



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Sabrina Beatriz Carreiro dos Santos

**As percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o processo de  
trabalho no SUS de Pirai**

Rio de Janeiro

2012

Sabrina Beatriz Carreiro dos Santos

**As percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o processo de trabalho no  
SUS de Pirai**

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

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Roseni Pinheiro

Rio de Janeiro

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

S237 Santos, Sabrina Beatriz Carreiro dos.

As percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o processo de trabalho no SUS de Pirai / Sabrina Beatriz Carreiro dos Santos. – 2012. 52 f.

Orientadora: Roseni Pinheiro.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Processo de trabalho na enfermagem – Teses. 2. Agentes Comunitários de Saúde – Teses. 3. Mediação – Teses. 4. Programa de Saúde da Família (Brasil) – Teses. I. Pinheiro, Roseni. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Título.

CDU 614.253.5

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

---

Assinatura

---

Data

Sabrina Beatriz Carreiro dos Santos

**As percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o processo de trabalho no  
SUS de Pirai**

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

Aprovada em 12 de julho de 2012.

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

Prof.<sup>a</sup> Dra. Roseni Pinheiro (Orientadora)  
Instituto de Medicina Social – UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Alúcio Gomes da Silva Júnior  
Universidade Federal Fluminense- UFF

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. André Luis de Oliveira Mendonça  
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2012

## **DEDICATÓRIA**

Dedico essa conquista aos meus pais, Mara e Vicente, e ao meu amor e companheiro, Anderson, que estiveram sempre ao meu lado me dando forças e não me deixando desistir do meu sonho.

## AGRADECIMENTOS

Ofereço esta monografia aos meus pais, meu irmão e minha vizinha, que tanto torceram por mim e me fizeram ficar forte e confiante para chegar até aqui.

Meus pais, meus verdadeiros amigos, agradeço a Deus por tê-los em minha vida, e por me mostrar o verdadeiro valor da vida.

Ao meu amor, que se mostrou um verdadeiro companheiro, entendendo-me e dividindo minhas “crises de ansiedade”, sempre tendo uma palavra de conforto para me dar.

Aos meus amigos e pessoas mais próximas que torceram por essa minha conquista, e que já não aguentam mais me ouvir falar da monografia.

Às Agentes Comunitárias de Saúde, que foram a razão principal da minha tese, em que tentei conhecer mais profundamente sua real função na Estratégia de Saúde da Família, o que pensam, como se sentem... O meu mais profundo respeito, carinho e admiração.

À Secretária Municipal de Saúde do município de Piraí, Maria da Conceição de Souza Rocha, pela oportunidade dada e o incentivo disposto.

À Coordenadora da Estratégia de Saúde da Família, Albanéia Trevisan, uma pessoa muito querida por mim, que sempre me apoiou e me ensinou a trabalhar de forma correta e competente no SUS de Piraí.

Aos meus queridos amigos do mestrado, em especial ao Alan, Daniela, Keila, Marcelas, Lívia, Rosane e Marcelo pelos momentos de descontração, alegrias e trocas de experiências.

Ao amigo de todas as horas, Alan. Não tenho palavras para descrever minha gratidão e as horas debruçadas que ficou em torno do meu trabalho. Enfim consegui ter mais uma conquista.

À minha orientadora, Roseni Pinheiro, pela imensa paciência e dedicação. Aprendi muito com você. Sempre me incentivando: “vamos... vai dar tudo certo”. Não tenho palavras para expressar o quanto estou feliz por ter conseguido chegar até aqui e sei que você me ajudou muito. O meu “muito obrigada” pela confiança.

Enfim, a todos que direta e indiretamente me incentivaram e contribuíram nesta vitoriosa conquista, o meu “muito obrigada”.

Ai daqueles que pararem com sua capacidade de sonhar, de invejar sua coragem de anunciar e denunciar. Ai daqueles que, em lugar de visitar de vez em quando o amanhã pelo profundo engajamento com o hoje, com o aqui e o agora, se atrelarem a um passado de exploração e de rotina.

*Paulo Freire*

## RESUMO

SANTOS, Sabrina Beatriz Carreiro *As percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o processo de trabalho no SUS de Piraí*. 2012. 52 fl. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração da Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012.

O presente estudo tem por objetivo discutir as percepções que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm sobre o seu processo de trabalho e, sobretudo, o modo como lidam com as necessidades cotidianas e desempenham seu papel no cuidado integral aos usuários. Outro objetivo é identificar as mediações existentes em suas tarefas no cotidiano do trabalho, e se elas são reconhecidas pelos próprios ACS. Faz-se importante avaliar o processo de trabalho desse grupo de profissionais, analisando a diferença entre o trabalho prescrito e o trabalho real, e identificar as tecnologias do cuidado utilizadas por eles. A pesquisa, de natureza qualitativa, utilizou a técnica da entrevista, com a participação de nove ACS, das respectivas Unidades de Saúde do Centro, Santanésia, Rosa Machado, Ponte das Laranjeiras, Caiçara, Jaqueira e Casa Amarela, do município de Piraí- RJ. Os achados nos mostram que os agentes comunitários estão satisfeitos em desempenhar sua função, mas que ela desencadeia um nível de estresse alto devido à sobrecarga de trabalho burocrático e à dupla jornada de trabalho que ocorre no município. Observa-se que o trabalho em equipe coeso é extremamente importante para que se consiga trabalhar de maneira eficaz na Estratégia de Saúde da Família, visando à mudança do modelo antigo, hospitalocêntrico, e almejando o novo, centrado nas ações de integralidade da atenção e do cuidado à família.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Processo de trabalho. Mediação social.

Estratégia de Saúde da Família



## ABSTRACT

This study aims to discuss the perceptions that the Community Health Agents (ACS) have on their work process and, specially, on their ways to deal with the everyday needs and to develop their role on integral care of users. Another goal is to identify the existing mediations in their everyday tasks at work and if these mediations are fully recognized by them. It is important to evaluate this professional group's work process, analyzing the difference between the prescribed and the real work, and also to identify technologies of care used by them. This research, which had qualitative nature, applied interviews as a technique, where nine ACS participated, from the Health Unities of Centro, Santanésia, Rosa Machado, Ponte Laranjeiras, Caiçara, Jaqueira e Casa Amarela, of the municipality of Piraí – RJ. The findings show us that the ACS are satisfied with their function, but that it leads as well to a high stress level, due to the overload of burocratic work and the double shifts. We observe that a strong teamwork is extremely important to the success in working efficiently on Family Health Strategy (ESF), as a way to change the older model, hospital-centered, and search for a new one, centered in actions of attention integrality and family care.

Keywords: Community Health Agents. Work process. Social mediation. Family Health Strategy.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Mapa do município de Piraí – RJ.....	30
------------	--------------------------------------	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição dos ACS nas ESF, no município de Pirai.....	33
Tabela 2 –	Descrição do tempo de trabalho das ACS.....	35

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente Controle de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CTT	Composição Técnica do Trabalho
ESB	Estratégia de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
SIAB	Sistema de Informação em Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1</b>	<b>ATENÇÃO BÁSICA, AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E A INTEGRALIDADE DO CUIDADO: DELIMITANDO QUESTÕES.....</b>	<b>16</b>
1.1	A política de atenção básica de saúde no Brasil.....	16
1.2	O Agente Comunitário de Saúde e o processo de trabalho na estratégia de saúde da família.....	18
1.3	Integralidade do cuidado.....	25
<b>2</b>	<b>ESTRATÉGIA METODOLÓGICA.....</b>	<b>29</b>
2.1	Objetivos.....	29
2.2	Abordagem metodológica.....	29
2.3	Cenário da Pesquisa.....	30
2.4	Análise dos dados e discussão.....	33
<b>3</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>43</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>48</b>
	<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>52</b>
	<b>APÊNDICE B - Roteiro da Entrevista.....</b>	<b>53</b>

## INTRODUÇÃO

O mundo é formado não apenas pelo que já existe, mas pelo que pode efetivamente existir.

*Milton Santos*

Minha trajetória profissional como enfermeira tem forte expressão na área da Saúde Pública. Atuando no desenvolvimento das ações de gerência e assistência dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi possível aliar meu interesse pelo tema da promoção da saúde e o trabalho profissional em equipe. Isso porque entendo que os princípios norteadores da estratégia poderiam contribuir para o meu crescimento profissional, de modo que eu me tornasse mais atenta para as questões que surgem no cotidiano do processo de trabalho.

Em 2001, inseri-me na ESF de Werneck, município de Paraíba do Sul, onde a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) trazia inúmeros desafios para o processo de trabalho, devido à complexidade deste e à forma como os agentes tentam desempenhar suas funções. Há cerca de nove anos, integro a equipe de profissionais de Saúde da Família do município de Pirai, no estado do Rio de Janeiro.

Silva e Dalmaso (2002) descrevem que, a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o ACS se tornou um elemento efetivo do trabalho em saúde e um ator importante no cenário da estruturação e reestruturação da atenção básica. Sua inserção no processo de trabalho da ESF tem permitido ampliar a cobertura assistencial, com aumento do acesso a partir do acolhimento das demandas às equipes, identificando, encaminhando e dando resolubilidade às necessidades de saúde da população.

Surgiram daí as primeiras questões que delimitam o objeto desta pesquisa. Ele consiste em entender como esses profissionais percebem o processo de trabalho e, sobretudo, como eles lidam com as necessidades cotidianas, de modo a desempenhar seu papel no cuidado integral aos usuários, afinal, estão em contato direto com estes, pois entram em suas casas, vivenciam seus problemas e exercitam a arte do saber escutar. Contudo, muitas vezes, os agentes são “engolidos” pelas demandas de suas atribuições - tais como marcação de consultas, entrega de medicamentos e exames - ao ponto de ficarem impossibilitados de realizar a visita domiciliar. Evidencia-se aqui um paradoxo para construção da integralidade do cuidado no gerenciamento dos serviços de saúde.

Mattos (2001) cita que a integralidade emerge como princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, caracterizando a busca também contínua da ampliação das possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional.

Dentre as tecnologias de cuidado apontadas para efetivar essa busca, o acolhimento pode ser definido como uma relação humanizada, acolhedora: uma postura de escuta. Tem-se o compromisso de dar resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, alterando a relação fria e impessoal que imperava no serviço de saúde e, com isso, modificando a forma de organizar o processo de trabalho das equipes (MERHY, 1997; MALTA et al., 1998).

Junto dessa compreensão está o reconhecimento de outra tecnologia subjacente, a de criação de vínculos. Ela se traduz, na visão de Merhy (1997), na manutenção de relações tão próximas e claras que a equipe possa sensibilizar-se com o sofrimento ou a demanda dos usuários ou da população adstrita. A escuta tem sido uma prerrogativa importante para efetivar essas tecnologias, pois, segundo Silva Júnior e Mascarenhas (2008), os trabalhadores de saúde incorporam a escuta e a conversa como importantes instrumentos de trabalho, e não como tempo e conversas desperdiçados. Descrevem ainda que escutar tem relação imediata com a fala e que, para fazê-lo, é imprescindível conhecer quem escuta, quem está falando, como e sobre o que se fala. É exigida do profissional de saúde uma reflexão sobre o usuário-paciente enquanto sujeito portador de individualidade, ao qual os serviços de saúde são oferecidos.

