

Regina Márcia Maestrello Bolis Paula Meira

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:
CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS, NA PERCEPÇÃO
DOS PRÓPRIOS AGENTES, DOS MÉDICOS,
ENFERMEIROS E USUÁRIOS DO SERVIÇO.**

Dissertação a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Área de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista de Medicina “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Gimol Benzaquen Perosa

***Botucatu
2008***

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Meira, Regina Márcia Maestrello Bolis Paula.

O agente comunitário de saúde: convergências e divergências, na percepção dos próprios agentes, dos médicos, enfermeiros e usuários do serviço / Regina Márcia Maestrello Bolis Paula Meira - Botucatu : [s.n.], 2008.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2008.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Gimol Benzaquen Perosa

Assunto CAPES: 40602001

1. Saúde pública. 2. Reforma sanitária. 3. Programa Saúde da Família (Brasil).

CDD 614

Palavras chave: Agente comunitário de saúde; Agente social; Perfil do agente comunitário da saúde; Programa de Saúde da Família; Reforma sanitária.

Dedicatórias

Aos meus pais Pedro e Virginia

Que a cada momento me ensinam mais sobre a grandeza do amor, os verdadeiros valores da vida, pelo exemplo de dedicação e de vida.

Obrigada pela formação que me destes, enfim, por tudo...

Ao Toni

O grande amor da minha vida, presente em todos os momentos, parceiro na construção de uma vida. Pelo apoio incondicional, pelo carinho e empenho dedicado na finalização deste trabalho. Meu fiel escudeiro, não tenho palavras... apenas te amo!!

Aos meus filhos Virgínia e Bruno

Frutos do nosso amor. Duas criaturas que são os símbolos da nossa vida. Perdão se não pude estar tão presente nesses últimos meses, mas tenham uma única certeza, tudo que faço e penso, é por vocês...

Agradecimento Especial

A Professora Doutora Gimol Benzaquen Perosa

“Pela amizade e incentivo em todos os momentos marcantes da minha vida.”

Lembra-se da primeira vez que falamos sobre a pesquisa?

Quantos desejos, idéias, sonhos, devaneios...

E você, sempre me trazendo à realidade dos fatos,

Eu sempre a emoção, e você, a razão.

Não tenho palavras para te agradecer.

Compartilhar da sua competência, da sua integridade como pessoa humana,

Fez aprender a respeitá-la e admirá-la como grande ser humano.

A sua companhia, os seus conselhos,

Foram de extrema valia para a realização deste sonho.

Tenha a certeza que esses momentos

Ficaram para sempre guardados na lembrança.

Eu aprendi muito com você!

Agradeço pelo empenho, pela dedicação, carinho,

E pela confiança de seguirmos juntas nessa caminhada.

Este é meu singelo agradecimento a você.

Obrigada!!!

Agradecimentos

A DEUS,

Pela vida e fé que tem me concedido.

Aos Professores e Doutores, Caldas, Vânia, Carmem e Sueli, pela grande contribuição na qualificação, possibilitando-me refletir sobre importantes questões do trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Obrigada pela preocupação. Vocês são verdadeiros exemplos de dignidade e postura ética.

Aos Professores e Doutores, Maria Helena, Lislaine e Done, pela disponibilidade, contribuição e incentivo na realização desse grande sonho.

Ao Departamento Municipal da Saúde de Piraju, Em especial ao Dr Wandercy Bergamo e ao Sr. Luiz Antônio Alves de Almeida, por acreditarem na Saúde da Família e na importância dos trabalhadores da saúde continuarem estudando. Obrigada pelo constante incentivo e liberação institucional.

Aos Enfermeiros e Médicos do PSF de Piraju, companheiros de trabalho, que se disponibilizaram a participar deste estudo.

Por vezes sorrimos e choramos, mas ficamos felizes em saber que estamos nos permitindo contribuir com a qualidade de vida no mundo.

Nós fazemos a diferença!

Aos Agentes Comunitários de Saúde de Piraju,

Sem vocês, este trabalho não teria o motivo de ser.

Pela disponibilidade em responder às perguntas, pelo interesse em melhorar a saúde do município, muito obrigada.

Vocês são verdadeiras pedras preciosas.

Aos Usuários,

Que se disponibilizaram a abrir as suas portas e responder as questões que lhe foram dirigidas, com o maior respeito e seriedade, os meus sinceros agradecimentos.

Às amigas e companheiras Rosely e Marisa,

Pela amizade, cooperação e imprescindível contribuição nas idas e vindas para a complementação das entrevistas com os Agentes.

