”. (Luíza)

E foi, então, convidada por outras ACS a concorrer a uma vaga, através de um Projeto da Universidade Estácio de Sá, pois as seleções eram difíceis de ser aprovada:

“(…) E ela sabendo do meu jeito. (...) E aí todo mundo morava perto uma da outra e aí tinha que ter uma confiança e conhecer a história uma da outra pra chamar prum cargo tão importante que é mexer com o público, entrar na casa das pessoas, fazer entrevista, né. Conhecer a realidade do outro”. (Luíza)

Luíza relata que compreende a importância de seu trabalho como ACS, que mesmo não atuando numa “área de risco”, existe uma grande população idosa, e destaca o valor de estar ajudando as pessoas no cuidado com a saúde, na relação de confiança mútua, de amizade. Ela afirma:

---

<sup>15</sup>O Programa Cheque-cidadão era um programa de transferência de renda repassado pela Secretaria de Estado da Família e da Assistência Social (SEFAS) do governo do Estado do Rio de Janeiro nas gestões de Anthony Garotinho (1998/2002) e Rosângela Matheus (2002/2005). Através de cupons com o valor de R\$ 50,00 com o nome de Cheque – cidadão da 3ª idade, para pessoas que tinham mais de 60 anos e R\$ 100,00 para pessoas que possuíam filhos matriculados em alguma escola repassados através das Igrejas; pessoas acometidas pela hanseníase (o cheque-saúde cidadão) repassados pelos Postos de Saúde).

“(…) Eles tem confiança em mim, por isso que quando eu entro na casa do outro, eu acho que eu tenho que mostrar a realidade. Eu não posso mentir pra eles. (...) Eu converso muito com as pessoas”. (Luíza)

Em consonância ao trabalho de ACS, o desejo de Luíza por conhecimento é grande, pois, pretende cursar a faculdade de serviço social, uma vez que para ela:

“(…) Pra viver a gente tem que sonhar. Eu pretendo né, porque a gente tem que ser positivo na vida. Pretendo fazer uma faculdade, cursar um ensino superior que tem a ver com ACS pra mim é o serviço social que ali um completa o outro.” (Luíza)

Além disso, valoriza muito as capacitações oferecidas ao ACS e, também, o Curso Técnico<sup>16</sup> de ACS que ela terminou no final do ano. Relata que esta foi uma conquista e defende que as pessoas possam se voltar mais para o coletivo, para uma postura mais engajada politicamente:

“(…) Eu tenho a parte assim, política, que eu gosto muito. Essa parte não política do partido, mas da política da união, de brigar, de buscar. (...) Unir forças, porque só uma ninguém vai escutar. Porque a união sempre vai fazer a força”. (Luíza)

---

<sup>16</sup> O Curso Técnico para ACS tem o objetivo de profissionalizar e certificar os ACS da estratégia saúde da família, de modo a qualificar sua atuação profissional, fortalecê-los enquanto categoria profissional e potencializar o seu papel no processo de transformação do modelo de atenção à saúde. A proposta curricular se estrutura a partir de três etapas formativas que procuram contemplar: a construção histórica do trabalho do ACS; a organização e o desenvolvimento do trabalho do ACS e o trabalho do ACS no âmbito da participação política.

Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=CursoEPSJV&Tipo=Subsequente&Num=241&Destques=1>

## 5 DISCUSSÃO E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

A análise das entrevistas perpassou por algumas inquietações que se apresentaram na construção deste estudo: Como se dá a construção do percurso identitário do ACS? Esta construção tem correspondência ou não com a história de vida? O que significa ser ACS ao longo de sua prática? Como aparecem os valores que não estão nas normas? A ética da vida é diferente da ética profissional? Ser ACS e ser morador da comunidade / bairro tem ou não implicações para dar sentido à prática? Busca-se aqui fornecer a interpretação dos próprios atores, os Agentes Comunitários de Saúde, para estas.

Estes questionamentos foram substância abstrata para desenvolver reflexões sobre o tema escolhido. Porém, não pretendem esgotar a questão nem, tampouco, resolvê-la. Também não há pretensão de encontrar soluções ou respostas para todas as indagações colocadas. Desta maneira, foram estruturados os seguintes eixos de análise para discussão do material coletado:

- Eixo 1: ACS - Construção do percurso identitário;
- Eixo 2: Reflexões sobre alguns modos de construção da ética da vida e do trabalho;
- Eixo 3: Nem elo, nem ponte... um mediador.

Houve uma tentativa de organizar as falas dos entrevistados nestes eixos. Para tanto, agrupou-se as ideias comuns e discutiram-se as questões com algumas das publicações sobre o tema. Algumas temáticas se revelaram nas narrativas e estão colocadas nos respectivos eixos:

- Tornar-se ACS X Satisfação / Insatisfação Pessoal e ACS X Identidade Profissional –  
Eixo 1: ACS - Construção do percurso identitário.
- Característica pessoal X Profissão de ACS  
Eixo 2: Reflexões sobre alguns modos de construção da ética da vida e do trabalho.
- O ACS como profissional central da ESF: o discurso X a prática e ACS X Ser morador da comunidade  
Eixo 3: Nem elo, nem ponte. E sim, mediador.

## **Eixo 1: ACS - Construção do percurso identitário**

Inicia-se aqui uma reflexão que buscará compreender os modos de construção do percurso identitário do ACS através da análise dos relatos de vida. O intuito é elucidar as relações desta construção e se esta produzirá ou não os nexos que dão sentido a ele se identificar como um ACS. Haveria algo a ser compreendido e que possa existir na bagagem de vida do ACS, além do que lhe foi apresentado pela da política (PACS) e pelas capacitações e/ou curso de formação técnica?

Acredita-se que a construção desta identidade singular possa estar entrelaçada e ser descrita e/ou redescrita junto a construção pessoal de vida. Esta se faz a cada experiência que afeta e sensibiliza os sentidos (olhar, tocar, cheirar, provar o gosto, escutar), no encontro com o outro, semelhante ou diferente de nós. Edificar este percurso identitário é trabalhoso e exige muitos materiais e ferramentas e, destes, alguns estarão facilmente acessíveis, outros terão que ser descobertos, pesquisados e até inventados. Trata-se de uma obra que será única, sem possibilidade de reprodução, mas com infinitas possibilidades de inspiração a que outras obras se edifiquem. Percebo que não há um planejamento muito estruturado a priori, mas alguns esboços que podem levar ao começo da obra. Haverá, também, uma sensação de caminho certo a seguir. Porém, se perceberá que serão muitas as ofertas de caminhos na medida em que o edifício vai sendo erguido. Logo, poderá mudar de rumo várias vezes durante a obra.

No entanto, toda obra tem uma coluna de sustentação e esta irá fazer toda a diferença na qualidade, sustentabilidade e durabilidade da criação. É difícil afirmar que pilar manterá a obra de pé e que este seja o mesmo para todos nós. Penso ser importante localizar o que possa ser ou se aproximar desta ideia e que refletir sobre isto poderá ajudar a compreender os processos de constituição de uma escolha ou caminho profissional. Assim como Ferreira (2009), acredito que o ACS pode operar entre si diferentes modos de fazer, uma vez que afeta e sofre afetamentos, atravessa e ao mesmo tempo é atravessado por diferentes micro redes que geram solidariedade ou individualismo, humanidade ou animosidade nas inter-relações. Em particular, neste estudo, para a compreensão do ACS, híbrido em seu nascimento (morador e cuidador da comunidade), a partir do conhecimento dos fragmentos da vida destas pessoas, contados por elas, poderemos reconhecer como estes trabalhadores estão edificando sua identidade profissional, dentro do modelo ético-político que defendemos ou não, uma vez que



estes atores tornaram-se forte referência de sustentação da Política Nacional de Atenção Básica.

Com este entendimento, torna-se importante dar ênfase à forma como os valores que não estão nas normas (Leis e portarias) e nem nos cursos de qualificação, são ou não utilizados como recursos que contribuem para o exercício do fazer profissional. Este apontamento chama atenção para as práticas concretas de vida e do cotidiano profissional do ACS podendo funcionar, também, como catalisador da formação.

A garantia da formação profissional e da qualificação técnica do ACS é fundamental, assim como, compreender se ele realiza ou não, o cuidado em saúde que defenda a vida de qualquer ser e não permita nenhuma forma de crueldade entre as pessoas. Além de ser essencial que este trabalhador compreenda o acolhimento como ato de respeito, cidadania e troca de afetos entre o cuidador e o sujeito a cuidar-se. E se este ator, fundamental para a Estratégia de Saúde da Família, defende e garante o acesso universal e singular para as diversas formas do sofrimento humano, pois estes princípios são defendidos por um “nós”, de sanitaristas e trabalhadores do SUS, ao qual me incluo e que são determinantes para a consolidação e a qualificação do SUS como um sistema de saúde humanizado, eficiente e para maioria dos brasileiros.

Algumas políticas e iniciativas de reflexão sobre práticas de cuidado em saúde vêm se colocando na sustentação do SUS, em defesa a vida, como: O direito ao acesso universal, a Integralidade, a Política de Humanização e a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É a defesa de um projeto de sociedade mais solidária, crítica e responsável por cuidar de si, do outro e do lugar onde vivemos (casa, bairro, cidade, planeta). Este projeto não está dado, pois há uma disputa política, econômica e social na afirmação de projetos de sociedade bem diferentes, como o que defende o neoliberalismo num modelo de privatização da vida e dos afetos. Este eixo produziu as temáticas: Tornar-se ACS X Satisfação/Insatisfação Pessoal e ACS X Identidade Profissional, apresentados a seguir e explicitados com fragmentos dos relatos dos ACS.