Tal relação deve levar em consideração questões como a divisão de responsabilidades, o autoconhecimento (ou o conhecimento do outro por parte do profissional), a singularidade e a intersubjetividade derivada de cada relacionamento entre profissional e paciente, pressupondo integração dinâmica de contextos diversificados, características pessoais e expectativas, conscientes ou não, de ambas as partes (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2008). Por outro lado, também observo no cotidiano da ESF que o trabalho desse profissional acaba por levá-lo a realizar, muitas vezes, atividades que não lhe competem. Seja pela dedicação ao serviço, seja pela amizade com o usuário, ou mesmo pelo medo de ser advertido, ele acaba cumprindo-as.

De acordo com Costa et al. (1997), algumas atribuições dos ACS demandam conhecimento específico, estabilidade emocional e alto grau de disciplina e responsabilidade, que o permitam conviver frequentemente com o estresse. Ao mesmo tempo, os ACS precisam desenvolver uma sensibilidade para atuar em ambientes coletivos, e, em algumas situações, ter capacidade para solucionar problemas.

Considerando o exposto, parece-me evidente que entender como esse profissional percebe seu processo de trabalho pode nos oferecer pistas sobre seu saber-fazer e a responsabilidade a ele atribuída.

A pesquisa se divide duas partes e conta com quatro capítulos. A primeira parte trata da reestruturação na Atenção Básica, sobre os Agentes Comunitários de Saúde inseridos no PACS e, posteriormente, na ESF, almejando a integralidade do cuidado. Nela, são delimitadas as questões que nortearam este estudo. A segunda parte apresenta os objetivos da pesquisa, bem como os caminhos metodológicos que nos auxiliaram na análise de dados. Com base nesta, foram delineadas as considerações finais, apontando os autores importantes para a realização da pesquisa.



# **1 ATENÇÃO BÁSICA, AGENTES COMUNITARIOS DE SAÚDE E A INTEGRALIDADE DO CUIDADO: DELIMITANDO QUESTÕES.**

## **1.1 A política de atenção básica de saúde no Brasil**

No Brasil, a configuração do Sistema Único de Saúde (SUS), delineada na Constituição permitiu que, ao final dos anos 90, a Atenção Básica se tornasse central. Isso é fruto de um longo processo de construção política e institucional indutor da reorientação do modelo assistencial, e cuja principal estratégia foi a expansão das equipes de saúde da família. Esse processo tem implicado mudanças substanciais relativas ao aumento do acesso a bens e recursos de saúde, regionalização das ações, descentralização dos recursos e reorganização do processo de trabalho dos profissionais na rede de serviços.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações, nos âmbitos individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território onde elas vivem. A Atenção Básica orienta-se pelos princípios de universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006b).

De acordo com documentos institucionais, a Política Nacional da Atenção Básica visa a considerar o sujeito em sua singularidade, na integralidade das ações, tomando como base sua inserção sociocultural. Ela busca oferecer ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer a possibilidade de viver de modo saudável. Na ESF, os ACS têm como principal função a de ser o elo entre o serviço e a comunidade, estabelecendo aproximações e desenvolvendo vínculos com a população das comunidades atendidas.

O foco desse trabalho consiste em transformar o modelo de atenção à saúde, de modo que ele seja efetivado por meio de uma equipe multidisciplinar, com desempenho de ações de prevenção e promoção da saúde, orientado pela responsabilidade dos sujeitos rumo à consolidação de vínculos entre a equipe de saúde e as famílias dentro da própria comunidade

Em documento do Ministério da Saúde, de 1997, a família é referida como o objeto precípuo de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive:

Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida, permitindo ainda uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. As ações sobre esse espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompa os muros das unidades de saúde e enraíze-se para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam. (BRASIL, 1997)

Como menção anterior à forma de trabalho tradicional na rede básica pública, a ESF é concebida para ser operacionalizada com a implantação de equipes multiprofissionais responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas numa área geográfica delimitada. Essa concepção é desenvolvida por meio de práticas sanitárias, democráticas e participativas, superando o paradigma de cuidado centrado exclusivamente na doença. Nesse contexto, a importância política do agente de saúde se destaca, pois a mudança preconizada do fazer saúde tem assumido posição estratégica na equipe junto à comunidade, já que ele tem acesso aos domicílios e pode estar ligado às famílias por laços afetivos, e até de parentesco (SILVA, 1997).

Parece-nos evidente destacar a contribuição dos ACS para atingir a integralidade da atenção e do cuidado no SUS da forma anunciada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p.24):

Sua ação favorece a transformação de situações-problema que afetam a qualidade de vida das famílias, como aquelas associadas ao saneamento básico, destinação do lixo, condições precárias de moradia, situações de exclusão social, desemprego, violência intrafamiliar, drogas lícitas e ilícitas, acidentes, etc.

A participação dos ACS na Estratégia de Saúde da Família traz a possibilidade de uma participação maior na construção do cuidado às famílias. A formação de equipes de saúde requer um entendimento mais abrangente do cuidado no processo de adoecimento e sofrimento, o que exige repensar o trabalho interdisciplinar relacionando saúde, demografia, sociologia e epidemiologia, entre outras.

Quando se reporta à noção de cuidado, fala-se de uma ação integral, com significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como um direito de ser, a ser promovido por um conjunto de atores. A ação integral representa, para Pinheiro e Guizardi (2008, p. 23), “[...] o ‘entre-relações’ de pessoas, ou seja, [...] efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.”

Cuidar não é só corrigir distúrbios, mas também promover o bem-estar. É diferente do tratar que, em geral, reduz o doente a objeto-paciente; é ao indivíduo que cabe julgar suas necessidades na busca do bem-estar. Portanto, para o cuidado, necessitam-se arranjos tecnológicos mais sensíveis às necessidades de saúde de indivíduos e coletividades (MERHY, 2000).

O cuidado em saúde é sempre atividade prática, entendida como ação frente ao outro, visando a certos resultados. Tendo como referência a ciência e a técnica, exige também um saber prático. O cuidado é sempre um exercício, não podendo seu objetivo estar *a priori*, nem as formas de alcançá-lo, mas representa uma construção articulada de meios e fins (AYRES, 2000). Com isso, a integração de enfermeiros, médicos, auxiliares/técnicos em enfermagem e agentes de saúde tem na ESF a possibilidade de prover o cuidado na atenção básica, de modo a atuar numa lógica capaz de substituir o modelo hegemônico e biomédico, centrado em um único profissional.

Por essa razão, um dos principais motivos para a ESF apresentar transformações positivas e significativas na reorganização da atenção básica, segundo Pinheiro (2001), está no fato de o programa buscar, em seus objetivos e metas institucionais, políticas e sociais, a centralidade de suas ações na integralidade da atenção e do cuidado à família. Tais atividades consistem em propiciar condições favoráveis ao estabelecimento de um novo patamar de relação entre profissionais, gestores e famílias, de modo a garantir o princípio da integralidade. Esta “[...] pode ser entendida como uma ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema” (PINHEIRO, 2002, p. 15).

## **1.2 O Agente Comunitário de Saúde e o processo de trabalho na estratégia de saúde da família.**

A atividade dos agentes de saúde nas comunidades é anterior ao seu processo de institucionalização, tendo iniciado como um trabalho social voluntário, desde a década de 1970, em diversas regiões do Brasil e recebiam treinamento para realizar atividades de grupos de educação em saúde voltados para a mulher, gestantes, crianças menores de cinco anos, hipertensos e diabéticos.

No ano de 1991, o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), na lógica da atenção primária seletiva, com um pacote limitado de oferta de serviços de saúde às classes sociais menos favorecidas. As ações de

prevenção e visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) eram supervisionadas pelo enfermeiro, e ambos estavam vinculados a uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

No ano seguinte o PNACS passou a ser denominado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e apesar da mudança de nome não houve qualquer modificação em sua proposta inicial.

O objetivo do programa em nível nacional visava melhoria e aumento da capacidade da população em cuidar da sua própria saúde. Cabia ao agente de saúde transmitir informações e conhecimentos, além de proporcionar a ligação entre a comunidade e os serviços locais de saúde.

Simultaneamente a essa proposta, em 1994, foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, substituindo o modelo tradicional da assistência, voltado apenas para a doença.

É nesse contexto que os ACS assumem relevância na ESF, sendo-lhes previsto um conjunto de atribuições, como:

realizar mapeamento de sua área de atuação; cadastrar e atualizar as famílias; identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco; realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sobre sua responsabilidade; coletar dados para análise da situação das famílias acompanhadas; desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças; promover educação em saúde e mobilização comunitária, visando à melhor qualidade de vida mediante ações de saneamento e melhoria do meio ambiente; incentivar a formação de conselhos locais de saúde; orientar as famílias para a utilização dos serviços de saúde; informar aos demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades; participação no processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de abrangência da unidade de saúde da família, com vistas à superação dos problemas identificados. (BRASIL, 1997)

Nesse sentido, no cotidiano de seu trabalho, os ACS assumem a responsabilidade de fazer intercâmbio entre a população e a equipe de saúde, de modo a levantar necessidades de saúde e, assim, buscar intervenções multiprofissionais para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população de abrangência.

A profissão do ACS é amparada pela Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006. Segundo o Art. 3º (BRASIL, 2006a), cabe aos ACS exercer, sob supervisão, atividades de

prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas de acordo com as diretrizes do SUS. Ainda, de acordo com a legislação, são atividades dos ACS: a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento, das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida. (BRASIL, 2006a).

Refletindo sobre o exposto acima, Silva et al. (2008) afirmam que ser elo remete às principais competências atribuídas aos ACS, e descrevem que, num plano simbólico, o elo é parte constituinte de uma corrente. Sua única função é unir partes separadas, com a simples finalidade de prender, segurar e sustentar outras partes de um todo. Os autores ainda citam a palavra “laço” como melhor opção, pois, diferentemente do que ocorre com a corrente, o laço pode ser desfeito, refeito, tomar outras formas. O ato de fazer um laço significa unir pedaços ou partes por meio das relações humanas. É o caráter humano resgatando a antiga ideia do laço de fita “feito à mão”.

Os autores entendem, ainda, que, na função de elo, ao ACS cabe ser apenas tradutor de informações, enquanto o laço é capaz de fomentar vínculos, tentar estabelecer um território comum onde os sujeitos e seus saberes interajam e dialoguem, gerando ações comuns que sustentem a existência desse espaço de encontros (SILVA et al., 2008).

Cabe-nos destacar que, a partir da década de 90, um conjunto de questões novas estabelece reflexões e pesquisas sobre o processo de trabalho: por um lado, aparecem questões relacionadas às novas formas de trabalho flexível ou informal e de regulação pelo Estado, com foco nos mecanismos institucionais de gestão do trabalho; por outro, o foco de análise das questões de integralidade do cuidado e da autonomia dos sujeitos se desloca para o plano da interação, envolvendo a relação profissional-usuário ou as relações entre os profissionais (NOGUEIRA, 2002)

Para Peduzzi e Schraiber (2009, p.323), o “processo de trabalho em saúde diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde”.