© meu muito obrigada!

Aos funcionários da Seção de Pós Graduação da UNESP - Botucatu, pela atenção concedida em todos os momentos.

À Sra Lucilene, secretária da Pós Graduação, Com quem sempre aprendi e tenho a liberdade de dividir as dúvidas e as angústias.

Obrigada pelo acolhimento sempre fiel!

Aos Funcionários e Docentes do Departamento de Saúde Pública da Unesp – Botucatu,

© meu sincero agradecimento.

Às Bibliotecárias da Unesp – Botucatu, Principalmente à Sra Enilce, à Sra Luciana, à Sra Meire, e à Sra Rose, pela amizade, dedicação e valiosa contribuição na revisão das referências bibliográficas.

Ao município de Piraju,

Obrigada por me acolher como filha e pela possibilidade da realização deste trabalho, que sempre foi o meu sonho.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho. © meu muito obrigada!

Epígrafe

“Se eu deixasse algum presente a você, deixaria aceso o sentimento de amar a vida dos seres humanos. A consciência de aprender tudo o que foi ensinado pelo tempo afora. Lembraria os erros que foram cometidos para que não mais se repetissem. Deixaria para você, se houvesse respeito àquilo que é indispensável: Além do pão; o trabalho, Além do trabalho: a ação. E quando tudo mais faltasse, um segredo: o de buscar no interior de si mesmo a resposta e a força para encontrar a saída”.

(Gandhi)

Resumo

O presente estudo busca identificar e confrontar as expectativas quanto ao Papel, Perfil e Capacitação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na percepção do próprio ACS, dos profissionais médicos e enfermeiros e, dos usuários. O campo de pesquisa foi o município de Piraju (SP), onde o programa está implantado há 12 anos. Trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo, realizado a partir de entrevistas semi-estruturadas com 40 Agentes, 07 médicos, 07 enfermeiros e 49 usuários do serviço. A partir dos dados, analisaram-se os seguintes temas: papel, perfil, capacitação e dificuldades na prática cotidiana do ACS. A análise dos dados mostrou que, uma porcentagem bastante alta dos entrevistados, em concordância com a proposição do Ministério da Saúde (MS), percebeu o ACS como elo de ligação entre a equipe de saúde e comunidade. Ao definir o perfil, os sujeitos valorizaram qualidades que implicavam no acolhimento e humanização do atendimento, mas, ao se posicionar quanto à capacitação e apontar dificuldades no cumprimento do papel, transpareceram as indefinições ainda presentes na determinação da função, especialmente, o conflito entre posições universalistas e comunitaristas. Em suma, apesar da função de Agente contar com eixos norteadores, assimilados pela equipe e comunidade, na prática, ainda é uma profissão que está sendo construída, dinâmica, sujeita a mudanças, formulações, reformulações, e também, contradições. Discute-se a necessidade de um amplo debate nas equipes, com a comunidade e com os gestores, a partir das diferentes experiências e controvérsias, para legitimar a função do Agente, e conseqüentemente do PSF, como modelo em saúde que pode ajudar a viabilizar a Reforma Sanitária.

Palavras chave: Agente Comunitário de Saúde; Programa de Saúde da Família; Agente Social; Papel do Agente Comunitário de Saúde; Reforma Sanitária; Perfil do Agente Comunitário de Saúde.

Abstract

This study seeks to identify and to confront the expectations related to the role, the profile and the qualification of the Health Community Agent (ACS) according to the perception of the agents themselves, doctors and nurses as professionals and the users of the system. The research field was the municipality of Piraju (SP) where the program was implanted 12 years ago. It is a study that considers both quantity and quality, performed through partially structured interviews applied to 40 agents, 07 doctors, 07 nurses and 49 users. From the data the following items were analysed: role, profile, qualification and difficulties on the ACS daily practice. This data analysis showed that a very high percentage of the interviewed people noticed the ACS as a link between the health staff and the community in agreement with the Ministry of Health's proposal. When defining the profile the interviewed people appraised qualities implying reception and kindness during attendance. However, considering qualification and pointing out difficulties in doing their job the still current indefinities in determining this function revealed, specially the conflict between universalistic and communitarian positions. In brief, although the ACS has leading rules assimilated by the staff and the community, in everyday life this dynamic profession is still being built, subjected to changes, formulations, reformulations and also contradictions. The necessity of an ample debate among staffs, communities and managers has been discussed starting from different experiences and controversies in order to legitimate the role of the Agent and consequently of the PSF as a model in health that can help to make possible the Sanitary Reform.