### **Tornar-se ACS X Satisfação/Insatisfação Pessoal**

Na apresentação dos fragmentos destes relatos, os entrevistados, ao falar sobre a profissão do ACS, mostram que desconheciam as funções e atribuições desta carreira ou tinham uma referência superficial sobre o trabalho. Portanto, de forma quase geral, eles explicam que o entendimento sobre a profissão acontecia na prática e, concomitantemente, ao

Curso Introdutório<sup>17</sup> para ACS. E, após algum tempo, exercendo as tarefas do dia a dia, sob a supervisão dos enfermeiros da equipe e apoio dos outros profissionais, passavam a assimilar e compreender seu processo de trabalho e, também, sentir suas dificuldades.

Logo, é possível perceber, a partir dos depoimentos, certa identificação com as ações de ajuda e solidariedade, muitas vezes, já presentes na vida destes ACS. Isso favorece um sentimento de satisfação pessoal na realização bem sucedida de suas tarefas. Em contrapartida, relataram sua insatisfação com o excesso de atribuições do cargo, as ações repetitivas e a baixa remuneração que é associada à falta de reconhecimento profissional. Os trechos abaixo ilustram estas reflexões:

### **ACS I (Luana)**

“Comecei a fazer o cadastro que eu comecei a aprender o que era ser Agente Comunitário (AC) e passei pelo Introdutório, mas pra gente é ambientação. Aí fiquei na ambientação. Fui aprendendo mais. Como eu já era da área da saúde, pra mim era muito melhor.”

“(…) se hoje eu acompanho uma pessoa, mês que vem eu tenho que ir lá de novo. Tudo bem, mas vira e mexe a pessoa tá aqui dentro da clínica, eu encontro a pessoa na área. Então aquele trabalho é contínuo, mas pra eles não é. Você tem que voltar de novo e fazer as mesmas perguntas pra pessoa, as mesmas coisas, você tem que coletar aqueles dados de novo, no mês seguinte de novo. Então você vive mais naquela repetição de trabalho (esclarece que as pessoas estão sempre frequentes, mantendo uma qualidade de vida e participando dos grupos). (….) É cansativo. Num ponto é cansativo. Eu não sei por que é a visão de fora. Como eu tô dentro”.

“(…) Mas com o acolhimento, a gente fica muito restrito, tem os turnos. Nós trabalhamos agora por turnos. (….) Esses turnos tem que ser divididos entre os agentes que estiverem no mês trabalhando. (….) Com esses horários a pessoa que tá na área vem correndo depois do almoço pra sentar ali. Aí quem tá de manhã almoça correndo pra poder ir pra área, entendeu. É um jogo de cintura enorme pra poder tentar fazer o que pedem a produção deles, de 75% de visita, mas com o número de famílias que nós temos 75% de visita é muita visita num dia”.

---

<sup>17</sup> O Curso Introdutório de Formação Inicial e Continuada para Agentes Comunitários de Saúde “ visa formar os profissionais que já atuam nos serviços de atenção básica de saúde dos municípios e aqueles que serão inseridos devido à expansão ou implantação da Estratégia Saúde da Família, atendendo as diretrizes curriculares estabelecidas pelo Ministério da Saúde, para que possam atuar como profissionais de nível básico, junto às equipes multiprofissionais de saúde, desenvolvendo ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais em domicílios e coletividade, com interface na assistência social, educação e meio ambiente” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2004).

**ACS II (Ângela)**

“E a gente, também quando tá começando a trabalhar de ACS, a gente faz um curso chamado Introdutório. E nesse Introdutório que o Ministério da Saúde aplica na gente, um dos primeiros fatores que você aprende é que o ACS ou qualquer profissional de saúde da nossa clínica tem que saber a palavra chave da nossa profissão que é o acolher”.

“(…) Até porque o meu trabalho é muito cansativo, a gente trabalha o dia inteiro, a gente lida com todo tipo de situação. (...) Então é um trabalho cansativo. Cansa você fisicamente, emocionalmente, mentalmente, também, é muita responsabilidade. E eu acho que um ano trabalhando direto, você chega num momento que você só quer chegar em casa e descansar. Pra você ter uma ideia, quando eu comecei a trabalhar dois anos atrás, eu caminhava todo santo dia, não tinha sábado, não tinha domingo (...) Eu tava super bem fisicamente, era uma terapia pra mim, de repente eu comecei a trabalhar. (...) Eu ainda vou cuidar da casa, vou fazer comida. Não me sobra essa disposição pra praticar o esporte e eu como Agente de Saúde (AS) deveria ser a primeira, né. Mas tem a academia carioca dentro do posto e não sobra tempo hábil pra gente” .

“Porque realmente é muito bom o meu trabalho. É gratificante. Eu adoro ajudar as pessoas, faço meu trabalho com o maior carinho, sabe. Eu me dedico ao máximo. As meninas até lá no trabalho me criticam, ah, Ângela, se deixar trabalha 24 horas por dia (...). Eu amo meu trabalho como ACS, todo mundo da minha clínica sabe disso. (...) Mas é um trabalho muito sacrificado e pouco reconhecido e muito pouco remunerado. É, ser ACS é, realmente, lutar muito e amar muito o que você faz. Porque você trabalhar o mês inteiro pra ganhar 859,00 reais no final do mês é muito pouco”.

**ACS III (Antônio)**

“(…) E de nós ACS, nós entramos sem saber nada do posto de saúde, hoje em dia pra fazer o acolhimento, nós que decidimos quem vai ser cadastrado, quem não vai, quem mora, quem não mora”.

“(…) O AS hoje em dia, o que que eu entendo por AS é... Ele é o primeiro contato entre a comunidade e a área de saúde em si. Só que as pessoas vem muito hoje, não necessariamente o atendimento, à vezes, as pessoas querem só uma pessoa pra falar e aquela pessoa ouvir”.

“(…) Uma dificuldade que eu sinto em ser AS, hoje em dia é o que as pessoas estão acostumadas, principalmente ali na Rosa Branca, as pessoas são antigas e elas têm aquela doutrina de passou mal vai ao médico e não tem aquele, como eu também não tinha, consciência de prevenção. Você procurar se cuidar antes pra que não venha a ter uma doença

no futuro (...) Muita dificuldade de explicar pras pessoas, tô com dor de cabeça, Miguel Couto, tô com febre, Miguel Couto. Toma o medicamento e vai pra casa, acabou. (...) A gente tá conseguindo com muita insistência, muita conversa. (...) Coloca que elas precisam ter uma visita periódica ao médico mesmo não tendo nada. (...) A gente tá conseguindo muito arduamente com as pessoas mais jovens. As pessoas acima de 60 anos é uma dificuldade tremenda”.

“(…) E o trabalho de ACS, em si, é muito gratificante porque você vê pessoas, tem o conhecimento com elas e pessoas que você mora do lado da pessoa e você não sabe o que se passa na casa da pessoa, às vezes, a pessoa não tem o alimento, não tem uma orientação em relação ao medicamento”.

#### **ACS IV (Sandra)**

“(…) Quem fica querendo fazer prova pra ACS achando que é molezinha? Não é molezinha, não. É muita coisa. É muita atribuição pro ACS”.

“(…) Porque eles querem capacitar o agente pra tudo. Capacita o agente pra aferir pressão, pra medir glicose, pra detectar dengue, pra detectar tuberculose. Capacitam o ACS pra tudo”. (...) Eu sei aferir pressão, eu sei fazer o teste da glicose, eu sei sentar e ouvir, dá um abraço, fazer um carinho, acolher sabe, mas eu não sei dá uma direção, o quê que tem que fazer. Aí tinha que ter uma ajuda de um profissional, ajuda essa que é difícilima”.

“(…) E assim, é difícil, mas eu gosto do que eu faço. Porque dentro desse meu trabalho de ACS, eu acabo fazendo muito o papel do assistente social, mas não tem reconhecimento e é muito cansativo. É uma população difícil de lidar”.

#### **ACS V (Dona Margarida)**

“Agora eu tô com 200 famílias e com 700 e poucas pessoas, mais o trabalho, que eu acho um absurdo, né. Porque é muito, é muita gente. E tô trabalhando. E eu sei. É eu tenho quatro grávidas, eu tenho 24 crianças menos de dois anos, eu tenho 70 idosos, né. Eu tenho oito acamados, eu tenho dez pessoas com problemas psicológicos. Quer dizer, então a gente vai conversando, e eu prefiro mais conversar com essas pessoas assim. Não converso com todo mundo porque são 700 pessoas, mais eu converso, no mínimo, com 100 pessoas por dia, no mínimo. Porque eu não converso só com pessoas da minha área, eu converso com pessoas de outras áreas também. Porque tem acamado lá em cima que são meus amigos”.

**ACS VI (Luíza)**

“(...) Pra mim é muito importante o fato de você tá ajudando o outro, de você conhecer as pessoas, de as pessoas ter confiança em você”.

**ACS X Identidade Profissional**

Um dado importante das narrativas se refere à identificação com a carreira de ACS que pode ser explicitado com os trechos das entrevistas que os ACS relatam como chegaram até esta profissão. Em sua maioria, revelam que esta inserção profissional se deu pela necessidade de se obter um emprego formal e que garantisse benefícios trabalhistas. Além disso, mostram um não interesse em continuar no cargo devido à baixa remuneração e excesso de trabalho. Porém, aponta para um despertar em relação ao desejo pelo trabalho na área de saúde, numa formação de nível superior com possibilidade de continuar na saúde pública com melhores salários, pela ESF.