Outra análise do processo em saúde é feita por Mendes Gonçalves (1979; 1992) apud Peduzzi e Schraiber (2009, p.321), ele sendo “a presença de instrumentos materiais e não-materiais, sendo que os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações e os segundos são os saberes, que articulam em determinados arranjos os sujeitos (agentes do processo de trabalho)”.

No estudo do processo de trabalho em saúde, são realizadas atividades por pessoas, resultando na transformação do objeto em que serão aplicados o trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes, para que, de forma articulada, e não em separado, configure-se um dado processo de trabalho. (MARX, 1994; MENDES GONÇALVES, 1992).

É importante que se faça um planejamento anterior do que se almeja alcançar, ou seja, defina-se em que direção e perspectiva será realizada a atividade.

No trabalho, há atividades organizadas umas com as outras. O modo como se dá essa organização e o seu propósito é que se tornam importantes para que ele seja desempenhado da melhor maneira possível.

Um trabalho não é igual ao outro. De acordo com o que se produz, são exigidos tipos de produto com técnicas diferentes, modos de organização do trabalho e trabalhadores capacitados para exercerem sua função.

O trabalho em saúde se desenvolve a partir das relações, devido à sua importância para a produção do cuidado. Assim, depende do Trabalho Vivo, que se define no momento em que o trabalho é produzido. Essas relações podem ser burocráticas, centradas no ato prescritivo, produtor de procedimentos, mas também podem se dar por meio das relações interpessoais estabelecidas na produção do cuidado (MERHY, 2002).

O processo de trabalho do ACS também é voltado para o campo das necessidades das pessoas, centrado no Trabalho Vivo em ato. Observa-se que sua prática é permeada por atitudes acolhedoras e solidárias para com as pessoas, produzindo e ressignificando o cuidado por meio de atitudes e posturas balizadoras de um novo fazer, com implicações para a produção do cuidado e conseqüentemente para o atendimento às necessidades de saúde da população.

Todo profissional, ao trabalhar na assistência à saúde, opera no seu processo de trabalho um núcleo tecnológico, composto pelos instrumentos de trabalho e pelo trabalho humano, utilizados ao mesmo tempo para o cuidado ao usuário (FRANCO, 2003).

O autor discursa ainda sobre um conceito importante, revelador do perfil do modelo assistencial: a Composição Técnica do Trabalho (CTT), que é a razão entre Trabalho Morto

(instrumental) e Trabalho Vivo (trabalho em ato) no interior do processo de trabalho. (FRANCO, 2003, p.3).

A CTT pode sofrer influência direta dos interesses de diversos atores implicados com a organização da assistência à saúde.

Para ilustrar a discussão sobre a CTT, citamos a análise de Bornstein e Stotz (2008) sobre as atribuições básicas dos ACS, estabelecidas na Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997. Nela, menciona-se a necessidade de promover “ações coletivas”. A maioria dessas atribuições é composta por atividades relacionadas aos programas desenvolvidos pelas unidades de saúde e tem caráter biomédico e individual. Um exemplo são os instrumentos de informação que devem ser preenchidos pelos ACS, e que fazem parte do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica): fichas que permitem a avaliação da produtividade baseada em ações individuais e avaliação de indicadores de saúde.

No trabalho do agente, no realizar de ações e interações, há uma série de situações para as quais a área da saúde ainda não desenvolveu um saber sistematizado, nem instrumentos adequados de trabalho e gerência que compreendam desde a abordagem da família, o contato com situações de vida precária que determinam as condições de saúde, até o posicionamento frente à desigualdade social e a busca da cidadania. O que ocorre é que o Trabalho Morto tem hegemonia em relação ao Trabalho Vivo, por ser realizado a partir do ato prescritivo.

Os ACS, no cotidiano de seu trabalho, assumem a responsabilidade de fazer intercâmbio entre a população e a equipe, de modo a levantar necessidades de saúde e, assim, buscar intervenções multiprofissionais e transdisciplinares para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população de abrangência.

A despeito do ACS ser o único profissional a ter que residir no local em que atua, Lacerda contribui:

“[...] a moradia na comunidade faz com que o ACS transite entre os papéis de trabalhador do Estado e de usuário morador local e favorece um duplo olhar sobre as necessidades de saúde da população, necessidades estas que não podem ser descoladas da dinâmica do território e devem ser compreendidas a partir do contexto sociocultural, econômico e político no qual os sujeitos vivem e trabalham.” (2010, pg. 22)

O ACS utiliza os seus saberes e práticas na produção do cuidado em diferentes sistemas e contextos, buscando recursos tecnológicos centrados no Trabalho Vivo em ato, comprometendo-se permanentemente com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver e

autonomizar o usuário para sua própria vida. Nessa perspectiva, assume uma posição estratégica, no sentido de produzir encontros positivos entre os trabalhadores e usuários a fim de possibilitar tanto a invenção de novos modos de operar os atos assistenciais quanto a criação de espaços relacionais, de escuta qualificada, falas, responsabilização e vínculos afetivos e efetivos.

Com isso, as análises das dimensões da organização e da produção do cuidado apontam que se opera um processo de trabalho voltado para o campo das necessidades das pessoas, centrado no Trabalho Vivo em ato, utilizando as tecnologias leves e leve-duras (MERHY, 1997; 2003) para produção do cuidado em seu intercâmbio com a comunidade.

Algumas das principais funções do ACS são o conhecimento adquirido e a relação que o agente estabelece com sua clientela no território e domicílio, realizando um cuidado centrado no Trabalho Vivo em ato. Nele, o próprio profissional governa suas ações, o que indica que o que move sua função cuidadora é a sua própria vontade em fazê-la de tal modo, isto é, sua subjetividade. (FERREIRA et al. apud FRANCO, et al., 2004)

Como descrito anteriormente, o processo de trabalho utiliza-se de diferentes tecnologias que devem ser empregadas no cotidiano dos estabelecimentos de saúde, buscando resultados mais efetivos das ações e evitando que a prática destas seja insuficiente para a satisfação dos usuários.

A ideia de “tecnologia” não está ligada somente a equipamentos tecnológicos, mas também ao saber fazer e como fazer. As tecnologias têm sempre como referência o trabalho, ação intencional sobre a realidade na busca de produção de bens/produtos, não necessariamente materiais, duros, palpáveis, mas também simbólicos.

De acordo com Merhy (2002), as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde são: tecnologias leves (como no caso das relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho), leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).

Partindo do pressuposto de que o agente comunitário é alguém que vivencia a realidade da comunidade e mora no bairro em que trabalha, é possível que ele se torne um facilitador da criação de vínculos entre a equipe de saúde e a comunidade. Essa construção requer um processo de conhecimento gradual e de interação permanente entre equipe de saúde, instituição e comunidade.



Residindo na comunidade em que trabalha, o agente comunitário supostamente a compreende de “dentro”, o que facilita a construção de vínculos interpessoais e estabelece várias formas de comunicação. Com isso, ele traz informações que extrapolam a questão da doença, mas que são fundamentais para a compreensão do cotidiano local, tornando-se condição determinante para configurar a organização do trabalho da equipe e formatar suas ações.

Outra leitura pode ser realizada sobre as atribuições do ACS, segundo a Portaria MS 1886/97, e pode ser encontrada no trabalho de Lacerda (2010). A autora define três eixos de organização do trabalho dos agentes: 1) reconhecimento do território e processo de territorialização, como cadastramento, diagnóstico situacional da comunidade, registro de informações; 2) ações educativas de prevenção, vigilância e promoção de saúde, o que inclui as visitas domiciliares; e 3) ações sociais que ultrapassam as ações tradicionais de saúde: fomento da participação da comunidade, ações intersetoriais, mediação, orientação sobre o acesso aos serviços de saúde, ações educativas de preservação do meio ambiente, abordagem de direitos humanos e inserção social dos usuários. A autora acrescenta um quarto tópico, que inclui outras atividades realizadas de acordo com a definição da gestão local, haja vista seu impacto na análise dialética entre o trabalho prescrito e o trabalho real, sobrecarregando os trabalhadores.

A autora observa, ainda, que uma das reivindicações dos ACS é reduzir as atividades na ESF e dedicar mais tempo ao trabalho na comunidade. A sobrecarga das atividades burocráticas revela o conflito que se instaura na prática cotidiana entre a meta de desempenho por produtividade e o tempo para realizar as demais atividades<sup>1</sup>, como a marcação de consultas e exames e a entrega de medicamentos em casa, esse último devido ao número de famílias cadastradas, maior do que o preconizado.

Entretanto, de maneira geral, o discurso predominante concebe que o ACS deve atuar nos processos de atenção e educação em saúde, principalmente como um mediador entre a instituição de saúde, seus referenciais científicos, seus instrumentos e técnicas, de um lado, e a população, seu conhecimento cotidiano e seus valores, de outro (MOROSINI, 2009).

De acordo com Lacerda (2010, p. 35), “sem dúvidas, uma das atribuições do ACS é aproximar a comunidade dos serviços de saúde e fazer a mediação entre equipe e usuário; porém, o que questionamos é o fato do seu papel ser tratado como uma realidade dada, sendo simplificado e naturalizado”. Nesse sentido, o papel do ACS como mediador social, em meio

---

<sup>1</sup> Por meio de informações como as visitas domiciliares e indicadores da saúde que alimentam o SIAB, os ACS são avaliados em sua produtividade

à complexidade das atividades da ESF, requer uma análise compreensiva sobre as situações que vivencia, que incluem conflitos, encontros e desencontros, realizações e frustrações. Um dos principais dilemas está em conviver, tarefa essencial ao seu trabalho – as visitas domiciliares, nas quais tem que conjugar as atividades inerentes ao campo técnico e específico das equipes de ESF e suas ações de solidariedade, em função das relações de amizade e vizinhança, que a princípio não integram seu rol de atividades. Por isso, elucidar o papel de mediador social do ACS é fundamental para avaliar a oferta de cuidados desses profissionais na direção da integralidade do cuidado, podendo auxiliar no entendimento sobre suas funções, seu perfil e, como aponta Lacerda (2010), sobre a relação entre trabalho prescrito e real.

Lacerda (2010, p.38) traz ainda uma abordagem inovadora para analisar o trabalho do ACS, tomando a perspectiva da ergologia, segundo a qual “o trabalho prescrito se define como aquilo que está instituído *a priori*, antes de o trabalhador realizar suas atividades”, as atribuições preconizadas em protocolos institucionais e normas. O trabalho real tem na intersubjetividade um dos elementos fortes de sua intervenção, trazendo conflitos, tensões e ambivalências, que necessitam ser elucidados para permitir compreender as mediações que por ele são empreendidas.

### 1.3 Integralidade do cuidado

Quando há a emancipação dos processos participativos e integralizados de forma mais ampla, observa-se que o usuário se sente parte da organização da saúde coletiva. De acordo com Martins (2011), ele deixa de ser um receptor passivo (não participante no circuito da dádiva) e assume a posição de doador ativo (organizando-se para dar sua contribuição e não apenas aceitando o que o sistema de saúde tem para lhe oferecer).