Key words: Health Community Agent; Family Health Program; Social Agent; Health Community Agent Role; Sanitary Reform; Health Community Agent Profile.

Sumário

1. Justificativa	27
2. Introdução	31
2.1. O modelo de cuba.....	34
2.2. O programa de saúde da família.....	38
2.3. O agente comunitário de saúde: implantação da profissão e formação profissional.....	40
2.4. A capacitação do agente comunitário de saúde.....	44
3. Objetivo	48
3.1. Objetivo geral.....	49
3.2. Objetivo específico.....	49
4. Metodologia	50
4.1. Cenário de investigação.....	51
4.2. Sujeitos da pesquisa.....	56
4.3. Coleta e análise de dados.....	57
4.3.1. Instrumentos e procedimentos.....	58
4.3.2. Análise.....	58
5. Resultados	62
5.1. Caracterização dos sujeitos quanto à idade...	63
5.2. Caracterização dos sujeitos quanto ao sexo...	64
5.3. Caracterização dos sujeitos quanto ao grau de escolaridade.....	64
5.4. Caracterização dos sujeitos segundo o tempo de serviço e/ou uso do PSF.....	65
5.5. O papel do agente comunitário de saúde.....	66
5.5.1. A visão do próprio agente comunitário de saúde.....	69
5.5.2. A visão das enfermeiras.....	76
5.5.3. A visão dos médicos.....	79
5.5.4. A visão dos usuários.....	82
5.6. O perfil do agente comunitário de saúde.....	84
5.6.1. A visão do próprio agente comunitário de saúde.....	88
5.6.2. A visão das enfermeiras e médicos.....	91
5.6.3. A visão dos usuários.....	94
5.7. A capacitação do agente comunitário de saúde.....	96
5.7.1. A visão do próprio agente comunitário de saúde.....	97

5.7.2. A visão das enfermeiras e médicos.....	100
5.8. Dificuldades do agente comunitário de saúde.....	102
5.8.1. Dificuldades referentes ao desempenho da função do agente comunitário de saúde.....	102
5.8.1.1. A visão do próprio agente comunitário de saúde.....	104
5.8.1.2. A visão das enfermeiras e médicos.....	107
5.8.2. Dificuldades estruturais do agente comunitário da saúde na visão de todos os sujeitos.....	109
6. Discussão dos resultados	113
6.1. O papel do agente comunitário de saúde.....	114
6.2. O perfil do agente comunitário de saúde.....	126
6.3. A capacitação do agente comunitário de saúde.....	131
7. Considerações finais	136
8. Referências	140
9. Anexos	148
Anexo 1 - Consentimento livre e esclarecido.....	149
Anexo 2 - Ficha de coleta de dados de campo (usuário).....	151
Anexo 3 - Ficha de coleta de dados de campo (ACS).....	153
Anexo 4 - Ficha de coleta de dados (médicos e enfermeiros).....	155
Anexo 5 - Características dos agentes comunitários de saúde.....	156
Anexo 6 - Características dos médicos.....	157
Anexo 7 - Características dos enfermeiros.....	158
Anexo 8 - Características do usuário.....	159
Anexo 9 - Autorização do comitê de ética e pesquisa.....	161

Lista de Abreviaturas

ACS -	Agente Comunitário de Saúde
AIS –	Ações Integradas de Saúde
CDR -	Comitê de Defesa da Revolução
CEB –	Câmara de Educação Básica
CNE –	Conselho Nacional de Educação
CMS -	Conselho Municipal da Saúde
CPFL –	Companhia Paulista de Força e Luz
CONASP –	Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
DESAU -	Departamento de Saúde
ESF -	Equipe de Saúde da Família
ETSUS -	Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
FMC -	Federação de Mulheres Cubanas
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geociências e Estatístico
INPS -	Instituto Nacional de Previdência Social
IMDH -	Índice Municipal de Desenvolvimento Humano
MS -	Ministério da Saúde
OPAS -	Organização Pan-Americana de Saúde
PA -	Pressão Arterial
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS –	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PPREPS –	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PSF -	Programa de Saúde da Família
SABESP -	Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo
SESP –	Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB -	Sistema de Informação da Atenção Básica
SP -	São Paulo
SUDS –	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
USF -	Unidade de Saúde da Família
USP –	Universidade de São Paulo