**ACS I (Luana)**

“Então, eu cheguei nele porque, quando um dia eu tava na internet, aí eu vi que tava aberta a vaga. Aí eu fiz a inscrição, aí gente como é que eu vou trabalhar como AC. Ah, seja o que Deus quiser. Eu vou chegar lá, se der pra aprender eu aprendo, se não der (risos),entendeu. Aí eu fiz concurso, fiz a prova, passei. Nem estudei pra prova, passei. Fui pra Fiocruz pro dia da entrevista, aí me perguntaram várias coisas do cargo. Aí vou falar o que eu sei, né. O básico que eu sei. E onde eu morava não tinha, nem em São João, nem em Benfica, não tinha AC. Eu nunca tinha visto AC. (...) falei do caso da esposa do meu pai e da minha família (...) aí eu gosto da área de saúde, vou falar o que eu sei da área de saúde”.

“(...) meu projeto pro futuro, na clinica da família e até falei, tipo assim, agora eu vou fazer a especialização de saúde da família, entendeu? Porquê? Porque eu já tô aqui dentro e eu aprendi como é o trabalho. (...) como este é um outro projeto, já não tá dentro da área de AC. Eu já não me dedico mais pra continuar esse ano todo como AC. Eu tenho que sair, não posso mais ficar com AC, tenho que agora me dedicar pra farmácia”.

**ACS II (Ângela)**

“(...) Em primeiro, pelo meu cunhado. Eu gostava das coisas que ele me falava. Mais também, no momento, que apareceu esta oportunidade eu tava naquela de buscar um emprego pra mim de carteira assinada porque na época, eu trabalhava, fazendo bico, fazia faxina, o que

aparecia. Porque eu tava desempregada. (...) Aí pintou a oportunidade pro concurso do ACS, aí eu pensei, eu já não sou mais uma garotinha, né. Eu não posso ficar trabalhando sem carteira assinada. Eu preciso de uma segurança, eu preciso do meu INSS, eu preciso do fundo de garantia”.

“Eu acho que eu me acomodei depois que eu entrei como AS e comecei a trabalhar. Eu amo meu trabalho, muito, muito. Eu gosto demais do que eu faço. E num certo momento eu pensei, assim, eu vou fazer enfermagem. Fazer um curso de técnico de enfermagem. Vou correr atrás da faculdade. Eu quero alguma coisa na área de saúde, que eu gosto de cuidar das pessoas. (...) E aí na convivência do meu trabalho (...) A minha micro área tem muita saúde mental (...) Eu tomei essa decisão pela psicologia foi agora em outubro. (...) Eu me defini e agora eu tenho certeza do que eu quero”.

### **ACS III (Antônio)**

“(...) Eu sempre quis trabalhar na área de saúde. Só que eu não conseguia dar continuidade. Eu entrava no curso, eu tinha condições de pagar, eu tinha o tempo hábil, mas eu não tinha a vontade, quer dizer, a vontade até tinha, mais eu não conseguia por causa desses problemas. E eu tava desempregado e apareceu, já havia o boato da CSF ir lá pra Rosa Branca, e apareceu a oportunidade de fazer essa prova. E eu fiz, fiquei em sétimo lugar, eram seis vagas. (...) Houve uma desistência e eu fui chamado”.

“(...) E eu pretendo fazer faculdade de enfermagem. Vou acabar meu curso agora pra ter condições de poder fazer e meu objetivo maior é ser enfermeiro”.

### **ACS IV (Sandra)**

“(...) Eu nem sei se eu decidi. Eu sei que tava aberta a inscrição pra AS, mas só que o AS antes, só lidava com TB (tuberculose). O AS era assim, bom vivam. (...) Então ele ia, fazia o relatório da pessoa, colia o material, (...) Levava o remédio em casa. (...) Eu achei que ia ser assim também. Pô, na minha idade, molezinha, molezinha, sabe. Aí eu fiz a prova e entrei. Eu fiquei em segundo lugar na prova. (...) Não era bem assim. Era muito mais difícil. (...) Eu fiz a prova, assim, também por ser um trabalho dentro da comunidade, que eu já trabalhava”.

### **ACS V (Dona Margarida)**

“(...) Aí terminou o projeto (nas escolas, como agente social) (...) Aí perdi o emprego e eu não posso ficar sem trabalhar. Tenho que trabalhar até me aposentar. Aí eu fui atrás e deixaram eu entrar, não me barraram não. Agora não é mais aquele momento político, não. Naquele

momento podia. Você é técnica de enfermagem, mas não quer essa função. Eu disse, não quero. Quero ser AS, porque já que eu sou agente social, eu sou AS, junta uma coisa com a outra. Então vão fazer o seguinte, agora não dá mais, você vai ter que fazer a prova. (...) Aí as perguntas que a mulher fez, de quantas ruas tinha no morro, eu sabia de cor. É, quais seriam os maiores problemas na comunidade, eu também sabia”.

“(...) Eu, vou esperar me aposentar e vou fazer minha faculdade que seria o serviço social ou fisioterapia. Porque a enfermagem eu não quero”.

### **ACS VI (Luíza)**

“(...) E aí eu tentei ser AC, mas aí era uma seleção muito complicada, muito difícil de você entrar. (...) A Neuza, ACS que tava aqui, ela me convidou, porque ela já me conhecia. (...) Tem uma vaga lá. E ela sabendo do meu jeito e tal, e a outra ACS também me chamou, a dona Rita que trabalhava no meu prédio aonde eu moro hoje, que eu moro há quinze anos lá. (...) E aí todo mundo morava perto uma da outra e aí tinha que ter uma confiança e conhecer a história uma da outra pra chamar prum cargo tão importante que é mexer com o público, entrar na casa das pessoas, fazer entrevista, né. Conhecer a realidade do outro”.

“(...) Pretendo fazer uma faculdade, cursar um ensino superior que tem a ver com ACS, pra mim é o serviço social que ali um completa o outro”.

## **Eixo 2: Reflexões sobre alguns modos de construção da ética da vida e do trabalho**

A percepção ou leitura da pessoa da história de seus atos pode ou não promover um questionamento sobre o porquê de uma decisão durante as atividades cotidianas do trabalho. E, isto, tem relação direta, não só, com o que se pôde apreender de um conteúdo técnico, mas da clareza ética dos princípios que nos fazem humanamente próximos uns dos outros e do entendimento do projeto de saúde que se sustenta. Estes balizadores poderiam ou não ser aplicados para resolver ou encaminhar uma demanda do usuário, da família, do serviço de saúde e da comunidade em que se atua. Vai depender, então, das relações que cada um estabelece com o rol de valores que lhe constitui. Trata-se de conseguir ver a diferença de um juízo de valor pessoal para a ampliação de um posicionamento crítico, ético e justo.

É possível pensar que, diante da complexidade humana e da nossa ansiedade, do nosso desejo e da nossa implicação (ou não) em atender e/ou esclarecer a demanda que o outro nos coloca, atue sobre nossa decisão uma insegurança sobre o que deve ser feito e optamos pelo caminho mais confortável que é o do julgamento moral. Esta escolha, geralmente, se pauta no

senso comum, num conhecimento leigo e, muitas vezes, em um tipo de orientação religiosa.

As incertezas e a urgência da demanda poderão contribuir neste tipo de resposta. Assim como, a dificuldade que muitos profissionais de saúde apresentam em admitir que não sabem como resolver o problema quando ele se apresenta, aliados a uma expectativa do usuário em aliviar e solucionar sua questão imediatamente.

Os ACS por estar em conexão direta e constante com as demandas dos moradores da comunidade, função de destaque em seu trabalho, podem se expor de forma mais frequente ao apelo do senso comum ou da orientação religiosa. Nesta direção, torna-se muito caro compreender quais os princípios e valores, que foram construídos e aprendidos nas experiências de vida deste ACS, que poderiam acrescentar ao desenvolvimento de um cuidado em saúde que respeite as diferenças entre as pessoas, que não sobreponha a doença ao sujeito e que não minimize o sofrimento em função do cumprimento de metas e produção de dados a serem planilhados. Conseqüentemente, isto quer dizer que não abriremos mão de sermos sujeitos morais, de pautarmos valores universais que sustentem a vida com humanidade, dignidade e respeito mútuo. Tal afirmação corrobora com Rorty (2007) que oferece uma visão a respeito:

“Progresso moral (...) e que esse progresso se dá, de fato, em direção à maior solidariedade humana, mas esta solidariedade não é vista como o reconhecimento de um eu nuclear – a essência humana – em todos os seres humanos. É vista, antes, como a capacidade de considerar sem importância um número cada vez maior de diferenças tradicionais (de tribo, religião, raça, costumes, etc.), quando comparadas às semelhanças concernentes à dor e à humilhação – a capacidade de pensar em pessoas extremamente diferentes de nós como incluída na gama do ‘nós’” (RORTY, 2007. P. 316).

Portanto, retomar o lugar do “não saber”, tanto de caráter técnico como do que é o outro (além do problema de saúde), é buscar este conhecimento no encontro que se dará coletivamente (ACS-equipe de saúde-sujeito-comunidade). E, a partir deste novo referencial coletivo, construir as soluções.

Este eixo produziu a temática - Característica pessoal X Profissão de ACS apresentada através de partes dos relatos dos ACS.



## **Característica pessoal X Profissão de ACS**

Os relatos de histórias de vida demonstram que características que os entrevistados compreendem como fazendo parte da sua formação de valores pessoais como: sensibilidade, escuta, solidariedade, afeto, amor à família, amor ao próximo, compreensão, compaixão, acolhimento, tranquilidade, honestidade, respeito, ética, amizade e alteridade são determinantes para a atuação no cuidado à saúde das pessoas. Portanto, é possível compreender que existe uma influência destes valores na atuação profissional destes trabalhadores, que são somadas ao aprendizado técnico e teórico dos cursos de capacitação, afetam a forma de abordar os usuários e na qualidade do atendimento oferecido. Os relatos abaixo representam alguns posicionamentos neste sentido:

### **ACS I (Luana)**

“(…) É esse jeito que nós trazemos de fora que não tá no nome de ACS, no cargo não vem isso, ninguém te ensina. Quando você chega aqui, ah, passei no concurso pro AC hoje, ninguém vai te ensinar como você vai falar com os pacientes”.