Com isso, é trazida a noção da dádiva para se repensarem novas dimensões da ação em saúde, de modo a formar redes locais mais solidárias, fazendo emergir esferas públicas locais participativas.

Aprofundar e integrar uma visão sobre a produção das redes e de como se dá essa reprodução é importante para saber quem articula esses indivíduos em rede, identificando aqueles que os mobilizam nessa vivência comunitária e social.

Essa rede de “*mediadores colaboradores*” (MARTINS, “2011”) é composta por usuários, agentes de saúde e os outros profissionais da Unidade de Saúde, buscando um modelo participativo descentralizado, que reorganiza a esfera pública local.

O dom ou a dádiva é um sistema de ação fundado em prestações ao mesmo tempo livres e obrigatórias, que se desenvolvem em três movimentos: o da doação (de um bem ou serviço material ou simbólico), o da recepção e o da retribuição. Marcel Mauss, um dos fundadores da sociologia francesa, foi quem primeiramente sistematizou esta teoria (MAUSS, 2003 apud MARTINS, 2011).

É por meio da teoria da dádiva que se consegue entender que o cuidado na saúde depende do modo como os profissionais interagirão com o usuário, imbuídos do sentido do dom, desencadeando um mecanismo de doação que gera obrigações de solidariedade a todas as partes envolvidas na mediação do cuidar.

Martins (2011) faz uma avaliação de que só haverá melhor entendimento na prática do cuidado como mediação a partir de um *programa teórico-prático forte*, baseado nas teorias do dom e do reconhecimento. O autor aponta que

o dom do reconhecimento na saúde se apoia em duas exigências, que são a do o dom como aliança entre anônimos, gerando a esfera pública e a do reconhecimento como constructo moral, que redefine a perspectiva da saúde pela inclusão do diferente e pela promoção da dignidade, independentemente das hierarquias de valorização social. (MARTINS, 2001, p.40)

Observa-se também que ainda há predominância da hierarquia técnica e vertical de poder (gestor, médico, enfermeiro, agente de saúde e depois o usuário) nos serviços de saúde, inspirado no modelo hospitalocêntrico.

Com isso, no texto de Martins (2011), observa-se que há um questionamento em relação às mudanças na gestão do cuidado, sobre se o usuário está tendo um papel importante nessa construção, como um sujeito ativo e reflexivo da prática de saúde, sendo corresponsável pelo cuidado.

O autor descreve que para que

o cuidado se revista de sua força metafórica, que valoriza os aspectos simbólicos e intersubjetivos e de seu potencial inovador como mediação, que exalta a integralidade e democratização da ação pública [...] [é preciso] repensar perspectiva que valorize mais as pessoas que os bens, centrar nos valores de confiança e da solidariedade que emanam de uma experiência autorreflexiva e contextualizada como aquela oferecida pelo dom. (MARTINS, 2011, p.42)

O mediador, segundo Velho e Kuschnir (2001), é aquele que transita e articula dois mundos distantes, dos pontos de vista cultural e simbólico, perpassando a linguagem, os valores e códigos sociais, indicando que a mediação não é uma tarefa fácil.

O papel do ACS como mediador se refere tanto à mediação entre o serviço e a comunidade, quanto ao que diz respeito à mediação entre diferentes saberes.

A ampliação do conceito de mediação, mencionado por Nogueira et al. (2000, p.10), entende que, na função de “ponte”, está incluída a facilitação do acesso aos direitos de cidadania de modo geral. Com essa ampliação, os autores propõem que o papel de mediador social exercido pelo ACS seja assim resumido:

[É] um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de autoajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado.

Com relação à forma como é feita a mediação, ela pode assumir um caráter vertical à medida que o serviço prioriza suas orientações na comunidade e procura convencer a população com relação ao valor do saber tecno-científico. O caráter transformador dessa mediação se daria na medida em que existisse maior compartilhamento do conhecimento e maior permeabilidade dos serviços quanto às necessidades e demandas da população.

Há que se pensar sobre o risco dos ACS terem uma “participação passiva”, na medida em que assimilem o discurso dos técnicos e o reproduzam de forma mais ou menos mecânica.

O ACS está, por um lado, imerso no conhecimento popular devido à sua experiência de vida, e, por outro lado, adquire o conhecimento científico na sua formação e na sua experiência profissional. Com isso, busca melhor adequação do serviço à comunidade, promovendo o entendimento da lógica popular, seu conhecimento sobre saúde, e da dinâmica social presente na comunidade.

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

No que tange ao cuidado provido pelo ACS, Lacerda (2010, p.52) relata que ele está diretamente relacionado ao conceito de apoio social, pois, quando a interação entre a equipe de saúde e os usuários é sustentada por vínculos que propiciam o apoio social, com

consequente envolvimento e troca de afetos, conhecimento e saber, é bem provável que a dimensão do cuidado integral se faça presente.

O apoio social, a partir da Carta de Ottawa (OMS, 1986 apud LACERDA, 2010), passou a ser considerado uma das estratégias da promoção da saúde, ao reforçar a ação comunitária. A proposta do documento era intensificar o apoio social para permitir que a população participasse das tomadas de decisões e exercesse maior controle nas questões referentes à saúde.

Ao definir o apoio social “como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas, com as quais teríamos contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos” (VALLA, 1998, p.156, apud LACERDA, 2010), o autor chama a atenção para os encontros que propiciam a manutenção de vínculos e envolvimento entre os sujeitos e grupos sociais. Quando se refere a “comportamentos positivos”, alude ao fato de que, por meio do apoio social, os atores passam a ter maior sentido de controle diante da própria vida.

É nessa perspectiva que se busca, na presente pesquisa, conhecer o entendimento dos agentes comunitários sobre seu trabalho, no sentido de saber se reconhecem seu papel como de mediadores sociais, e como sua qualificação técnica pode auxiliá-los em sua prática profissional. Será analisado, ainda, o modo como os ACS conseguem solucionar problemas complexos que exigem ação intersetorial e necessariamente extrapolam as fronteiras do setor, sobretudo nas ações de promoção da saúde.

Diante disso, procurou-se conhecer a percepção que esse profissional tem de seu próprio processo de trabalho e de como suas ações podem influenciar a efetivação da integralidade no cuidado centrado ao usuário. Isso porque o trabalho dos ACS, e o de todos os trabalhadores do SUS, institui-se como desafios, limites e avanços na construção permanente do direito à saúde.

## 2 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

### 2.1 Objetivos

O trabalho tem como objetivos gerais descrever as percepções dos ACS sobre o seu processo de trabalho, buscando identificar suas ações na efetivação da integralidade do cuidado ao usuário. Já seus objetivos específicos são caracterizar o processo de trabalho do ACS a partir do seu próprio olhar e identificar as mediações existentes em suas tarefas no cotidiano do trabalho, e se elas são reconhecidas efetivamente como mediações pelos ACS.

### 2.2 Abordagem metodológica

É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira  
que num dado momento a tua fala seja a tua prática.

*Paulo Freire*

Para atingir os objetivos deste projeto, tomou-se como opção metodológica a pesquisa social, utilizando como principal técnica a entrevista.

As entrevistas ocupam um lugar de destaque entre as técnicas de pesquisa nas ciências sociais, principalmente por lidarem com a palavra, veículo privilegiado da comunicação humana. De acordo com a interação verbal de entrevistado e entrevistador, é possível apreender significados, valores e opiniões e compreender a realidade social com uma profundidade dificilmente alcançada por outras técnicas, como questionários e entrevistas estruturadas. Isso se torna possível no caso das entrevistas qualitativas devido à relação estabelecida entre o entrevistador e o entrevistado, permitindo um diálogo amplo e aberto e favorecendo não apenas o acesso às opiniões e às percepções dos entrevistados a respeito de um tema, como também a compreensão das motivações e dos valores que dão suporte à visão particular da pessoa em relação às questões propostas.

Para Fraser e Gondim (2004, p.140),

a entrevista na pesquisa qualitativa, ao privilegiar a fala dos atores sociais, permite atingir um nível de compreensão da realidade humana cujo objetivo é conhecer

como as pessoas percebem o mundo, favorece o acesso direto ou indireto às opiniões, às crenças, aos valores e aos significados que as pessoas atribuem a si, aos outros e ao mundo circundante.

As entrevistas foram realizadas com agendamento prévio, em dezembro de 2011, sendo aplicadas nos horários que melhor se adequassem à agenda das ACS selecionadas e em seus respectivos locais de trabalho. Os critérios de escolha para participação das ACS entrevistadas foram os seguintes: 3 que trabalhavam há dez ou mais anos, 3 com tempo de trabalho de cinco a dez anos e 3 com até cinco anos, sendo que deveriam trabalhar em unidades de saúde diferenciadas. Com isso, foram realizadas nove entrevistas, com a participação das agentes comunitárias de saúde das unidades do Centro, Santanésia, Rosa Machado, Ponte das Laranjeiras, Caiçara, Jaqueira e Casa Amarela.

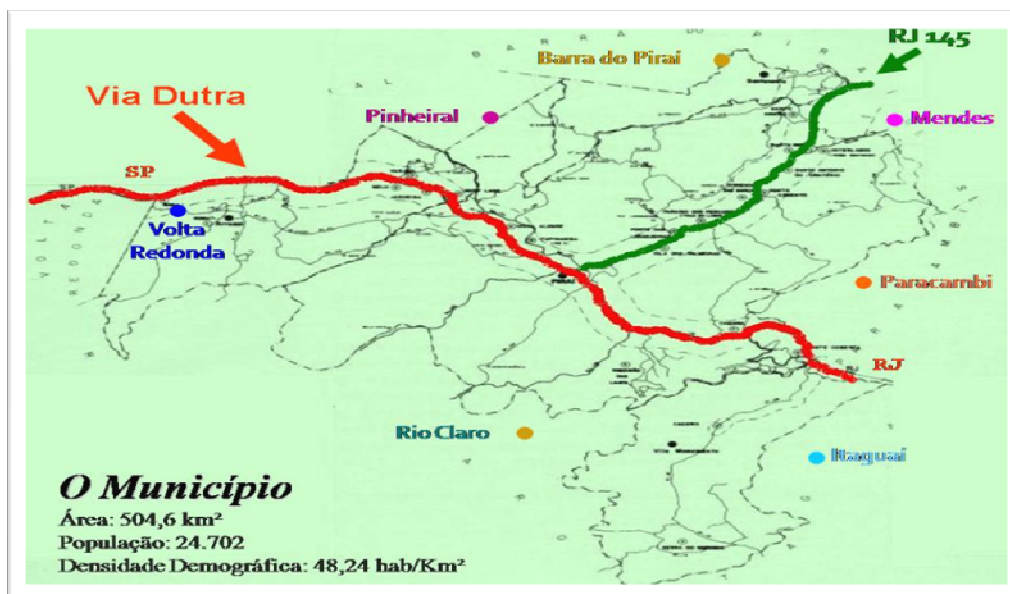
As questões norteadoras foram desenvolvidas de forma a instigar uma discussão ampla, abordando as seguintes questões: O que é ser agente comunitário de saúde? Qual a percepção sobre o seu processo de trabalho? Como você se vê na relação/interação entre profissional e usuário? Como é o seu cotidiano de trabalho? Quais são as atividades que você não realiza? Que atividades você acha que deveria fazer?