Lista de Tabelas

Tabela 1 -	Características dos sujeitos: ACS, Médicos, Enfermeiros e Usuários de acordo com a Idade.....	63
Tabela 2 -	Características dos sujeitos: ACS, Médicos, Enfermeiros e Usuários segundo o Sexo.....	64
Tabela 3 -	Características dos sujeitos: ACS, Médicos, Enfermeiros e Usuários segundo o Grau de Escolaridade.....	65
Tabela 4 -	Características dos sujeitos: ACS, Médicos, Enfermeiros e Usuários segundo o Tempo de Serviço e/ou Uso junto ao PSF	66
Tabela 5 -	O Papel do ACS: frequência e porcentagem das atividades apontadas pelos diferentes sujeitos.....	68
Tabela 6 -	Perfil do ACS: frequência e porcentagem das características e/ou habilidades apontadas pelos diferentes sujeitos.....	87
Tabela 7 -	Formas de Capacitação para a função do ACS apontadas pelos diferentes sujeitos: frequência e porcentagem.....	97
Tabela 8 -	Dificuldades do ACS: frequência e porcentagem das dificuldades percebidas pelos diferentes sujeitos no desempenho da função do ACS	103
Tabela 9 -	Dificuldades do ACS: frequência e porcentagem de dificuldades estruturais relacionadas com o papel do ACS	109

Lista de Figuras

Figura 1 – Localização do Município de Piraju no Estado de São Paulo.....	51
Figura 2 – Percentual da População por Faixa Etária.....	52
Figura 3 – Distribuição das Unidades de Saúde da Família, Piraju - SP/2007.....	55

Lista de Quadros

Quadro 1 –	População por Faixa Etária e Sexo no ano de 2007.....	52
Quadro 2 –	Proporção da População Residente Alfabetizada por Faixa Etária no período de 1991-2000.....	53
Quadro 3 –	Evolução dos Principais Indicadores de Saúde no Período de 2000-2006.....	56

1. Justificativa

Em 1994, quando a proposta do Programa de Saúde da Família estava circunscrita a poucos municípios brasileiros e não era prioridade nas políticas do Ministério da Saúde, o município de Piraju decidiu iniciar a mudança de seu modelo assistencial.

Em Piraju, nesse momento, buscava-se a transformação de um modelo de saúde, até então voltado para a cura e reabilitação das pessoas, o que fez com que o município buscasse inspiração no modelo cubano de assistência, firmando convênio com o Ministério de Saúde Pública daquele país para o início dos trabalhos, uma vez que a estratégia de mudança, pretendia enfatizar a visita domiciliar e a prevenção como sustentação do seu sistema de saúde, conforme aquele país (Ortega, 2002).

Desta forma, o convênio da Prefeitura Municipal de Piraju com Cuba, conjuntamente à implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), permitiu a vinda de profissionais cubanos para Piraju por dois anos consecutivos, e entre esses profissionais, alguns permanecem até o presente momento no município. A experiência que os cubanos trouxeram foi fundamental para o avanço da implantação e estruturação do programa. Em janeiro de 1995, foram constituídas as duas primeiras equipes para atendimento à população da Vila São Francisco, abrangendo cerca de 4.000 pessoas, residentes em dois conjuntos habitacionais: o Augusto Morini (Teto I) e o José Maria Arbex (Teto II). Cada equipe contava com um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem, acrescidas de um Agente Comunitário de Saúde a cada grupamento de 250 famílias (Piraju, 2003).

Na implantação, a formação das equipes foi realizada por meio de convênio firmado com Associações de Moradores de Bairro, facilitando e agilizando a seleção de pessoal que a nova proposta precisava ter, evoluindo progressivamente, no decorrer dos anos, com o aumento da cobertura populacional, capacitação do pessoal e, principalmente, com a melhoria dos indicadores de saúde no município.

Para atingir 100,0% de cobertura, foi preciso um esforço muito grande, uma vez que não se tratou apenas de criar novas equipes, mas também da extinção de um modelo anterior em funcionamento e a transformação de uma cultura local.

Ao mesmo tempo em que a nova proposta foi sendo implementada, vários obstáculos foram obrigatoriamente solucionados, tais como: o destino dado ao pessoal que trabalhava no SUS local e que não se adaptou ao PSF, a alocação das novas equipes, qualificação do pessoal para as novas funções, o tipo de especialidades necessárias para retaguarda, dentre outras mudanças necessárias (Piraju, 2003).

Em julho de 1999, propôs-se a extensão do novo modelo para o restante da população bem como a criação de um ambulatório municipal de especialidades, com a finalidade de ser referência ao Programa de Saúde da Família (Ortega, 2002).

A proposta consolidou-se em março de 2000, quando de modo conclusivo, o modelo de saúde do município, tornou-se 100,0% PSF, compreendendo, portanto, a essência desta edificação para o sistema de saúde local.