“Esse contato com o público. Porque eu adoro falar. Eu adoro conversar, então por fazer parte do trabalho estar direto com a pessoa, conversar, tentar ajudar que eu me identifiquei demais com o trabalho. (...) Ajudar e ensinar aquilo que eu sei pra ajudar na qualidade de vida da pessoa”.

“Então, é assim, tem uma coisa particular que você traz de dentro pra fora, que é seu, não é do cargo, você usa as suas habilidades pra fazer e tem coisas que você vai aprendendo conforme um vai fazendo, o outro vai fazendo”.

“Eu acho que o que as pessoas podiam acrescentar da vida na profissão, se tiverem, né? Tem pessoas que não tem o amor à família, o amor ao próximo. Primeira coisa, se você não tiver amor ao próximo você não consegue nem desempenhar a função. Porque você vai fazer de qualquer jeito, mal feito, vai olhar pras pessoas criticando. (...) Cada um tem a forma diferente de viver a vida. Cada família é diferente, não adianta eu dizer que a minha família é padrão, porque tem famílias melhores. Não. Não existe. E também não tem como eu achar que todas as famílias tem que ser igual a minha. Não tem como, entendeu”.

“(…) Se elas pudessem acrescentar a vida delas para o trabalho a união, carinho. (...) Eu acho que eu pude trazer da minha vida, é, melhor falar de mim, é... o que eu pude acrescentar da minha vida para o meu trabalho foi esse afeto com as pessoas que eu tenho e gostar e gosto mesmo e vou fazer por você. Então, se eu não puder fazer, eu vou mostrar da melhor forma a

sinceridade e a transparência do que eu tô vivendo. Porque eu sou muito transparente”. (...) Meu pai é uma pessoa assim, não vou dizer, 100% honesto, mas a palavra que eu poderia demonstrar e dizer do meu pai é honestidade (...) A honestidade do meu pai, o caráter dele, eu e minha irmã absorvemos de tal forma que nós vivemos assim. Isso eu trouxe pro meu trabalho, entendeu. (...) O trabalho da gente precisa disso. (...) Isso eu trouxe do meu dia a dia, como eu sou, para o meu trabalho. Se as pessoas pudessem trazer as coisas positivas (...) Mas não tem como, mas se os AC pudessem adicionar as coisas boas que envolvem afetividade, porque o trabalho precisa demais, seria bom. (...) Mas é o que eu falei do meu pai, essa honestidade, sinceridade e assumir que errei. Como essa história de botar números falsos. É muito fácil. (...) Vale a pena você viver naquele mundo mentiroso? Não”.

“Qualidade, eu vejo assim, é quando você chega numa casa você percebe as necessidades daquela família. Quando você ouve aquela família, vê uma escuta qualificada praquela família, tenta ajudar aquela família, pra mim é uma boa qualidade de visita”.

### **ACS II (Ângela)**

“Eu acho até que, eu não sei se de repente, o meu trabalho, sabe, de ajudar tanto, de querer ajudar tanto as pessoas, de acolher mesmo, né, essas pessoas com quem eu lido no meu trabalho, na minha profissão atual. Se essa minha vontade, se esse meu querer, essa boa vontade com as pessoas, se é realmente fruto de tudo que eu já vivi na minha vida. Porque assim, como eu te falei, a minha história de vida é muito sacrificada. Eu passei fome, eu sei quanto é difícil você sentir vontade de comer, sentir doer o estômago e você não ter nada dentro de casa. (...) Eu senti quanto é difícil, uma mãe, que é que eu vi a minha mãe viver. A minha mãe chegar dias e não ter nada pra comer e com três filhas pequenas. (...) e eu vê, presenciar a minha mãe botar aquele pouquinho pra mim e pra minhas irmãs e o pouquinho que fica, ela guardar e não comer. (...) E dormiu com fome. Então eu tenho, acho que por essa experiência de vida tão dolorosa que foram sofridas pra mim, mas que também me fortaleceram. É aquele ditado, né, o que não me mata, me fortalece.. Serviu pra me fortalecer e pra olhar pro ser humano, acho, com um olhar de ser humano mesmo, de tentar compreender o sofrimento, as necessidades que cada um tem. Então, eu acho que esse meu trabalho tem tudo a ver com minha história de vida”.

“(…) Tudo que eu vivi, minha história de vida, me tornou, talvez, um pouco mais humana. E é isso que eu vejo no meu trabalho de ACS, quando eu chego na casa das pessoas, que eu vejo o sofrimento (...) Eu acho que isso me move ainda mais. Chegá pra minha equipe e lutá, sabe, e

tentar fazer o melhor. (...) Me faz enxergar essas pessoas como alguém que tá vivendo alguma coisa que eu já vivi e se eu tô dentro dessa profissão hoje em dia, (...) de trazer um conforto pra essa família. É o que eu tenho que fazer. (...) A minha história de vida se mistura muito com essa história que eu vivo hoje. (...) A minha história de vida me tornou mais forte. (...) De poder olhar para o outro com um olhar que eu já vivi. (...) Eu vivi a minha vida toda em comunidade carente. Então eu sempre vivi de perto todas as misérias humanas, né, e talvez, hoje em dia, até depois de 2 anos trabalhando como ACS é que talvez eu tenha desenvolvido ainda mais essa vontade de ser psicóloga. De tentar acessar ainda mais, de saber lidar com o sofrimento do ser humano, com a alma do ser humano”.

“(…) Porque tem que gostar. Tem que gostar do ser humano em primeiro lugar, tem que ter a sensibilidade pra olhar o outro ser humano, como ser humano, entender a miséria daquele ser humano num primeiro momento, entender a necessidade emocional, (...) A gente sempre costuma dizer que a gente só dá aquilo que a gente tem, né. Então eu acho que eu tenho muito amor pra dar”. (risos)

“(…) O acolher pra mim é tudo. O acolher pra mim é o primeiro contato, é o sorriso, é um abraço numa pessoa que, de repente, você nunca viu na vida, mais que naquele momento precisa tanto do seu abraço, sabe”.

### **ACS III (Antônio)**

“(…) Mesmo com os problemas que eu tive, eu sempre gostei de ajudar as pessoas, sempre fui uma pessoa tranquila, entendeu. E eu queria de alguma forma poder ajudar. E essa foi uma grande oportunidade que eu tive, sendo ACS, como eu sou até hoje”.

“(…) Uma coisa que eu vejo, da maneira que eu sou, é... Você tem que procurar dá atenção, não é bem essa palavra, é você tem que ser uma pessoa calma, tranquila, tá disposto a ouvir, principalmente. (...) E o AS tem que ter tranquilidade. (...) E, às vezes, a pessoa já sai do acolhimento, mesmo sem ser atendida, ela já sai mais tranquila, mais calma porque ela já foi acolhida, foi ouvida”.

“(…) Característica minha que o AS tem que ter é isso, é tranquilidade, calma e ouvidos pra ouvir (...) Isso é um aprendizado que eu tive na minha vida e que tá sendo colocado em prática”.

**ACS V (Dona Margarida)**

“(...) E gosto de ajudar. Sei que as pessoas são ingratas, porque eu também sou em alguns momentos (...) Mais não vou deixar de ajudar, não. Até o último suspiro eu quero sempre servir, sempre”.

“(...) Então que tenha amor pela profissão e o amor a gente vai, simpatia é quase amor, né. Primeiro você vai entrando por simpatia e depois você vai se transformando. Eu acredito assim, o AS tem que pensar, assim, entrar mesmo que entrar pela necessidade do emprego”.

“(...) Eu sou chamada de otária, por querer ser honesta, que não adianta querer fugir do sistema porque o sistema é assim mesmo. Mais eu quero ser honesta comigo mesmo. Porque se eu for honesta comigo mesmo, eu consigo ser contigo. E tem mais, eu não abaixo a cabeça pra ninguém, pode ser o doutor, fulano de tal, pode ser que chegue aqui o coronel da marinha, do exército, da aeronáutica. Eu não devo nada a ninguém. A gente pode tratar com respeito. Ele me respeita, eu respeito ele”.

**ACS VI (Luíza)**

“(...) Eles tem confiança em mim, por isso que quando eu entro na casa do outro, eu acho que eu tenho que mostrar a realidade. Eu não posso mentir pra eles”.

“Eu acho que é tipo assim engajar mais, o sonho que a gente tem de nunca parar, a gente sempre pensando no outro também, pensar no coletivo. Porque a gente pensar só no eu, a gente não chega em lugar nenhum. Eu acho que eu penso muito no coletivo. (...) Eu tenho a parte assim, política, que eu gosto muito. Essa parte não política do partido, mas da política da união, de brigar, de buscar. (...) Unir forças, porque só uma ninguém vai escutar. Porque a união sempre vai fazer a força. (...) Não pode maltratar, destratar ninguém”.

**Eixo 3: Nem elo, nem ponte. E sim, mediador.**

No intuito de compreender o lugar dos vínculos estabelecidos entre o ACS e a comunidade, buscou-se analisar se há relevância de ser morador de uma comunidade e trabalhar como ACS neste local. E, se isso tem implicações importantes na prática deste profissional. Porém, é necessário questionar até que ponto isto se torna uma exigência burocrática de uma estratégia de organização de serviço. Ou, se de fato cumpre a tarefa de criação e consolidação de vínculos entre o ACS, a equipe e os moradores da comunidade.