Com formato semiestruturado, a entrevista (anexo A) foi realizada com gravação em áudio, com uma média de tempo de 50 minutos para cada uma, sendo a análise dos dados feita por meio de leitura minuciosa e repetida das entrevistas.

Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo B), para garantir confidencialidade e sigilo dos dados fornecidos pelo entrevistado. O projeto foi submetido a análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ (CAAE 0049.0.259.000-11), de modo a atender às orientações éticas legais inerentes ao protocolo de pesquisa que envolve seres humanos, segundo a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo comitê em 18 de outubro de 2011.

### **2.3 Cenário da pesquisa**

O município de Piraí está localizado no estado do Rio de Janeiro, na região do Médio Paraíba e faz parte da bacia hidrográfica do Rio Paraíba do Sul. É cortado em toda sua extensão de 504.6 Km<sup>2</sup>, pela BR-116 (Via Dutra).



Pirai tem como municípios limítrofes Barra do Pirai, Itaguaí, Mendes, Paracambi, Pinheiral, Rio Claro e Volta Redonda. Além disso, fica a 89 km da capital do estado e tem densidade demográfica de 48,2 hab/km<sup>2</sup>. Seu IDH, em 2000, foi de 0,776. O município é subdividido nos distritos de Pirai (sede), Vila Monumento (2º distrito), Arrozal (3º distrito) e Santanésia (4º distrito). Pirai tem uma posição geográfica estratégica, localizando-se entre duas grandes metrópoles – Rio de Janeiro e São Paulo –, numa extensão de 52 km da Rodovia Presidente Dutra.

Estão inseridos na Secretaria Municipal de Saúde de Pirai dez módulos de Saúde da Família, o que representa 100% da população atendida pela ESF. Há um laboratório próprio, duas unidades de emergência e dois serviços de fisioterapia, localizados nos bairros do Centro e Arrozal. A estrutura hospitalar conta com um hospital, de natureza filantrópica, administrado em regime de parceria entre a prefeitura e a Santa Casa de Misericórdia (Hospital Flávio Leal).

As Unidades de Saúde da Família estão divididas nos respectivos bairros: Arrozal, Casa Amarela, Centro, Jaqueira, Ponte das Laranjeiras, Rosa Machado-Sanatório da Serra, Santanésia-Fazendinha, Varjão, Cacaria-Serra do Matoso e Caiçara-Light.

Conforme institucionalizado, o município possui seu Conselho de Saúde, instituído em 1991, o qual, em resolução própria e com apoio do gestor do setor, em 2005, regulamentou a instituição e o funcionamento dos conselhos gestores de unidades de saúde, obedecendo aos princípios de representação paritária, entendendo que a gestão participativa nos serviços de



ponta, no caso na ESF, pode dar maior resolutividade às ações de saúde (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIRAÍ, 2005).

Na década de 80, o sistema de saúde do município era formado por 13 Unidades de Saúde, sendo uma do governo federal, cinco estaduais, e sete municipais, todas de estruturas muito precárias, além de um hospital filantrópico que respondia pelas internações hospitalares.

A unidade do governo federal funcionava no modelo de policlínica, marcado por profissionais especialistas das clínicas básicas e distribuição de medicamentos da Central de Medicamentos do Ministério da Saúde (Ceme), enquanto que as estaduais respondiam pela “atenção básica”, imunizações, doenças transmissíveis e vigilância sanitária, embora de forma fragmentada, pois não se inter-relacionavam.

Em 1997, a partir de contrato de gestão entre a Prefeitura e a Casa de Caridade de Piraí – Hospital Flávio Leal, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, e um convênio de cooperação técnica entre Cuba e o município de Piraí, iniciou-se a reorganização do sistema municipal de saúde. O objetivo do convênio foi o treinamento em serviço de profissionais. A partir de então, passou a ser elemento de um processo de desenvolvimento de comunidade.

Trabalhar na lógica da vigilância em saúde permitiu ao município, na gestão seguinte, organizar totalmente sua rede básica dentro da ESF, a qual, juntamente com a Estratégia de Saúde Bucal (ESB), atingiu cobertura de 100%.

Em 2001, a Secretaria Municipal de Saúde conquistou sua autonomia financeira, por meio da operacionalização do Fundo Municipal de Saúde, Lei nº. 397/93, que permitiu ao gestor gerenciar o orçamento e as finanças da Secretaria, ser o ordenador de despesas e descentralizar o processo de compras, que anteriormente ficavam a cargo da prefeitura. Com essas ferramentas, o gestor ampliou sua capacidade de gestão e de organização do município, avançando no planejamento e na conquista de mais recursos para a saúde. Em 2003, o município foi habilitado na Gestão Plena do Sistema, segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas), de 2001.

Atualmente, Piraí conta com os seguintes serviços de saúde: unidades de saúde da família (13), equipes de saúde bucal (13), centro de especialidades médicas (02), centro de atenção psicossocial (01), pronto-socorro (01), centro de fisioterapia (02), farmácia municipal (01), laboratório municipal (01), hospital geral (01). Esse último conta com centro de fisioterapia, centro de diagnose, pronto-socorro, clínicas médicas, clínicas obstétrica e pediátrica, centro cirúrgico e ambulatório de especialidades médicas, e ainda com uma extensa rede contratada de serviços de maior complexidade.

No município de Pirai, todos os agentes comunitários precisam ter o curso de auxiliar ou técnico de Enfermagem; só assim são contratados e poderão exercer suas funções. No total, são 83 agentes comunitários de saúde cadastrados.

Os ACS estão distribuídos entre os dez módulos de Estratégia de Saúde da Família, conforme tabela a seguir, na qual será descrito o quantitativo de profissionais em cada Unidade de Saúde, seu gênero e idade.

Tabela 1: Distribuição dos ACS nas ESF, no município de Pirai.

USF	Nº ACS	Gênero		Idade		
		Fem.	Masc.	< 25	25 a 50	>50
Centro	18	16	02	00	18	00
Casa Amarela	10	09	01	00	10	00
Ponte das Laranjeiras	05	05	00	00	05	00
Rosa Machado	05	05	00	00	05	00
Santanésia	07	07	00	00	07	00
Cacaria	04	04	00	00	04	00
Caiçara	04	04	00	00	03	01
Varjão	07	07	00	01	06	00
Arrozal	19	19	00	00	18	01
Jaqueira	04	03	01	00	03	01
Total	83	79	04	01	79	03

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, numa resolução do Conselho Municipal de Saúde, no ano de 2002, exigiu-se o curso de auxiliar ou técnico de Enfermagem para as pessoas que pretendiam tornar-se Agentes Comunitários de Saúde. O motivo dessa decisão foi que a comunidade os recebia em seu domicílio e ali eram realizadas orientações sobre sua saúde; no entanto, eles não estavam habilitados para aferir a pressão arterial, nem dispunham de outras técnicas para a necessidade da comunidade no momento. Houve, dessa forma, vários questionamentos dos usuários ao Conselho. Outro ponto a ser observado é que estavam ocorrendo indicações de algumas pessoas envolvidas no âmbito da política para a seleção dos agentes.

Com essa formação profissional, qualifica-se esse trabalhador, que passa a estar apto para a prática de serviços como aferição de pressão arterial, curativo, vacinas, injeções, entre outras técnicas de enfermagem, promovendo, assim, melhor atendimento e avaliação do cliente e sua família.

Em 2005, ocorreu uma mudança no trabalho dos agentes, a partir da incorporação das ações de controle de endemias nas Unidades de Saúde da Família. A situação vivenciada é bastante diferenciada da realidade de diversos outros municípios do Brasil, com as ações de controle da dengue (visitas em imóveis para a detecção de focos, eliminação de criadouros, tratamento de reservatórios de água e trabalho educativo) sendo realizadas pelos ACS sob a supervisão direta da Equipe de Saúde da Família e apoio matricial da equipe de Vigilância Ambiental em Saúde. Cada agente ficou responsável por, no máximo, 150 domicílios, sendo redefinidas as áreas anteriormente trabalhadas por quarteirão, ajustadas ao trabalho por microáreas.

Todas as equipes de Saúde da Família desenvolvem atualmente ações de controle de endemias (controle de roedores, raiva, dengue, febre maculosa, dentre outras doenças e agravos) em sua equipe local, sempre com apoio da equipe de Vigilância em Saúde.

Tendo em vista que suas atribuições remetem a todas essas atividades citadas, os agentes se envolvem no lançamento de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com mapas que devem ser preenchidos diariamente e na entrega de solicitações de exames – que chegam da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com prazos muito curtos; se o ACS não for ao domicílio, o cliente perderá o dia de realizar o exame. Além disso, preenchem um formulário para a farmácia da SMS solicitando a compra dos medicamentos considerados excepcionais (que não existem na Farmácia Básica), cujas receitas são deixadas nas unidades de saúde pelos clientes, entre outras atividades.

Conforme descrito anteriormente, foram realizadas nove entrevistas, com a participação das agentes comunitárias de saúde. As que trabalham há mais de dez anos foram escolhidas nas unidades do Centro, Jaqueira e Casa Amarela; as intermediárias (entre cinco e dez anos), nas unidades de Rosa Machado, Caiçara e Ponte das Laranjeiras; e, por fim, as que trabalham num período menor que cinco anos, nas unidades do Centro, Santanésia e Caiçara.

A Unidade de Saúde de Cacaria é muito distante, sendo necessário, para chegar, descer a Serra das Araras. Por esse motivo, optei por não fazer a entrevista nessa unidade. A Unidade de Saúde de Arrozal tinha alguns problemas com as ACS: algumas estavam de férias e outras, de licença médica, conforme a orientação da gerente da unidade, e, assim, não fizeram parte da entrevista. Por fim, a Unidade de Saúde do Varjão também não participou da entrevista,

uma vez que trabalho nela. Preferi, portanto, não solicitar a participação das ACS, pela possibilidade de haver algum constrangimento em relação à entrevista.

Tabela 2: Descrição do tempo de trabalho das ACS.

USF	Tempo de Trabalho		
	Até 5 anos	5 a 10 anos	>10 anos
Centro	08	08	02
Casa Amarela	03	05	02
Ponte das Laranjeiras	01	04	00
Rosa Machado	01	04	00
Santanésia	04	03	00
Cacaria	01	03	00
Caiçara	01	03	00
Varjão	04	02	01
Arrozal	06	11	02
Jaqueira	01	02	01
Total	30	45	08

OBS: O sombreado representa as unidades em que os depoentes trabalhavam.

## 2.4 Análise dos dados e discussão

A análise dos dados será realizada através de tópicos, descritos a seguir.

### ▶ Prazer pelo trabalho.

Observou-se, primeiramente, que todas as pessoas entrevistadas gostam de ser agentes comunitários de saúde e de exercer sua função.

▶ A responsabilidade em desempenhar um bom trabalho, voltado para a confiança e estabelecimento de vínculos, são pontos indicados como primordiais. Observa –se que o alicerce do trabalho das ACS se dá através do vínculo construído com os usuários.