Atualmente, o município de Piraju conta com 08 equipes de saúde da família, sendo que cada uma é composta por: 01 médico; 01 enfermeiro; 01 dentista; 02 auxiliares de enfermagem; 01 auxiliar de consultório dentário; 01 escriturário; 01 auxiliar de limpeza; e 06 Agentes Comunitários de Saúde.

Se por um lado, Piraju conseguiu a cobertura total, ainda há vários desafios a serem enfrentados, como por exemplo, a capacitação dos Agentes. Compreendendo a importância do papel do Agente, para a consolidação dos princípios do SUS, e com o objetivo de identificar as expectativas que outros profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) tinham em relação ao seu perfil profissional, Meira e Silvestre (2003), entrevistaram os médicos e enfermeiros da área urbana do Programa de Saúde da Família de Piraju. As conclusões do estudo foram que o Agente:

- Tem que ter uma formação escolar mais elevada a fim de que consiga realizar a sua função junto à equipe de saúde;
 - Ter uma formação profissional, cultural, de habilidades técnicas e qualidade moral, para facilitar seu relacionamento com a comunidade e equipe de saúde;
 - O serviço necessita de uma delimitação clara de suas atribuições para poder programar sua formação mais específica.
-

Os resultados evidenciaram que mesmo dentro das equipes com maior tempo de serviço, ainda não havia clareza quanto ao papel requerido para o Agente, assim como quanto às competências necessárias e o tipo de formação para desempenhar a função. Este estudo, também se ressentiu de não contar com a percepção do próprio Agente e dos Usuários.

Assim, considerou-se oportuno estudar, na presente pesquisa, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) se percebem e são percebidos pelos outros elementos envolvidos em sua prática diária: equipe de saúde e comunidade.

Esperamos que nossa contribuição possa permitir que o Ministério da Saúde aprimore as especificações da formação e das atribuições práticas do Agente, a fim de esclarecer e fortalecer o trabalho desses profissionais junto às equipe de saúde, gestores públicos e comunidade, transformando-os em sujeitos ativos da sua própria emancipação e em elo permanente entre Estado e a sociedade.

2. *Introdução*

A Declaração de Alma-Ata, relatório final da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em setembro de 1978, na República do Cazaquistão, União Soviética, expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os profissionais da área da saúde, do desenvolvimento e da comunidade mundial, para a promoção à saúde de todos os povos do mundo, e concluiu que, para o alcance de um nível aceitável de saúde em um futuro breve, os cuidados primários de saúde seriam os principais meios de atuação, integrados ao desenvolvimento social e econômico, baseados no espírito de justiça. Reforçou, também, a necessidade de participação comunitária e individual no planejamento, organização, execução e controle dos mesmos (OPAS, 2006).

Durante décadas, no Brasil, pretendeu-se construir um sistema de saúde com vistas à universalização dos serviços e acessibilidade à população, com participação comunitária e de profissionais capacitados, efetivamente comprometidos, firmes em seu propósito, fortes, e esperançosos na construção de um sistema de saúde mais justo.

No país, desde os anos 70 e 80, já havia experiências em medicina comunitária, com um enfoque na família, e não no indivíduo, porém, com um alcance muito limitado. Esse movimento proveio dos Estados Unidos, onde nasceu, precedida pela medicina integral, na década de 40 e 50 (Sousa, 2001).

Os programas de ação comunitária e o movimento da medicina comunitária foram trazidos para o Brasil, pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e por fundações privadas norte americanas, especialmente a Kellogg e Rockefeller, sendo intensificadas nas universidades, através de diversos projetos: Medicina Comunitária de Paulínia-Unicamp/SP; Vale do Ribeira-USP; Londrina-Universidade Estadual de Londrina, e outros, elevando o grau de conhecimento e politização do setor saúde (Sousa, 2001).

A partir desse contexto, surgiram reivindicações para a reformulação do sistema de saúde da época, e a necessidade de romper barreiras e introduzir mudanças de uma nova forma de se pensar em saúde no Brasil. Inúmeras iniciativas e movimentos surgiram com o propósito de impulsionar a reforma sanitária, sendo os de maior expressão:

- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), criado para ser aplicado na região Nordeste em 1976, com finalidade de implantar estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes e contribuir para a qualidade do nível de saúde da população da região.
- Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), que teve origem em 1974, com o objetivo de treinamento de recursos humanos para a saúde e integração docente-assistencial, ou seja, a articulação entre o formador e o articulador (Sousa, 2001).