Fazer parte de um determinado local, bairro, região da cidade e tornar-se um agente de saúde produzirá atravessamentos inevitáveis que não poderão ser tratados de forma técnica

pelos profissionais. As relações que foram construídas entre os ACS e os moradores da sua região possuem, também, uma história que aconteceu nos encontros e nas vivências estabelecidas. Neste sentido, se foram criados laços de solidariedade, de respeito, de generosidade, de ética, de engajamento comunitário, seja no próprio território de moradia ou em outro local, estes poderiam ser somados à nova tarefa do ACS – é uma possibilidade. Estas relações se consolidariam entre as pessoas a serem cuidadas para fomentar e fortalecer a vinculação junto aos serviços de saúde e a consciência coletiva de promoção da saúde.

Em outra medida, se as relações que existiam eram vazias de afeto e apenas mantenedoras da convivência e de interesses individuais é possível que o trabalho se desenvolva de forma mais prescritiva, tecnicista e não consiga alcançar uma mudança real do modelo curativo e biomédico para aquele promotor da saúde e multidisciplinar. Além disso, gerará pouco efeito na relação de confiança entre comunidade e profissionais de saúde. Esta (relação) se reduzirá ao utilitarismo dos serviços de saúde, não correspondendo assim à corresponsabilização por suas intervenções. Segundo Alves (2009) aponta para esta constatação da seguinte forma:

“Historicamente esta é uma forte representação dos ACS: o elo entre comunidade e a equipe de saúde, com um papel de tradutor do universo científico ao popular, atuando, também, como facilitador do acesso das pessoas aos serviços de saúde. Esta função não escapa dos conflitos que este diálogo provoca e, frequentemente, há resistência da população com relação às orientações e dificuldades de relacionamento com membros da comunidade, ou no processo de trabalho dentro da equipe de saúde” (ALVES, 2009. P.26).

Penso ser fundamental para efetivação e sucesso desta tarefa o lugar do vínculo (que não é só moradia e domicílio) entre o ACS e as pessoas. Trata-se de estimular a formação de um profissional da diferença e de um articulador das diversidades de seu território. Ele supera, então, a função de elo e ponte, como se fosse algo inerte e que apenas conectasse dois lados. Coloca-se como construtor de laços na feitura das relações com a comunidade e na riqueza delicada e sutil dos encontros no cotidiano. Estas interpretações são corroboradas por Alves (2009) que aborda a função de mediação do ACS como elo, laço ou nó:

“Ao exercer a função de elo, o ACS seria “apenas um veículo de informações”; como laço, seria capaz de gerar vínculos, espaços de compartilhamento entre sujeitos e saberes. A perspectiva do nó (...) quando o agente comunitário encontrar-se tão preso em sua própria corrente, que os elos se enroscam, conformando um nó. (...) o possível nó formado nas

relações envolvendo ACS, restante da equipe e comunidade” (ALVES, 2009. P.30).

As publicações sobre este tema estão mais voltadas para a preocupação com a formação técnica do ACS. Não há clareza de como acontece o vínculo com a comunidade e quais são as práticas propositivas para produção de saúde. A produção de vínculo como norteador do trabalho do ACS e da equipe de saúde tem menos visibilidade nas discussões.

Nunes et al (2002) em uma pesquisa sobre o processo de construção de identidade dos ACS a partir de sua inserção na equipe do Programa de Saúde da Família e da interação com os moradores dos bairros onde atuavam, questionaram se “será preciso trazer para o estudo sério o papel da amizade, do compadrio e da lógica das relações pessoais em geral como um dado básico da sociedade e não como capítulos anedóticos” (NUNES ET AL, 2002. P. 1646). Os autores propõem que o desempenho da equipe de saúde, em particular do ACS, para ser avaliado “deve levar em consideração a dinâmica relacional comunitária que se desenvolve em torno desse agente” (idem). Estes pesquisadores explicaram:

“não se pode permanecer situando o campo dos afetos e dos sentimentos em uma perspectiva marginal, na tradicional dicotomia cartesiana: razão/sentimento, ou na perspectiva tão cara aos planejadores de saúde: razão prática/subjetividade. Na realidade concreta, esses dois aspectos se mostram muito mais imbricados e se autodeterminam” (NUNES ET AL, 2002. P. 1646).

O estudo demonstrou que as “necessidades humanas” e as de saúde não se resumem às necessidades naturais (biológicas). Estende-se às existenciais (no sentido de necessidades de existência, de caráter social) e incluindo as humanas (amor, amizade, atividade moral). Os autores explicam que os ACS são canais de comunicação da comunidade que podem sofrer interferências das relações estabelecidas entre eles que vão do lugar de ACS-morador-vizinho, ACS-morador-amigo, ACS-morador-vizinho-amigo. Estes imbricamentos podem gerar aproximações ou distanciamentos do cuidado em saúde proposto pelo novo modelo e gerar relações de poder e privilégio.

A pesquisa revelou ainda, que as expectativas depositadas em torno da participação dos ACS inscrevem-se em um verdadeiro “fogo cruzado”, enquanto a comunidade o inscreve em uma demanda de tipo predominantemente pessoal, a equipe de saúde espera do mesmo uma prática mais técnica e pedagógica. Os ACS, por sua vez, somam a expectativa de uma

competência técnica a valores e conhecimentos que estão arraigados à sua cultura, e que entram em choque com aquela primeira, os quais algumas vezes nem eles próprios se sentem capazes de modificar em si mesmos. Dessa forma, Nunes et al (2002) esclarecem que:

“Observa-se que a posição do ACS é tanto mais difícil, porque é híbrida e de mediação. Longe de se pensar que isso se constitui em um problema, acreditamos, ao contrário, que aí reside a força e a riqueza da presença desse ator social em uma equipe de saúde. Para que essa força e essa riqueza possam se manifestar é fundamental que os conflitos emergentes sejam pontos prioritários de reflexão, o que permitirá uma real abertura de fronteiras do que antes era restrito ao domínio único do saber e da prática biomédicos” (NUNES ET AL, 2002. P. 1646).

Já para Wolf (2003), as pessoas que exercem a função de mediação, são denominadas de “intermediários”. É o lugar de alguém “exposto”, pois tem “a face voltada para duas direções ao mesmo tempo. (...) ele deve servir a alguns dos interesses de grupos atuantes tanto em nível comunitário, como nacional e devem dar conta dos conflitos provocados pela colisão desses interesses” (WOLF, 2003. P.88).

Nesse mesmo sentido, Alves (2009) em seu estudo que trata sobre “O que sabe o agente comunitário de saúde?” conclui que há uma superação na perspectiva de ser ponte ou de fazer ponte e avança para explicitar da seguinte maneira:

“A potencialidade deste saber é a de ser como a “linha de costura” entre comunidade e as propostas de cuidado. (...) Como em uma colcha de retalhos, onde cada “tecido” mantém suas características e padronagens iniciais, mas aos serem costurados, formam algo único, inteiro. Também é possível compreender, a partir desta imagem, alguns conflitos apontados pelos Agentes, especialmente os relacionados à valorização do seu trabalho. Afinal, a linha que costura os retalhos ao mesmo tempo em que sustenta a formação da nova estrutura, tende a ficar “invisível” ao cumprir sua função” (ALVES, 2009. P.65).

Nesse contexto, pode-se perceber como as ambiguidades para se trilhar o caminho do percurso identitário do ACS estão presentes no campo de discussão de uma “ética da vida” e/ou de uma “ética profissional”. E, como esta se aproxima ou não de experiências e contingências vividas por este sujeito.

Outro fator relevante diz respeito ao processo de desenvolvimento humano. Como trabalhadores vamos convivendo com referências familiares, de pessoas ou grupos sociais que

admiramos e de instituições políticas, religiosas, culturais, educacionais, entre outras. Absorvemos influências de todos eles que irão ou não nos afetar e marcar nossas atitudes.

O código de ética profissional e as instâncias reguladoras das profissões se propõem a fiscalizar as intervenções e condutas do trabalhador durante o exercício profissional. Podem ter, ou não efeitos subjetivos sobre eles e não garantem uma conduta ética.

Os ACS estão organizados politicamente em associações regionais, sindicatos e pela Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS)<sup>18</sup> e se encontram em processo de afirmação de uma identidade e de reconhecimento profissional, social e político. Acredito que para além deste tipo de instituição que define o que é ético, aposto nas experiências vividas, nos encontros que produziram ou não uma postura solidária e humana durante a vida. Logo, a conjugação destas vivências com a formação profissional poderá ou não produzir a clareza sobre a corresponsabilidade na execução de uma política nacional de saúde. Esta se propõe à mudança radical do modelo de cuidado em saúde, antes limitado no corpo e na doença, nas intervenções fragmentadas e biologicistas.

O novo modelo está voltado para a pessoa que sofre e está dentro de um contexto social-político-cultural-econômico-ambiental. Desta perspectiva, as ações se voltam para a defesa da vida, da produção, da promoção e da prevenção da saúde, numa responsabilidade coletiva (governos, instituições formadoras, cidadãos e profissionais de saúde).