“[...] fazer o seu trabalho, ajudando a população a ter mais saúde, trazer a população para se cuidar, estar sempre em contato com a comunidade, ter bom vínculo... O vínculo é dia a dia, você entra até um pouquinho a mais na vida das pessoas e ela acaba confiando em você, é escutar mais e falar menos”. (ACS4)

Escutar é o principal requisito para começar uma relação acolhedora, de paz e não de conflitos, pois o que se escuta não se restringe a sintomas ou a algum agravo em que o trabalhador de saúde teria alguma interferência direta. Exige-se mais do que os conhecimentos específicos sobre determinadas doenças ou riscos: exige-se uma ação que envolva outros profissionais e até outras áreas, e também a reflexão sobre a situação do interlocutor na sua integralidade. Isso está muito presente no processo de trabalho do ACS, que faz essa mediação entre comunidade e equipe.

“[...] proporcionar vínculo entre a família e o serviço de saúde, transmitir confiança, identificar e avaliar os principais problemas e necessidades daquele grupo, comunidade e indivíduo... quem acaba tendo mais contato com aquela família é o ACS, o trabalho do ACS é extremamente importante”. (ACS 1)

“[...] quando a gente passa confiança e o paciente deposita na gente confiança, isso é um vínculo de verdade”. (ACS 8)

As entrevistadas demonstram um sentimento solidário às famílias que fazem parte de sua área de abrangência, pois sabem da importância de seu trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

- ▶ Os agentes de saúde reconhecem seu papel de mediador na função de ser o elo entre a equipe de saúde e a comunidade, passando a ser o “tradutor” da comunicação entre esses sujeitos.

“[...] é um intercâmbio, é uma responsabilidade, é complexa...tem que ter um cuidado muito grande, porque se a gente não souber como lidar com isso, a gente pode usar de maneira negativa esse vínculo, a partir do momento que a gente passa respeito, confiança, isso vai acontecer de maneira mais fácil”. (ACS 8)

“[...] consegui trazer a comunidade pra mim, é um elo muito importante, aquele dia a dia indo lá, ser elo é fazer com que o paciente venha à unidade, adere [sic] às coisas da unidade, às consultas médicas, consultas preventivas, que esteja sempre ligado entre o posto e o paciente, mas passando por mim”. (ACS 2)

Há, nas falas das entrevistadas, a indicação de que uma das atribuições do agente comunitário de saúde é ser o elo e a ponte entre a equipe de saúde e os usuários. Com isso, observa-se que trazem para si a responsabilidade de ter esse contato com a comunidade e discutir junto à equipe de saúde os problemas por que está passando determinada família. Para que isso aconteça, as agentes precisam desenvolver o acolhimento, a escuta e a conversa. Isso se efetiva devido aos laços estreitos de amizade e confiança que o ACS cria dentro da casa do usuário.

Acredito que o fato do ACS ser da comunidade contribua para “garantir a identidade cultural indispensável para esse tipo de trabalho, além de valorizar as potencialidades locais e

provocar a inclusão de lideranças comunitárias no desenvolvimento de uma política pública”, em direção à melhoria dos condicionantes da qualidade de vida daquela população. (BRASIL, 2002, p. 08)

Com a função de ser o elo da equipe de saúde com a comunidade, o ACS passa a ser, digamos assim, o “tradutor” da comunicação entre esses sujeitos. Ele facilitará o entendimento da comunidade sobre as condutas da equipe, que, por sua vez, receberá auxílio para encontrar a melhor estratégia para efetivar suas ações, configurando o aumento do vínculo entre ambas as partes.

- ▶ Buscam um trabalho interdisciplinar, intersetorial e promovem a participação da comunidade.

[...] “vejo o que eu tenho para cumprir, as metas que tenho para alcançar, o que é prioridade na minha área, tento identificar os problemas que eu tenho lá e trazer para a minha equipe, tento solucionar o máximo que eu posso as questões dos pacientes... busco conhecimentos e parcerias com outros profissionais, tento aproximar a comunidade, criar vínculos com a igreja, associação, escola e fazer isso junto com a equipe.” (ACS 6)

O acolhimento também é citado inúmeras vezes, pois compreende um conjunto de atitudes que permeiam todo o processo de trabalho e a relação que se estabelece no encontro da produção da saúde, aceitando o outro como sujeito de direitos e de desejos e como corresponsável pela produção da saúde, tanto na perspectiva da atenção individual como do ponto de vista coletivo.

BRASIL (2005, apud INOJOSA 2005) cita que o Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o Ministério da Saúde explicitaram na publicação *SUS de A a Z* que “o acolhimento aos usuários é o estabelecimento de uma relação solidária e de confiança entre profissionais do sistema da saúde e usuários ou potenciais usuários, entendida como essencial ao processo de coprodução da saúde, sob os princípios orientadores do SUS – universalidade, integralidade e equidade.” (2005, p. 21), e que “humanizar a atenção à saúde é valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão [...]” (2005, p.122)

- ▶ Sentimento de frustração

A responsabilidade, citada algumas vezes, torna-se um pouco desconfortante, gerando sentimento de frustração e impotência, em relação ao “não dar conta” do trabalho.

“[...] é uma responsabilidade, qualquer coisinha que a gente deixar passar... Qualquer problema que der, o agente de saúde é o primeiro a ser cobrado, é em cima dele que vai...então é uma responsabilidade enorme”.(Acs 5)

Observo que o ACS, por estar inserido na comunidade, não tem que saber tudo o que ocorre com as famílias. É importante enfatizar que ele tem o seu limite de atuação, e não devemos idealizá-lo como o principal ator em ser o agente de mudanças, sem dividir a função com os demais profissionais da equipe multiprofissional.

O ACS é o profissional da equipe de saúde que mantém o maior contato com a população. Ao receber diretamente suas queixas, compromete-se com ela. No entanto, precisa dialogar com a equipe e agir segundo seus limites e possibilidades, bem como os do próprio sistema de saúde.

Depara-se, assim, com dilemas éticos e sigilosos, ao mesmo tempo em que tem o compromisso de dar respostas e encaminhamentos aos problemas encontrados. O agente entra em contato direto com as condições de vida das pessoas, que muitas das vezes revela-se crítica, com problemas de difícil solução.

O ACS se sente como ator principal do processo de trabalho da Unidade de Saúde, trazendo para si todas as responsabilidades, vitórias e frustrações que possam ocorrer e precisam dividi-las com a equipe para que sejam planejadas estratégias para possível enfrentamento do problema.

- ▶ Rotulação do ACS em ser “os olhos do posto”, ser o “elo”, a “ponte”, “agente de mudanças”...

“[...] nós somos os olhos do posto, tudo o que acontecer, se não fosse a gente, não tinha como saber o que está se passando lá fora. É a gente que vê os problemas, as necessidades, e traz pra dentro do posto”. (ACS 5)

“[...] as estratégias são de toda a equipe, mas é através do agente que os outros membros da equipe, a princípio, vão ter informações e conhecer determinada família”. (ACS 1)

Concordo sobre sua importância em trazer as situações de vulnerabilidade e risco em que se encontra a comunidade e dividi-las com a equipe para que sejam planejadas estratégias para possível enfrentamento do problema. Discordo, porém, sobre, como aparece nas falas, a responsabilidade exclusiva do ACS em ter informações a respeito o que acontece fora da Unidade de Saúde, como conhecer determinada família, e também sobre o estigma de serem “os olhos do posto”. Como pensar na integralidade do cuidado se há divisão entre a equipe de

saúde? Penso que não é justo dar mais esse rótulo ao agente comunitário, pois ele já assume a difícil tarefa de ser o “elo”, conforme citado pelo Ministério da Saúde.

Para exemplificar minha fala, remeto-me ao artigo de Martines e Chaves (2007, p.430, grifo dos autores):

Na ideia de missão do Agente Comunitário de Saúde ser o **agente de mudanças**, a ordem dos empecilhos fica praticamente inexplorada, como se, na conjugação desses verbos, os recursos oferecidos pela atuação dos demais profissionais da equipe não fizessem parte, como também pela estrutura da UBS, pelo dimensionamento desfavorável do número de famílias (que ultrapassa o número preconizado pelo Ministério da Saúde) e pelo déficit de agilidade da rede de atenção complementar do SUS local – dificuldade de acesso a especialidades e recursos de maior complexidade, diagnósticos e outros da atenção secundária e terciária.

#### ► Mecanização do trabalho

Em relação à pergunta de como o ACS se vê na sua interação profissional com o usuário, as agentes relatam que existem usuários que não as acolhem bem. Nesses casos, elas entram nas casas e fazem apenas o seu trabalho, que se torna, por si só, mecanizado e impessoal. A entrevistada 4 afirma colocar-se “[...] no papel de ouvir mais e falar pouco, porque quanto mais você fala mais se enrola [...]”. Ela está atuando no momento em outra área, e relata que, na área rural, onde já trabalhou, conseguia interagir mais durante as visitas, e as pessoas eram mais amigas.

O processo de trabalho do ACS torna-se uma tarefa árdua, pois, conforme descrito acima, em nem todas as famílias visitadas conseguiu-se criar afinidades, resultando com isso num descontentamento por parte do profissional. Observo que, quando isso ocorre, o ACS tem dificuldades em realizar essa visita – que será mecanizada –, pois se sente responsável por aquela família.

#### ► Trabalho em tempo integral

A entrevistada 5 exprime o sentimento de que ser moradora do bairro em que trabalha é bom, mas aponta a falta de liberdade nos horários em que não está trabalhando, pois a comunidade não sabe diferenciar a pessoa do profissional de saúde. Ela utiliza a expressão “todo o tempo é só agente de saúde”, como mostrado na fala a seguir:



“[...] tem o lado bom que você tem a facilidade com o usuário, mas tem o lado ruim de morar aqui dentro... achar que a qualquer hora pode bater... ‘eu preciso de uma consulta, meu exame já chegou’... às vezes estou no mercado, na rua, onde for, às vezes meu pai é agredido no telefone... então não sabem diferenciar, todo tempo é só agente de saúde.”

Analisando a fala acima, observo que o perfil do profissional e a forma como ele se apresenta na relação com as famílias acompanhadas por ele são de grande importância para que consiga fazer esse usuário entender quais é seu papel e quais são suas funções no processo do cuidado em saúde.

Outro ponto que observo é o modo como o processo de trabalho da Unidade de Saúde está sendo passado para os usuários, como está sendo realizado o acolhimento dentro desse espaço, visando à integralidade do cuidado, à coparticipação desses sujeitos.

Sendo assim, com base na pesquisa das autoras Martines e Chaves (2007, p.431), constatou-se que:

o processo de trabalho fez com que o ACS deslocasse para si, e a comunidade deslocasse para o ACS (portanto, é um duplo deslocamento), a responsabilidade em dar respostas ao usuário com vistas a sustentar o princípio de assistência integral que tanto é divulgado pelo PSF, ou seja, há um deslocamento da responsabilidade sobre as limitações da resolutividade do PSF.

► Sentimento de angústia com a relação ao vínculo construído com algumas famílias e a difícil tarefa de atuar apenas com o lado profissional, acarretando um grande desgaste para o profissional.