Frente ao agravamento da crise do sistema de saúde previdenciário em 1980, o governo federal propôs um plano de reorganização do sistema de saúde, o Prev-Saúde, que devido a pressões, não saiu da gaveta, ficando somente no papel. Em 1981, surgiu o Plano CONASP, elaborado pelo Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária, que incorporava propostas para a reforma sanitária do país. Com a efetivação desse plano, foram implantadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), que serviram de base para a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), e posteriormente, o Sistema Único de Saúde (SUS) (Fontinele, 2003).

Debruçando-se sobre a história da medicina no Brasil, percebe-se que as primeiras referências quanto à reorganização do sistema de saúde, foram focadas basicamente na figura do médico. Havia, na época (1973-1979), uma extrema preocupação com a “humanização da medicina” e pouca com os determinantes sociais da doença, com a universalização dos serviços, ou com a participação comunitária, tão aclamada pelo SUS (Fontinele, 2003).

Para o fortalecimento das estratégias estabelecidas pelas Ações Integradas de Saúde e também para discutir diretrizes para a construção do SUS, foi convocada e realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986. A conferência foi um marco para o movimento sanitário, servindo de base para a reestruturação da saúde, até então existente (Sousa, 2001).

A construção do SUS ganhou sustentação a partir da implantação do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) em 1991. Para Tomaz (2002) a experiência mais significativa do PACS no país, ocorreu no Ceará, em 1987. Com o objetivo duplo de criar oportunidade de emprego (frente de trabalho) para as mulheres na região do agreste nordestino e, ao mesmo tempo, contribuir para a redução da mortalidade infantil, focalizando ações de saúde, voltadas principalmente à mulher e a criança. O PACS, ainda existente no país, é composto basicamente por Agentes Comunitários de Saúde e por um enfermeiro, cuja responsabilidade é supervisionar, treinar, monitorar e controlar a equipe.

O PACS também utilizou a experiência de programas anteriores, como o Médico de Família, em Niterói, os Agentes Pastorais, as visitadoras sanitárias da Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) criada durante a 2ª Guerra Mundial, entre outras. A sua filosofia se baseia na prevenção, voltada à informação de noções básicas de higiene para o atendimento materno infantil e registro da população através de visitas domiciliares, assemelhando-se ao movimento de Reforma Sanitária e a experiências de outros países como os “Médicos pés descalços” da China, e a modelos de atendimento desenvolvidos em Cuba, Canadá e Inglaterra (Lima e Moura, 2005).

2.1. O modelo de Cuba

Em Cuba, a estrutura do sistema de saúde teve início a partir de 1959 com o triunfo da Revolução Socialista, pelo surgimento de políticas de saúde e de governo, dispostas a modificar as condições então existentes agravadas pela perda de cerca de 3.000 médicos (50% do total) por migração e pelo fato de que a maioria dos restantes estava radicada em Havana e nas capitais das províncias (Ares, 2000).

Iniciou-se, naquela época, um modelo de saúde “hospitalocêntrico” que, embora muito distante do modelo atual, permitiu o crescimento das faculdades de medicina, das unidades hospitalares e das unidades de atenção primária, com melhorias na qualidade e na quantidade dos recursos humanos disponíveis (Ares, 2000).

Em 1973, foram elaborados, pela primeira vez, "Los Programas Básicos del Área de Salud", que passaram a ser aplicados em todas as policlínicas e hospitais rurais do país, por intermédio de um documento nacionalmente conhecido como "Livro Rojo", contendo, inclusive, um capítulo sobre a organização do trabalho nessas instituições (Cuba,1992).

Nessa época, foi introduzido o atendimento à população, por equipes compostas de um médico e um enfermeiro, alocadas dentro das diversas policlínicas do país, e executando atividades de promoção de saúde. Cada equipe atendia em média, 5.000 pessoas (Cuba, 1992).

As policlínicas, em 1975, foram reconfiguradas como unidades de saúde e de ensino, passando cada equipe a atender cerca de 2.500 pessoas, dando ênfase às ações voltadas à prevenção e promoção à saúde da população. Em janeiro de 1984, surgiu o modelo de medicina familiar, mediante a instalação de 10 equipes do Programa de Medicina Familiar, no bairro Lawton, na cidade de Havana (Cuba, 1992).