No caso do ACS uma questão chave é promover a saúde das pessoas da área que é referência para favorecer a concretização de uma nova perspectiva do cuidado em saúde a partir da atenção básica. Outra questão para os ACS se localiza nas cobranças burocráticas da função como o cumprimento de metas, a realização de procedimentos, o preenchimento de relatórios, a convivência com as dificuldades de infraestrutura do local de moradia, situações de violência, conflitos pessoais, familiares e comunitários que atravessam o dia a dia destes trabalhadores. Portanto, se o trabalho for, em sua maior parte, uma tarefa burocrática, poderá ser uma fonte de desgaste, insatisfação e distanciamento da população, dificultando a construção de vínculos com as pessoas para as quais se dirigem as intervenções. Porém, ainda assim, é possível continuar no trabalho de ACS, de forma a tornar sua responsabilidade mínima e manter o emprego? Talvez, sim?! Já, ser um ACS indiferente, possa não ser

---

<sup>18</sup> A CONACS (Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde) é uma entidade criada por ACS a partir da união de várias lideranças em diversos estados brasileiros (RN, GO, PE, BA, CE, RJ, MT, PI e PB) para unificar a categoria agente comunitário, decidir os rumos desta categoria e promover a troca de conhecimentos e experiências de trabalho desenvolvidas em todos os estados brasileiros e Distrito Federal. É responsável pela aprovação de Leis (lei 3/89/99, lei 10.507/02, Pec 007/03) e realização de congressos nacionais. Tem como parceiros o Ministério da Saúde, a UNESCO e a Frente Parlamentar em Apoio ao ACS. (Disponível em <http://www.conacs.com.br/index.php>)



possível. Realizar um trabalho sem implicação, apesar de desgastante, acontece com grande frequência. No entanto, não se afetar, permanecer como uma superfície lisa, alheio às responsabilidades de ser um profissional de saúde que cuida das pessoas de sua comunidade, é questionável. Faz-se necessário observar quando os ACS se encontram alienados e alheios de seu papel para tentar buscar outro caminho profissional, em detrimento de grande prejuízo individual e coletivo, além de fragilizar a implantação e efetivação da proposta de cuidado em saúde na atenção básica pela ESF.

A profissão de ACS é, inicialmente, resultado de um processo de afirmação de uma política de saúde e, no cotidiano, é uma construção individual (do trabalhador) e coletiva (dos outros trabalhadores e da população) em constante transformação. Podemos pensar, então, que no percurso identitário do ACS torna-se fundamental compreender o ACS como um trabalhador de saúde que faz parte da equipe de saúde da família, e não, um membro tradutor da comunidade para os outros profissionais do serviço. Neste sentido, o ACS é um sujeito político que construirá junto com a população a mudança do modelo de saúde biológico, curativo e fragmentado para um cuidado voltado para o sujeito na sua complexidade, individual, social, cultural, político e econômico para promover, manter e defender a vida. Este eixo gerou as temáticas - O ACS como profissional central da ESF: o discurso X a prática e Ser ACS X Ser morador da comunidade, ilustrados por fragmentos das entrevistas.

### **O ACS como profissional central da ESF: o discurso X a prática.**

A temática presente na discussão do trabalho do ACS que afirma o papel de destaque deste trabalhador como o principal ator da ESF foi colocada pelos entrevistados de forma descrente, como mero discurso que não se concretiza em valorização financeira do cargo. Desta maneira, a responsabilidade de aproximar a comunidade e os serviços de saúde, articulando ações junto com as equipes da ESF, é compreendida nas exigências de suas atribuições. Mas, não são reconhecidas e transformadas em aumento salarial e outras melhorias no processo de trabalho diário.

#### **ACS I (Luana)**

“(...) Não tem esse espaço de lazer e descontração pra gente, só de pensar que a gente fica o dia inteiro no sol, nem todo mundo deixa a gente entrar na casa. A visão do AC é que ele vai no lar, nem sempre. A maior parte das minhas visitas é na porta, do lado de fora. (...) As pessoas não tem aquele elo, mas ele não gosta que o AC entra, vai da família, né”.

“(...) Eu gosto quando meu trabalho é diferente, que nem eu falei da visita mecânica. (...) Pra alcançar a meta, né, porque é o objetivo deles (gestores). O meu é alcançar as pessoas em relação à saúde delas. Não só o cuidado de atendimento. Eles adoram atendimento. Atendimento médico, amam. Prioridade pra eles”.

### **ACS II (Ângela)**

“(...) Normalmente eu concordo quando diz que o ACS é o profissional mais importante, eu vejo mesmo a importância que temos no nosso trabalho. Mas, infelizmente, o reconhecimento financeiro, principalmente, não vem. Não tem. É difícil”.

“(...) Mais infelizmente, o pessoal da clínica diz assim, a Clínica da Saúde da Família (CSF) não existe sem o ACS, esse é o discurso que falam pra gente. (...) Gente, nós somos a ponte, sem o ACS a clínica da saúde não existe. Esse é o discurso que todos usam pra gente. Nós somos o elo mais importante, nós somos o profissional mais importante dentro da clínica. (...) Mas, na prática, não é por aí. Porque se o ACS, realmente, é uma figura tão importante, tem um trabalho tão importante dentro desse contexto todo dentro da clínica porque que a gente ganha tão pouco? Diante da nossa responsabilidade, a gente tem de prestar conta de todos os diabéticos que nós temos, de todos os hipertensos, de todos os idosos e de acompanhar a gestação do início ao final, de acompanhar o bebê desde o momento que nasce. Porque eu vou na maternidade vê os meus bebês quando nasce. Eu vou visitar os meus pacientes quando são internados no Miguel Couto. (...) Eu dou o meu melhor, eu trabalho com amor, diferente de alguns que são aí por tá, sabe”.

“(...) Então eu não consigo entender essa fala que diz que o ACS é muito importante, sem o ACS não existe a CSF. Porque é a gente que vai cadastrar. Nós somos o cartão de visita da clínica. (...) É a gente que tá ali, no sol quente, na chuva, enfrentando cachorro se for preciso. (...) Eu só vejo as coisas ficarem cada vez mais difíceis, mais trabalho, mais cobrança e o salário continua o mesmo. Não acho que a nossa remuneração esteja compatível com o nosso trabalho, com a nossa responsabilidade, com aquilo que a gente desempenha, entendeu. Então, em função disso, eu tô procurando emprego”.

### **ACS III (Antônio)**

“(...) Eu acho que a remuneração pro AS e pro técnico é desproporcional às outras categorias. (...) Deveria ter uma valorização maior em relação à capacitação. Esse ano o Secretário falou que ia ter para os AS uma possibilidade de serem técnicos, ou em técnico de enfermagem, ou em técnico de AS”.

**ACS IV (Sandra)**

“(...) E o meu trabalho me exige muito, eu trabalho com pessoas que tem câncer, tem AIDS, os velhinhos, bem velhinhos, acamados, crianças maltratadas. Porque é assim, tudo eles vem, o ACS é o melhor, o ACS não sei o que, mas o ACS não tem valor. O ACS é o que ganha menos, não tem direito a passagem, tem que subir o morro e descer o morro a pé várias vezes ao dia. (...) Aí o ACS é a parte mais importante? E os direitos do ACS? Porque o salário da gente dizem que é R\$ 860,00, mas na carteira ainda tá R\$810,00. (...) O que tem de ACS ficando doente não tá escrito. É muita gente. É muito acidente de trabalho. Cai porque os lugares são difíceis, escorrega, quebra pé. (...) O que tem de ACS que já contraiu tuberculose. (...) O ACS é a coluna do Saúde da Família. (...) Mas bate no ACS de chicote, bota o ACS no tronco. (...) Eu já ouvi muitas vezes que é mais fácil mandar um médico, uma enfermeira embora do que um ACS. Porque a gente conhece a comunidade toda”.

**ACS VI (Luíza)**

“A efetivação. Não pra gente parar no tempo, o estatutário, porque pelo menos a gente tem uma segurança. Porque o medo que dá de a gente não ter o amanhã. (...) Porque muda muito. A política muda. (...) Política, eles mexem lá em Brasília, não sei e muda muita coisa. E a gente queria ser efetivado neste momento. Porque a gente buscou, a gente já conseguiu tanta coisa”.

**Ser ACS X Ser morador da comunidade**

Um dos critérios que definem a contratação do ACS diz respeito à necessidade deste profissional ser morador da área em que vai atuar. Mas, foi possível constatar pelos relatos dos entrevistados que esta exigência tem aspectos favoráveis. Porém, não necessariamente, determinam a melhor intervenção. Portanto, ser morador e atuar como um profissional de saúde pode facilitar a abordagem, mas a qualidade do cuidado não está diretamente relacionada a este critério que pode gerar distanciamento e desconfiança dos outros moradores.

**ACS I (Luana)**

“Eu morava do lado, né. Não morava dentro da comunidade. Então pra mim era muito mais fácil, porque eu tinha contato com as pessoas no mercado, por lá e aqui na clínica. Só que

quem mora dentro, tipo assim, eu moro numa rua e cadastro na rua de trás. É muito diferente por quê? Porque no final de semana que você tá no seu lazer, a pessoa que mora na rua de trás vai passar na sua rua e ela vai te pedir alguma coisa. Luana tem como você marcar uma consulta? Mesmo que ela saiba que você não vai marcar a consulta na casa. Mas ela vai te pedir ou ela vai te perguntar alguma coisa. Luana como é que faz isso e isso e isso. Que dia que eu posso ir lá. Mas isso eu acho que não custa nada, que também não atrapalha. Você pode continuar a sua vida, mesmo que a pessoa te pergunte alguma coisa, entendeu. (...) A maioria já entende, sabe que o meu horário de trabalho é de segunda a sexta e sábado até meio dia, que começou agora, há pouco tempo”.

“(...) Alguns ACS acha que isso é ruim, que morar na área é ruim porque lidar com os vizinhos, que eles vão perturbar. Aí não é isso tudo porque senão ninguém ia querer ser AC. E conforme a equipe a gente vai tentando adaptar àquela população”.

“(...) Aí outras pessoas que eram AC e que não faziam visita comunitária na semana, pra lavar roupa e fazer não sei o quê, faziam sábado e domingo. (...) Morar na área depende muito de quem é a pessoa, de quem é o AC. Ele pode influenciar positivamente ou negativamente. (...) Se ele é um AC que faz, ele vai fazer qualquer horário”. “(...) Quem trabalha perto da área ou mora pertinho da área é um facilitador, é melhor porque você consegue fazer mais coisa, produzir muito mais”.