Algumas entrevistadas relatam que têm bom relacionamento e aceitação com a comunidade, entram nas casas para fazerem as visitas e são bem recebidas. A ACS 3 se vê como cuidadora e responsável por todas as famílias que visita, e tem a intenção de ajudar, pois diagnosticou que sua comunidade é muito carente. Mas, em sua fala, também expressa que já tentou mudar e tirar um pouco dessa responsabilidade. Observo que, às vezes, o ACS toma para si esse cuidado e não o compartilha com o próprio usuário.

[...] me sinto como cuidadora, responsável, às vezes tento até mudar, tirar um pouco dessa responsabilidade, me sinto responsável pelas famílias que visito... minha comunidade precisa muito, são muito carentes, poucos são os que se viram sozinhos.  
(ACS 3)

Observo também que existe certo sentimento por parte do ACS, o de que ele é o responsável interino dessa família, de modo a achar que pode transformar a vida e o modo de “ser” dessas pessoas, e que elas não conseguirão resolver seus próprios problemas. O que acontece, no meu ponto de vista, é que o ACS não consegue separar o que realmente é sua atribuição e, com isso, acaba tomando para si tudo o que está relacionado à saúde. Por exemplo, o agente se acha responsável quando o usuário não tem dinheiro para comprar o gás e ficará sem fazer a comida, ou em casos de animais soltos na rua, problemas com ratos ou morcegos em um determinado domicílio, entre outros.

Não estou dizendo que esses casos não são importantes, mas que dependem da ação de outros setores e da própria ação da comunidade, e não apenas do ACS.

Observa-se que, ao contrário da entrevistada 5, que se incomoda com os usuários que a solicitam mesmo fora do trabalho, a ACS 9 relata: “...na minha casa mesmo já deixei livre pra eles estarem indo me procurar, não tenho problema algum... eles falam assim quando chegam lá: ‘eu sei que é seu dia de folga, mas dá para verificar a pressão’...”

Essa ACS criou um vínculo com determinados usuários, não se importando quando solicitada fora de seu horário de trabalho. Além disso, de acordo com o que expressa durante a entrevista, quando é solicitada em sua casa, não há “cobranças” pelos usuários.

O relato da entrevistada 8 mostra grande angústia com a relação ao vínculo construído com algumas famílias. Para ela, é difícil atuar apenas com o lado profissional, e essa mistura de sentimentos a faz sofrer. “[...] tem pacientes que me acolhe [Sic] melhor e a gente pega mais amor, se apega mais e acaba sofrendo com aquela família. E às vezes não consigo separar e sofro muito com isso” (ACS 8)

Analisando que os agentes ficam tão próximos dos usuários que acabam não conseguindo distanciar-se quando é preciso. Há também outros profissionais que têm essa relação, acarretando com isso um desgaste muito grande.

#### ► Desvalorização financeira e falta de reconhecimento

Chamou-me a atenção na fala da ACS 8 sobre o seu cotidiano de trabalho o fato dela estar adoecida “no corpo e na alma”, devido às demandas que tem no seu dia a dia:

[...] é um trabalho que consome muito a gente. Hoje me sinto consumida, nesses oito anos, tomo até medicação controlada, devido ao cansaço mental, físico e às vezes nem sempre a gente tem o reconhecimento que a gente acha que deveria ter. Não digo nem em questão financeira só, mas às vezes de outras esferas. Que às vezes a gente dedica tanto, faz tanto, mas às vezes tudo passa muito despercebido. Sei que a gente não tem que fazer isso esperando agradecimento, mas a gente sempre espera.

Essa fala é um desabafo de uma pessoa que já trabalha na área da saúde há algum tempo (oito anos, para ser mais exata), e que demonstra como é exaustivo o trabalho do ACS, mas como, ao mesmo tempo, a agente se dedica para dar o seu melhor. Há também o fato dela sentir a desvalorização do seu trabalho pela parte financeira, e também pela gestão. Isso é o que entendi quando ela cita “outras esferas”.

De acordo com Simões (2009, p.16), “o estresse ocupacional ocorre quando há percepção do trabalhador da sua inabilidade para atender as demandas solicitadas pelo trabalho, causando sofrimento, mal-estar e um sentimento de incapacidade para enfrentá-las”.

#### ► **Sobrecarga de trabalho e dupla função.**

Observa-se que as ACS também realizam atividades dentro da Unidade de Saúde. Precisam, às vezes, cobrir as atividades do técnico de enfermagem, na triagem dos pacientes e na sala do preparo, aferindo seus sinais vitais para as consultas, fazendo curativos, entre outras funções.

[...] chego às 7h. Quando precisam da gente, faço o preparo também. Temos uma escala, a gente não faz só o serviço de agente comunitário, faço curativos domiciliares. (ACS 02)

[...] aqui tá sempre faltando alguém. Às vezes a técnica de enfermagem tá atolada lá na esterilização, na vacina ou sai para almoçar, tem que ter alguém aqui dentro para ajudar; aí, às vezes, as meninas já saíram e eu estou aqui dentro ainda, tenho que ajudar. (ACS 07)

No município, existem Unidades de Saúde da Família deficitárias quanto ao número de técnicos de enfermagem e auxiliares administrativos (recepção), o que acaba resultando em sobrecarga e dupla função para o ACS.

Durante o tempo que permanecem dentro da Unidade de Saúde, que não é apenas de um dia ou um período, as agentes ficam na recepção da unidade, procurando prontuários, atendendo telefonemas, marcando consultas, além de fazerem todos os cadastramentos, listas para campanhas de vacinação, alimentarem o banco de dados por meio de relatórios, buscarem ativamente usuários, entre outras atividades. Enfim, será reduzido o tempo que elas terão para fazer suas visitas domiciliares, fator considerado de sobrecarga e estresse.

Para a Simões (2009, p.13), citando Vasconcelos (1997, p. 55), “o trabalho de suporte que o agente vem prestando às equipes de saúde sinaliza que, além de ser sobrecarregado com

tarefas de sua atribuição, passa a ser um ‘tapa-buraco’ da carência de outros profissionais nos serviços de saúde”.

Dentre as inúmeras atividades que o ACS tem que executar, destaca-se o serviço burocrático, que gera para o agente sobrecarga de serviço. A partir disso, as agentes solicitaram uma reunião com a coordenação da Estratégia de Saúde da Família, na qual discutiram o caso.

[...] esse negócio da gente falar que vai entregar o remédio, o paciente fica acomodado... Eu conversei numa reunião que tivemos com a Albanéa e conversamos sobre isso, que o agente comunitário não é obrigado a entregar papel, nem exame. Você tem a obrigação de avisar, de entregar não. Então agora a gente tá priorizando, se for aquela pessoa idosa que não tem como ficar vindo à unidade, aí a gente entrega. Desde que a Coordenadora falou que a gente não é obrigada, a gente tem o nosso respaldo com o paciente. (ACS 4)

[...] não entrego medicação na casa do paciente, pois deixo a responsabilidade com eles, não é atribuição, mas eles tentam jogar essa atribuição pra cima da gente. (ACS 3)

O excesso de trabalho burocrático é visto como um ponto negativo pelas agentes. Uma proposta de modificação dessa realidade seria rever a formatação de formulários procurando condensar as informações a serem coletadas, diminuindo a quantidade de fichas que o ACS deve preencher. Outra possibilidade seria a sensibilização desses profissionais por parte da coordenação da ESF e da equipe técnica de saúde, salientando a importância dos relatórios e tentando criar estratégias para otimização do tempo dispensado para essa atividade.

#### ► Cobranças por resultados

Outro momento importante na entrevista é quando a ACS 1 faz uma avaliação do serviço em relação à cobrança no seu processo de trabalho:

[...] é fundamental no nosso trabalho e eu estou vendo que está se perdendo no nosso dia a dia... eu acho que hoje em dia está muito visado número, parte de produção, você tem que alcançar aquela meta, chegar àquela quantidade de visitas, quantidade de consultas; estou falando no geral, não só como agente comunitário, mas do serviço todo, da unidade... não que não tenha que ser cobrado [...]

Há uma cobrança real dos dados, pois é necessário alimentar o SIAB. Os ACS, bem como toda a equipe, sabem dessa importância, e também que têm prazo para enviar esses dados à Secretaria da Saúde.

No município de Pirai, há uma avaliação mensal desses dados do SIAB, na qual toda a equipe realiza uma leitura e uma avaliação sobre eles, de modo que não seja de forma isolada. Após essa interpretação, os dados são reenviados para a SMS. Assim, todos eles são discutidos e são criadas estratégias para melhor direcionamento da equipe da ESF.

Os ACS citaram que existe uma “cobrança” na produção dos dados da assistência, visando apenas números e metas a serem alcançadas. Sabem que esses dados são importantes, mas questionam a forma que são cobrados.

► Escassez de tempo para desempenharem atividades de Promoção da saúde

As entrevistadas relatam conhecer suas atribuições pelo Ministério da Saúde e expressam que falta tempo para realizar as atividades de promoção da saúde e as atividades educativas. Esse fator nos mostra que o processo de trabalho dessas ACS está sendo prejudicado devido ao tempo que precisam permanecer dentro da unidade.

Isso aparece na fala da entrevistada 2: “[...] Peco em não trabalhar com as crianças... tenho dificuldade no meu tempo, porque faço a dengue. A gente trabalha na unidade, fazendo preparo, curativo, tenho trabalho com a terceira idade e tenho a capoeira.”

As atividades educativas também aparecem em várias falas como uma atribuição importante dos ACS na Estratégia de Saúde da Família. Elas são citadas até mesmo em sua divisão para cada pessoa: através de escalas contendo os dias para cada funcionário. Mas observa-se também que há desejo de que ocorram capacitações para melhor desenvolvimento dessa atividade, como vemos na fala da ACS 6: “...atividade educativa a gente faz bastante, mas deveria ter um treinamento sobre atividade educativa”.

Uma observação feita é sobre as atribuições que envolvem as atividades da dengue, exemplificadas por Libanio (2011). A autora ressalta que havia um aumento gradativo no índice de pendências de visitas nos imóveis do município, e essas críticas levaram a uma revisão das estratégias de vigilância em curso, com a coordenação e com profissionais da Vigilância em Saúde e Estratégia de Saúde da Família, no sentido de viabilizar a integração das ações de saúde, melhorando o atendimento às famílias e o ambiente que as envolve. Com isso, intencionou-se otimizar as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde e as ações de combate ao vetor realizadas pelo agente de endemias nos imóveis do município. Incorporou-se, então, a atividade à ESF, com o objetivo de melhorar o processo de trabalho das equipes e ampliar as ações de vigilância em cada território, tendo início em 2005.

As entrevistadas falam da importância das atividades educativas, quando perguntadas sobre as atividades que deveriam realizar e não conseguem. Há uma observação persistente por parte de duas entrevistadas sobre a preocupação em se trabalhar com o grupo de crianças em suas áreas. Porém, quando questionadas sobre se já colocaram o assunto em pauta de reunião de equipe, a resposta é negativa, e indicam que essa é uma observação de sua microárea e não das outras. Isso mostra que ainda há uma resistência em dividir as responsabilidades para toda a equipe multiprofissional, de modo que todos façam parte importante desse processo.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostra e nos faz refletir acerca dos sentidos de “ser agente”, permitindo perceber que a constituição do Agente Comunitário de Saúde se dá de forma ampliada, pois não existe um ACS *a priori*: ele se constitui a partir de suas vivências no cotidiano de trabalho, que por sua vez, é contextualizado sócio-historicamente.