Diante do sucesso dessa experiência, o governo cubano decidiu ampliar o número de equipes, chegando a 200 no final de 1985, em consultórios modulares de dois andares, sendo o primeiro andar destinado às atividades de saúde e o segundo, para a moradia do médico. Cada consultório, composto por um médico e um enfermeiro passou a ter, como referência, a policlínica, composta por especialistas (nível de atenção secundária). As diversas policlínicas, por sua vez, tinham como referência os hospitais regionais (nível de atenção terciária) e estes, quando necessário, a um dos cinco hospitais nacionais (nível de atenção quaternária) (Ortega, 2002).

O programa de medicina familiar propiciou a mudança administrativa e organizativa do sistema de saúde cubano, uma vez que o consultório do médico de família passou a ser considerado como a porta de entrada e base estrutural do sistema de saúde (Ortega, 2002).

Diante do novo modelo de saúde familiar, em 1997, a mortalidade infantil caiu para 7,2 por mil nascidos vivos e 50% dos óbitos ocorreram acima dos 60 anos de idade. Em 2000, o Programa de Medicina da Família atingiu a cobertura de 97% da população cubana (11,4 milhões de pessoas), com cerca de 30.000 equipes (Ortega, 2002).

Atualmente, Cuba conta com 381 áreas de saúde com cobertura completa com o programa do médico da família, que superam a cifra de 28.000 médicos, distribuídos em todo o país. Mais do 99,1% da população cubana está coberta com um médico e uma enfermeira da família e se espera atingir o 100% nos próximos anos. Em Cuba, a relação de número de habitantes/médico é de 1/175 pessoas (Cuba, 2007).

De acordo com o Ministério de Saúde Pública de Cuba (1992), o "Programa de Atención Medica Integral a La Familia", para alcançar o seu objetivo, deveria classificar a população de acordo com o seu estado de saúde em um dado momento, permitindo a organização de um sistema de atenção pertinente as suas necessidades e características, a chamada, "dispensarización". Esse sistema de atenção à saúde seria destinado à detecção, ao controle e ao acompanhamento dos pacientes portadores de doenças crônicas, à observação das situações de risco e à manutenção do nível de saúde dos aparentemente sadios, por intermédio de quatro grupos distintos, assim divididos:

Grupo I - supostamente sadios - Composto por pessoas que, depois de examinadas, não apresentavam enfermidades e nem fatores de risco detectáveis para a sua saúde.

Grupo II - com risco - Composto por pessoas que, depois de examinadas, não eram portadoras de nenhuma enfermidade, mas que estavam submetidas a determinados riscos biológicos, psicológicos e/ou sociais que poderiam comprometer seu estado de saúde, dentre eles:

- Riscos do recém-nascido;
 - Risco por idade (menores de 18 anos e maiores de 60 anos);
 - Risco pré-concepcional em adolescentes menores de 18 anos;
 - Gestante idosa (maior que 35 anos);
 - Presença de patologias ginecológicas e obstétricas;
 - Doenças sexualmente transmissíveis;
 - Filho de gravidez indesejada ou de mãe menor de 18 anos;
 - Peso menor que 3.000 gramas, ao nascer;
-

- Aleitamento artificial;
- Curva de peso estacionária;
- Atraso no desenvolvimento psicomotor ou retardo escolar;
- Puerpério e gestação;
- Risco laborativo;
- Tabagismo, alcoolismo e drogadição;
- Obesidade e dislipidemias.

Grupo III – enfermos – Composto por pessoas que padeciam de uma ou mais enfermidades, devidamente diagnosticadas.

Grupo IV – com seqüelas – Composto por pessoas que, como resultado de uma enfermidade ou acidente, apresentavam alguma alteração temporária ou permanente de sua atividade motora, funcional, sensorial ou psíquica. Uma vez classificada a população, o modelo de atendimento à saúde estabeleceu critérios de consultas e visitas domiciliares.

Em Cuba, não existe a figura do ACS propriamente dita, as pessoas responsáveis pelo elo de ligação entre o estado e a comunidade, são membros de organizações populares (voluntários e aposentados), que pertencem ao Comitê de Defesa da Revolução (CDR) e a Federação de Mulheres Cubanas (FMC). Os membros do CDR realizam diversas atividades sociais e governamentais, tais como: Campanhas de Vacinação, doações voluntárias de sangue, tarefas de apoio à cultura e esportes. Já os membros da FMC, realizam um trabalho de apoio ao funcionamento das creches e das escolas nos diferentes níveis de ensino. Realizam ações em favor à saúde das mulheres e crianças, participam dos programas de assistência social à família, entre outros, fortalecendo a assistência à saúde (Aloma, 2005).

Em Cuba, a equipe de saúde é composta por 01 médico e 01 enfermeiro, são eles, os responsáveis pelas visitas domiciliares, conforme o sistema de “dispensarização” (classificação da população de acordo com o estado de saúde), ou outras necessidades.