### **ACS II (Ângela)**

“Eu nunca fui aquela pessoa da comunidade, de descer, fica lá embaixo, sentar numa mesa e beber, não. (...) Tanto que quando eu comecei a trabalhar, as pessoas perguntavam, você mora aqui na comunidade? (...) Vocês não sabem que ACS tem que morar na comunidade porque é um pré-requisito. (...) Eu sempre fui muito reservada, sempre fui muito na minha. Não é porque você mora numa comunidade que você tem que viver aquela realidade ali, de tá misturado. (...) Eu tô aqui pra trabalhar pela comunidade. Eu não tô aqui pra trazer ninguém de fora pra prejudicar nada. (...) O resto dos profissionais, eles não vão entrar na comunidade se o ACS não tiver junto. Porque o ACS que traz esse vínculo, realmente. É o ACS que chega no primeiro momento pra conquistar a confiança daquele usuário, entendeu”.

“(...) Você ser ACS e, obrigatoriamente, moradora da comunidade, na realidade, no início do trabalho quando a clínica tava chegando foi uma faca de dois gumes. Porque tem duas vertentes aí. Primeiro, existe aquele morador que vai receber você de braços abertos porque você é da comunidade. Eu, de repente, num primeiro momento, eu fui super bem recebida porque o pessoal diz que eu sô muito simpática, tanto que eu sou motivo de chacota, aqui,

porque eu sô boazinha demais, né. Então, é o meu jeito natural. Da mesma forma que eu quero ser bem tratada pelas pessoas, eu faço questão de tratar”.

“(…) Com todas as desconfianças que havia. Porque não foi todo mundo que recebeu a gente bem. Havia toda uma desconfiança desse trabalho. ‘ah, trabalho de prefeitura, de governo, isso não funciona, isso é só pra eles ganharem dinheiro em cima da gente, vai começar, mais não vai durar’, a gente ouviu muito isso no início. (...) Porque não sabiam como era o trabalho. (...) Eu sou uma filha adotada, eu não sou cria da comunidade. (...) Me dou com todo mundo, eu no meu canto e eles no deles, entendeu”.

“(…) Aí vem a faca de dois gumes. Mora na comunidade, como é que uma pessoa, vamos supor, é portadora do HIV e ninguém sabe e vai chegar o ACS, assim, tá precisando de alguma coisa? Quer a visita do médico? Tá com seus exames em dia? Como é que ela vai dizer pra você, na hora que você tá preenchendo a ficha dela, que ela é a portadora de HIV. Porque ela tem aquele medo, mora na comunidade”.

“(…) Como ACS a gente tem facilitador, porque, de repente mora na comunidade, entende a nossa situação porque vive a nossa realidade. Mais ao mesmo tempo, tem aqueles, mora na comunidade e vai espalhar aquilo que eu tenho isso, que eu tenho aquilo, que a minha situação é essa, que eu apanho do meu marido. Então é uma faca de dois gumes”.

“(…) Aí, é claro, quando você chega com seu trabalho (...) Que a pessoa sente aquela segurança, que sabe que tá sendo cuidado, que tem todo um respeito ali, aí você cria, forma o vínculo que a gente chama, né. Que é o ACS que forma o vínculo com a equipe e tem que ser”.

### **ACS III (Antônio)**

“Eu sou ACS, até novembro eu era ACS 24 horas porque eu andava no final de semana com um papelzinho e uma caneta no meu bolso pra anotar uma, é... Se alguém quisesse uma consulta ou tivesse uma reclamação. (...) Só que as pessoas têm hora que não tem muita noção, pois é, foram na minha casa onze horas da noite, domingo, pra perguntar se teriam que marcar uma consulta. Eu sei que eu dei essa abertura, mas eu tô tentando mudar isso um pouco”.

“(…) A parte positiva é que eu tô me tornando pessoa que eu sempre quis ser, mais útil pra ajudar as pessoas e as pessoas vem em você, ter conhecido você por muito tempo, eu já tinha a confiança de muitas pessoas, mas elas confiam muito mais em vc. Elas abrem, assim, a vida pra você. (...) Um AS tá ali pra ouvir. Tem que ter a parte ética. Que eu tenho comigo, sempre tive, mesmo com esses problemas. E você passa a ser, isso é errado, além de um agente, passa

a ser um amigo mesmo. Porque você não deve misturar uma coisa com outra, mas você passa a fazer parte daquela família (...) E nessa parte é bastante gratificante. (...) De parar e ouvir uma pessoa, de apertar a mão, dá um abraço. Meus pacientes todos eu abraço, beijo. Uma coisa harmoniosa, de integração mesmo. Apesar de que não deve ser assim. (...) Eu, particularmente, eu sou assim. Nós, ACS, cada um tem uma personalidade”.

“(...) Ah é muito positivo porque as pessoas têm ah... É tu te tornas uma pessoa plenamente confiável. Tem certas situações que as pessoas me falam e não querem saber, não ligam pra eu ser o Antônio que mora no bloco X, apartamento Z. As pessoas me relatam coisas eu sendo um profissional de saúde e eu podendo fazer alguma coisa por elas. (...) Você sendo morador, as pessoas tem a confiança plena em você, como se fosse até quase que um médico (...) Mas eu sinto assim. (...) Mas eles me reconhecem como um profissional de saúde mesmo. (...) Mesmo que eu não vá fazer uma consulta, tá me explicando o caso, pra eu passar o caso e ver o que eu posso fazer”.

#### **ACS IV (Sandra)**

“Olha, não é muito fácil não. Lá não é fácil não porque as pessoas confundem muito as coisas. Então, assim, por exemplo, eles querem reclamar da clínica. Fazer alguma coisa e tal. Eles não vão lá reclamar, nem ligam pra uma ouvidoria, eles param a gente no meio do caminho pra falar. E aí eu dô o número da ouvidoria e falo pra ir reclamar lá na gerência, na administração, não é comigo”.

“(...) Vem sábado e domingo, te para na rua, ah não, hoje eu tô de folga. Segunda-feira eu tô lá clínica, vai lá que a gente fala sobre isso. Ah, mais eu queria só tirar uma dúvida, segunda-feira a gente tira a dúvida. E tem que ser assim, porque se eu não botar esse limite, batem na minha porta, como já bateram, de madrugada”.

“(...) Porque o elo de ligação entre o saúde da família e a população é o ACS, sabe. Porque assim, por exemplo, se chegar uma enfermeira sozinha na casa de um paciente, bater, não vai entrar. Se chegar um ACS, eles já abrem a porta, senta, toma um cafezinho e tal, sabe. (...) A gente fala a mesma língua, eu sento, eu escuto as dificuldades, as coisas mais íntimas deles”.

#### **ACS V (Dona Margarida)**

“Tem momento que é um porre. Sabe quando a pessoa é um porre de vinho (risos), porque uma vez só eu fiz isso pra nunca mais, é um porre de vinho, é horrível, dá vontade de você fugir. Só que como eu não fujo, eu não de gosto de fugir dos desafios. Eu gosto de desafio. Pra mim é um desafio todo dia. Tem dia que eu tô um amor, uma flor, todo mundo quer me

despetalar, tirar minhas florzinhas e cheirar. Tem dia que eu tô só espinho, furo, espeto mesmo, mais é a vida. Mais a gente vai indo”.

#### **ACS VI (Luíza)**

“(…) Porque eu sou AC, mas eu sou moradora da onde eu tô, aonde eu atuo. Então, eu sou vizinha, eu sou AC. Então eles têm o acesso direto. A gente troca telefone, interfone direto. Então quando eles precisam de alguma coisa, eles têm o contato. Eu nunca nego, porque eles me ajudam. É uma troca. Porque quando eles precisam de mim, eu dou todo apoio. (...) Então pra mim é gratificante tá ali como ACS. Você ajudar o outro, você melhorar a saúde do outro, entendeu. Porque eu vejo uma grande melhora, tinha pessoas que não se cuidavam, é, não tavam nem aí pro que era saúde. Não sabiam o que era pressão alta, sabe. Então é uma troca de informações diária, ali pra mim. (...) Eu vou fazer oito anos como ACS, então, ali eu vejo que tipo assim, a gente também tem que ser amigo, não é só ser profissional”.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo pretendeu apontar para a delicadeza envolvida na construção de entendimentos sobre o percurso identitário do Agente Comunitário de Saúde e nas expectativas colocadas sobre seu trabalho. A pesquisa foi viabilizada pelos bons encontros que aconteceram durante a realização das entrevistas. Encontros que se deram de forma contingencial, uma vez que o contato pessoal foi a partir de um convite por telefone para uma conversa sobre a história de vida do sujeito, também, ACS.

Outra contingência foi poder conversar com indivíduos implicados com seu trabalho. Eles deixaram claro que, apesar das adversidades de suas funções, colocam o cuidado respeitoso e a ética como pontos fundamentais em suas intervenções. Observei isto porque durante as entrevistas houve fluência e tranquilidade quando cada um dos entrevistados fazia sua narrativa e, durante vários momentos, a emoção entre os interlocutores esteve presente.

Percebeu-se, também, a satisfação destas pessoas em narrar sua história e ter sua trajetória de vida e trabalho escutados e considerados. Foi exposto por eles o quanto isto é pouco valorizado e discutido no âmbito das construções e avaliações do trabalho do ACS. Há uma demanda, quase na totalidade das entrevistas, para que se considerem espaços de fala e cuidado para este profissional.