Ao avaliar os resultados obtidos, percebo que todas as agentes comunitárias se sentem satisfeitas com a profissão em que atuam, e que trabalham visando a uma melhor qualidade de vida para a comunidade por ela assistida.

“Ser agente comunitário”, para as entrevistadas, implicou ser o elo entre o usuário e a equipe de saúde, fato observado como uma questão complexa e de muita responsabilidade.

Essa responsabilização por parte dos ACS lhes causa o sentimento de frustração e impotência quando ocorre algo de ruim na comunidade e quando há a cobrança por parte da equipe, como se esse profissional não conseguisse fazer seu trabalho corretamente.

O acolhimento baseado no vínculo e na confiança é o alicerce para que esse profissional consiga desempenhar seu papel, observando que sua prática é permeada por atitudes acolhedoras e solidárias, produzindo e ressignificando o seu cuidado por meio de atitudes e posturas balizadoras de um novo fazer.

A palavra “cuidado” apareceu em todas as entrevistas como atributo primordial na função do ACS, demonstrando, com isso, que em toda a assistência prestada por esse profissional está a integralidade em saúde, a qual não se restringe apenas às competências e tarefas técnicas, mas também envolve acolhimento, vínculos intersubjetivos e escuta dos sujeitos. (FRANCO et al. 2004; MERHY, 2000)

Os pontos positivos citados no estudo são inúmeros, o que mostra que o município de Pirai tem uma boa governabilidade, tentando produzir uma saúde qualificada aos seus municípios. Porém, há alguns pontos de extrema importância para o processo de trabalho desses ACS, como o trabalho em equipe, que ainda se dá de forma desarticulada, tornando-se um entrave para a reestruturação do processo em saúde, voltado para a integralidade do cuidado.

Começar a entender as atribuições de cada profissional na ESF é uma forma de conhecer a importância do trabalho do outro e de reformular, juntos, o processo de trabalho da Unidade de Saúde, mostrando que todos os membros da equipe são importantes.

Outro fator observado é que o ACS se sente tão responsável por determinadas famílias, ao ponto de classificá-las como carentes e dependentes, passando a ter uma postura assistencialista e intervencionista, restringindo seu papel à solidariedade. Com essa postura, vai ficando em segundo plano a dimensão política de seu papel como alguém que conhece a comunidade e os seus recursos, podendo utilizá-los visando a transformar as condições de vida.

Observou-se que o ACS tem uma relação com o usuário que vai além do campo profissional, passando a ser quase familiar e com laços afetivos. Com isso, o ACS sofre por não distanciar-se e por não conseguir saber onde está seu limite de atuação, ocasionando um desgaste muito grande.

Um outro ponto negativo observado e que também é visto como fator de estresse é a sobrecarga de trabalho e a dupla jornada de trabalho, apresentados por permanecerem na Unidade de Saúde e terem de desempenhar a função de outros funcionários, como a do técnico de enfermagem e a do auxiliar administrativo, tendo de ficar na recepção, como citado anteriormente. Isso ocorre devido a um déficit desses profissionais em algumas unidades.

Quando o ACS passa a ficar mais tempo dentro da unidade, tem suas atividades laborais prejudicadas. Baseado na pesquisa sugiro a necessidade da contratação de profissionais técnicos de enfermagem e auxiliar administrativo – sabendo de todos os entraves dessa questão e que isso não é tão simples para a gestão –, de forma a prestar melhor assistência aos usuários, pois essa desestruturação é um ponto que dificulta a produção de saúde integral centrada no usuário e causa a insatisfação dos membros da equipe por conta da sobrecarga.

Falta, por parte da comunidade, entendimento das atribuições do ACS, quando apontada a entrega de exames e de medicamentos em domicílio. Um ponto seria trazer a comunidade para mais próximo da USF, utilizando-se do Conselho Gestor da Unidade, da associação de moradores e de outros espaços em que possam ser dialogadas essas questões.

A confecção de uma cartilha por todos os profissionais da equipe multidisciplinar, informando suas atribuições dentro da ESF, a importância da participação popular e as atividades desenvolvidas na unidade faria com que a comunidade a conhecesse melhor e talvez participasse mais.

O excesso de trabalho burocrático e a visão que têm os ACS, da gestão importar-se demasiadamente com a “produção”, são um ponto negativo. Uma proposta é repensar a forma verticalizada que tem sido transmitida para os profissionais da USF – a avaliação desses dados – de modo que se pudesse ter uma reunião com a equipe, explicando de maneira clara a



importância desses dados e metas, e não de forma punitiva, que é o sentimento que esses profissionais têm nos dias de hoje.

Utilizar a educação permanente é uma alternativa para quebrar o paradigma de “atingir a meta estabelecida pela SMS”, de forma que os profissionais dialoguem e compreendam que esses dados são importantes para demonstrar o que está sendo feito de bom, o que deve permanecer e como melhorar o que não foi atingido.

Observo que as agentes comunitárias precisam ter um espaço, ou seja, um período de reunião – podendo ser mensalmente – que faça parte do cronograma de atividades da SMS, em que troquem experiências com as outras, tendo dois representantes de cada unidade. Quando solicitam capacitação para a atividade educativa, vejo que precisam desse espaço de trocas. baseado no que foi observado nas entrevistas ACS.

De acordo com os princípios da dádiva, observei que é necessário capacitar o ACS, de modo que ele consiga entender como ocorre o mecanismo da mediação do cuidar. Nas entrevistas, observa-se que as agentes conseguem falar sobre mediação quando aludem à importância de serem o elo/a ponte, e também à intersetorialidade, ao vínculo e à confiança que estabelecem no dia a dia com os usuários. Contudo, observei que a parte técnica da profissão ainda está sobrepondo a parte do saber comunitário, e que os ACS têm dificuldades em lidar com todos esses sentimentos e fatores. Esse é um desafio que lanço e que também trago para a minha prática.

## REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M.. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface: comunicação, saúde, educação*. Botucatu: [Online]. V. 6, n. 1, p. 117-26, fevereiro, 2000.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N.. Concepts involved in the training and work processes of community healthcare agents: a bibliographical review. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, fev. 2008 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000100029&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100029&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 06 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Desafios e conquistas do PSF. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Brasília, ano 2, nº. 5, p. 07-13, maio, 2002. Número Especial.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Seção 1, n. 193, 6 out. 2006a, p. 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm)>. Acesso em: 08/12/2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf) Acesso em: 16 mar 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

COSTA, I.C.C; LEITE, M.J.W.P; CERQUEIRA, L.M. O papel dos recursos humanos no impacto social das práticas de saúde bucal. *Revista Saúde*, v. 11, n. 1-2, p. 70-76, jan 1997.

FRANCO, T.B.; PERES, M.A.; FOSCHIERA, M.A.; PANIZZI, M. (Orgs.). *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo tecnoassistencial com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec, 2004.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. (Org.). *O Trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o SUS no Cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p. 139-152, maio/ago. 2004.

INOJOSA, R.M. Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. X Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005. Disponível em: [http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/OS/inojosa\\_saude.pdf](http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/OS/inojosa_saude.pdf), acesso em: 16 de março de 2001.

LACERDA, A. *Redes de apoio social no sistema da dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde*. Dissertação (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2010.

LIBANIO, K. R. *A construção da integralidade nas práticas em saúde: o processo de implantação das ações de vigilância da dengue na estratégia de Saúde da Família do município de Piraí – RJ*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

MALTA, D.C. et al. Acolhimento - uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: CAMPOS, C.R. et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã; 1998. p. 121-142.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2007, vol.41, n.3, p. 426-433. ISSN 0080-62

MARTINS, P.H. Dom do reconhecimento e saúde: elementos para entender o cuidado como mediação. In: PINHEIRO, R; MARTINS, P.H. (Orgs.) *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011

MARX, K. *O Capital*. 14ª ed. São Paulo: Difel, 1994. v.1

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A., (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO. 2001, p. 39-64

MENDES GONÇALVES, R.B. *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, 1992 (Cadernos Cefor, Série textos, 1)

MERHY, E.E.; CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-150.

MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface: comunicação, saúde, educação*, São Paulo, v. 6, n. 1, p 109-116, fev. 2000.

MERHY, E.E. *A cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.

MOROSINI, M.V.G.C. *A política de formação dos Agentes Comunitários de saúde: memória de uma formulação em disputa nos anos 2003-2005*. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

NOGUEIRA, R.P; SILVA, F.B; RAMOS, Z.V.O. *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2000

NOGUEIRA, R.P. O trabalho em saúde: novas formas de organização. In: NEGRI, B; FARIA, R. & VIANA, A.L.D.( Orgs.). *Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp/IE, 2002. PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. Processo de Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I.B; LIMA, J.C.F. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2.ed.rev.ampl.- Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, 478p.

PINHEIRO, R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências*. Brasília: MS, 2002.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 23-38.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIRAÍ. Resolução nº 005/2005, de 17 de janeiro de 2005. Regulamenta a instituição e funcionamento dos conselhos gestores de unidades de saúde. Conselho Municipal de Saúde de Piraí, Piraí. 18 jan. 2005.

SILVA JÚNIOR, A.G.S.; MASCAREHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em Saúde sob a ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

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

SILVA, R.V.B; STELET, B.P.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da Integralidade em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

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

SIMÕES, A. O Agente Comunitário de Saúde na Equipe de Saúde da Família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. *Rev. Saúde Públ. Santa Catarina*, v.2, n.1, jan./jul. 2009

VELHO, G; KUSCHNIR, K. Biografia, trajetória e mediação. In: \_\_\_\_\_ (Orgs.). *Mediação, cultura e política*. Rio de Janeiro: Aeroplano Editora; 2001. p. 14-28.



**APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente a pesquisa intitulada “AS PERCEPÇÕES DO PROCESSO DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO SUS DE PIRAI” desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é coordenada por Sabrina Beatriz Carreiro dos Santos, a quem poderei contatar / consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (24) 93959932 ou e-mail [sabrinacarreiro@bol.com.br](mailto:sabrinacarreiro@bol.com.br)

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais estão voltados para Analisar as percepções dos ACS sobre o seu processo de trabalho, buscando identificar seu papel como mediador social na efetivação da integralidade do cuidado ao usuário.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semi-estruturada a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seu orientador/ coordenador.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar o(a) pesquisador(a) responsável, 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](mailto:cep-ims@ims.uerj.br).

A pesquisadora principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos

Pirai, \_\_\_\_ de novembro de 2011.

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

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

**APÊNDICE B- ROTEIRO DA ENTREVISTA**

- 1- O que é ser agente comunitário de saúde?
- 2- Como você se vê na relação entre profissional e usuário?
- 3- Como é seu cotidiano de trabalho?
- 4- Quais são as atividades que você não realiza?
- 5- Quais são as atividades que você acha que deveria fazer?