Após a análise realizada concluiu-se que mesmo a maioria dos entrevistados não escolhendo a carreira de ACS por suas características de mediação entre serviço e comunidade, dentro de um projeto de afirmação e mudança do modelo de cuidado em saúde, houve uma disponibilidade para aprender o ofício de ACS e um compromisso com as atribuições definidas para o exercício profissional. Apesar do compromisso relatado com o trabalho, as histórias de vida, demonstraram que os agentes percebem este cargo ou função como uma passagem. Alguns reconhecem, ainda, que esta passagem ajuda a afirmar seu sonho, que em alguns casos é trabalhar na ESF, mas não como ACS. Portanto, há um desejo de ascensão profissional que não é visualizado desempenhando essa função. Demonstraram interesse em permanecer trabalhando na área social e ou de saúde, numa formação de nível superior como possibilidade de continuar na saúde pública, com melhores salários.

A pesquisa revelou ainda, que a inserção na profissão para todos os sujeitos deste estudo ocorreu como forma de conseguir um emprego formal que proporcionasse segurança financeira e a garantia de uma renda fixa mensal. Ainda que os agentes não considerem a remuneração do cargo justa, em relação ao grau de exigência e responsabilidade de suas funções. Em consequência disso, não há o desejo em permanecer por muito tempo nesta



profissão pelo desgaste físico e emocional que é fortemente sentido já no primeiro ano de trabalho.

Outro aspecto revelado pelo estudo diz respeito a uma identificação dos ACS com as ações de ajuda e solidariedade, presentes em suas histórias de vida. Dentre os valores ou princípios que constituíram a formação de um caráter ou identidade pessoal, aqueles que são determinantes para a atuação no cuidado à saúde das pessoas são: a sensibilidade, a escuta, o afeto, o acolhimento, a ética, a amizade e alteridade. Fica demonstrado, também, que outros percursos identitários, tais como, cuidar do outro, cuidar do outro no trajeto do cuidado de si, ocupar o papel de cuidador através da profissão e não de outros acasos e contingências compõem a apresentação das histórias de vida.

Acrescenta-se a esta conclusão uma variável, antes considerada desprovida de conflitos, e que, ainda se coloca como um dos critérios que definem a contratação do ACS: A necessidade deste profissional ser morador da área de atuação. Observou-se a partir das narrativas, que esta exigência pode facilitar a abordagem, mas a qualidade do cuidado não está diretamente relacionada a esta. Isso pode gerar, inclusive, distanciamento e desconfiança dos moradores.

A partir de tais constatações, pode-se sugerir que os seis percursos identitários, aqui apresentados, podem oferecer indícios para pensar em outros: Pessoas que se tornam ACS para ajudar, pessoas que precisaram de ajuda em algum momento de suas vidas e agora tornam-se ACS para também oferecê-la, pessoas que nunca ocuparam o lugar de cuidador por questões de gênero, classe, etc. e agora se ocupam do outro por conta da profissão. Não se limitando, assim, às possibilidades apresentadas nessa pesquisa, cabendo à estudos posteriores, revelá-las e aprofundá-las.

Dessa forma, estudos como este se justificam para que se possa reafirmar a importância de trabalhadores do SUS, em especial, o ACS. Esta categoria representa hoje mais de 200 mil trabalhadores da saúde pública no Brasil. Espera-se, assim, que sejam profissionais responsáveis por um cuidado em saúde que respeite as diferenças entre as pessoas e que não sobreponham a doença ao sujeito e não minimizem o sofrimento em função do cumprimento de metas e da produção de dados a serem planilhados. Lutem, acima de tudo, pela defesa de qualquer vida.

Estas considerações finais não pretendem esgotar o tema. Mas, abrir um debate e novas possibilidades de se pensar a temática do ACS, valorizando suas experiências de vida de forma a resgatar e valorizar o saber proveniente desta.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, K. V. G. O que sabe o agente comunitário de saúde? 2009. 74p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.1, pp. 51-60.
- BARALHAS, M.; PEREIRA, M. A. O. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. *Physis* [online]. 2011, vol.21, n.1, p. 31-46.
- BECKER, H. S. *Métodos de Pesquisa em ciências sociais*. 2 ed. São Paulo: Hucitec.1994.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.186/GM de 1997*. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitário de Saúde e Programa de Saúde da Família. Brasília,1997.
- \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS). Brasília,2001.
- \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE). **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004.
- \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Referencial curricular para o curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (1)
- \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Portaria nº 648*, de 28 de Março de 2006. Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº 61, de 29 de março de 2006, Seção 1, p. 71, 2006b.
- \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- CAMPOS, R. P. Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: O Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
- CORREIA, Emilia Maria de Andrade. Agente comunitário de saúde: a construção de um poder capturado. 2008. 140p. Instituto de Medicina Social. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
- DAVID, H. M. S. L. Educação em saúde e o trabalho dos agentes comunitários de saúde. In MIALHE, F. L. (org) *O Agente Comunitário de Saúde: práticas educativas*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.

FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(4):898-906, abr, 2009.

FONSECA, A. F. et al. Avaliação do trabalho educativo do Agente Comunitário de Saúde: desafios para o setor saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. da; MATTOS, R. A. de. (org). *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. p. 255-272.

HONORIO FILHO, W. *Velhas histórias coladas à pele: a importância das histórias de vida na formação do professor*. Educação, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 189-197, maio/ago 2011.

LACERDA, A. et al. A Qualidade do Cuidado na Convivência com os Pobres: O Trabalho dos Pastores e dos Agentes Comunitários de Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (org). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. 2ª ed. - Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 267-278.

MATTA, G. C. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C & PONTES, A. L. de M. *Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

MATTOS, R. A. Integralidade, Trabalho, Saúde e Formação Profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, G. C. & LIMA, J. C. F. (Orgs.) *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

MATTOS, R. A. A contingência da identidade: anotações para uma discussão. Mimeo, 2011.

MINAYO, M, C. de S. *O desafio de conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOROSINI, M. V. Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

MOURA, Rita de Cássia dos Santos. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde adaptado à cidade do Rio de Janeiro: uma análise das suas concepções. 2009. 107p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

MOYSÉS, S. J. A Saúde da Família no Brasil e seus Agentes. In: MIALHE, F. L. (org.) *O Agente Comunitário de Saúde: práticas educativas*. Campinas, SP. Editora da Unicamp, 2011. P. 13-39.

NOGUEIRA, R. P. et al. A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis – o Agente Comunitário de Saúde. Rio de Janeiro: Ipea, 2000. Texto para discussão, n. 735.

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

RORTY, R. Contingência, ironia e solidariedade. São Paulo: Martins, 2007.

SANTOS, M. R., PIERANTONI, C. R., SILVA, L. L. da. Agentes Comunitários de Saúde: experiências e modelos no Brasil. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1165-1181, 2010.

SILVA, J. A. da & DALMASO, A. S. W. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa (dora?). *Rev Esc Enferm USP* 2003; 37(2): 119-26.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2005. v. 15, suplemento, p. 225-64.

WOLF, E. R. Antropologia e poder. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2003.

**ANEXO A – Roteiro de entrevista****ROTEIRO DE ENTREVISTA  
(PERGUNTAS DISPARADORAS)**

Este roteiro tem a função de fornecer algumas perguntas disparadoras para iniciar a entrevista, pois devido à metodologia utilizada que será a história de vida, as perguntas serão possibilitadoras do início de um diálogo que será travado entre o entrevistado e o pesquisador a partir das respostas e narrativas feitas pelo entrevistado.

- 01 – Fale um pouco sobre sua infância, sua vida, onde morou e mora.
- 02- Há quanto tempo você está nesta comunidade ou bairro? Você pode falar um pouco sobre sua chegada nesta comunidade ou bairro?
- 03- Você pode falar um pouco sobre seus sonhos e projetos de vida?
- 04- Como você decidiu ser ACS? Você pode contar esta história?
- 05- Você pode falar como tem sido ser ACS?
- 06- Como é ser morador desta comunidade ou bairro e, ao mesmo tempo, profissional de saúde atuando aonde mora?

**ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Agente Comunitário de Saúde (ACS) – a constituição de uma identidade profissional a partir da história de vida.”, desenvolvida por Cristiane Otoni Gomes como parte da dissertação de mestrado em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro- IMS/UERJ. Este estudo tem por objetivo compreender quais os princípios e valores que foram construídos e aprendidos nas experiências de vida do Agente Comunitário de Saúde e que poderiam favorecer ou não o desenvolvimento de um cuidado em saúde que respeite as diferenças entre as pessoas e que não sobreponha a doença ao sujeito e que não minimize o sofrimento em função do cumprimento de metas e produção de dados a serem planilhados.

Você foi selecionado(a) por ser Agente Comunitário de Saúde em atuação há pelo menos dois anos no município do Rio de Janeiro. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista à pesquisadora responsável pelo projeto. A entrevista será orientada por um roteiro para o pesquisador. Cabe dizer que as entrevistas serão gravadas e transcritas, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, você pode solicitar à pesquisadora que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista. Você também pode interromper a entrevista em qualquer momento que deseje.

Será garantido o anonimato, logo, a pesquisadora responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de modo a não permitir sua identificação.

Esclarecemos que os usos das informações oferecidas por você estão submetidos às normas éticas destinadas a pesquisas envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Tenha ciência de que, caso você tenha dúvida ou se sinta prejudicado (a), poderá contatar o pesquisador, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (x-21) 2334-0504 ramal 148, fax (x-21) 2334-2152 e e-mail: cep-ims@ims.uerj.br.

Contatos da pesquisadora responsável: Cristiane Otoni Gomes, Terapeuta Ocupacional, Rua Benjamim Constant, 135- 302, Glória, Rio de Janeiro, CEP 20241-150, [crisog2005@yahoo.com.br](mailto:crisog2005@yahoo.com.br), (21) 2135-6769/ 8268-5235.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do (a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_