Diferentemente do Brasil, em Cuba não existe um número de pessoas definidas por área para o atendimento, podemos encontrar 01 profissional médico para 800 pessoas, 01 médico para um edifício, e até mesmo 01 médico para um quarteirão. Reforçando o que foi dito anteriormente, cada paciente recebe 01 visita/ano do seu médico ou enfermeiro independentemente do grupo no qual está inserido. O atendimento é realizado nos dois períodos do dia (Aloma, 2005)¹.

2.2. O Programa de Saúde da Família

Em consequência da grande contribuição do PACS, para a reforma sanitária no país, em 1994, foi implantado pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), com o propósito de privilegiar a atenção básica, fazendo a maior parte dos atendimentos na própria unidade de saúde e incorporando ações intersetoriais, objetivando melhorar a qualidade de vida da população assistida (Lima e Moura, 2005). A partir daí, o PACS, passou a ser incorporado pelo PSF, que por sua vez, passou a incorporar o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Criado pelo Ministério da Saúde em 1994, o PSF, apresenta características estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de provocar mudanças no modelo assistencial vigente, romper com o comportamento passado das unidades básicas de saúde e estender suas ações para e junto à comunidade.

O Ministério da Saúde (MS) requer essa nova prática de saúde, como a principal estratégia de qualificação da atenção básica e reformulação do modelo assistencial do país (Brasil, 2002a).

O Programa de Saúde da Família (PSF), é um modelo de assistência à saúde, que desenvolve ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, por meio de equipes de saúde que fazem o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, em nível de atenção primária, substituindo as práticas tradicionais por uma nova prática, que se inicia na atenção básica, onde os serviços de saúde devem criar um vínculo de responsabilidade com a população. A sua consolidação depende de definições concretas no campo de financiamento e da política de recursos humanos,

¹ ALOMA, O. (Departamento Municipal de Saúde – USF Vila São Pedro – Piraju - SP). Comunicação Pessoal, 2005.

profissionais com comprometimento, conhecimentos, atitudes e habilidades adequadas ao novo modelo (Brasil, 2002a).

Para que essa experiência se transforme, realmente em uma nova prática de saúde, são necessárias ações voltadas para o redirecionamento da participação dos profissionais, com vistas à construção da equipe de saúde, que deverá ser a verdadeira unidade produtora dos serviços: “A especificidade das responsabilidades de cada membro, jamais deverá ofuscar a missão comum da equipe” (Brasil, 2000a, p.10).

Segundo o Ministério da Saúde, essa prática democrática e construtiva somente será eficaz, se contar com a participação ativa da população, como sujeito do processo de manutenção e recuperação da sua saúde. Em resumo, o objetivo geral da Saúde da Família é:

“Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população” (Brasil, 2000a, p. 10).

Para Tomaz (2002), esse modelo de assistência à saúde, não pretende, apenas, aumentar a extensão de cobertura para as populações marginalizadas, mas deve ser visto como uma estratégia, que se propõe a reorganizar a atenção básica. O autor refere que, embora no início, esse programa tenha sido implantado em áreas marginalizadas, tem-se a expectativa que a médio e em longo prazos possa prover a atenção básica em saúde para toda a população, em conformidade aos princípios do SUS.

Dentro da mesma linha de pensamento, Dal Poz e Viana (1999), consideram essa nova estratégia, não apenas como um instrumento de reorganização de saúde vigente, mas responsável pelo desenvolvimento e articulação com os diferentes níveis de governo (estadual e municipal), além de contar, para sua implementação, com a participação fundamental, tanto dos Agentes quanto da comunidade.

Espera-se, também, que a reorganização da atenção básica pressione os outros níveis de atenção a se reestruturarem, para atender, com qualidade, a clientela advinda da atenção básica. Entretanto, percebe-se que até o momento, o trabalho de muitas equipes do PSF ainda se limita ao aumento da extensão de cobertura, gerando uma gama de conflitos internos e externos, consequência de várias questões operacionais, mas principalmente da falta de uma adequada qualificação de todos os profissionais envolvidos, dos Agentes aos gestores (Tomaz, 2002).

2.3. O Agente Comunitário de Saúde: implantação da profissão e formação do profissional

A Portaria GM/MS nº 1886 de 18 de dezembro de 1997, estabeleceu as atribuições do ACS, e o Decreto Federal nº 3189, de 04 de outubro de 1999, fixou as diretrizes para o exercício de suas atividades. Essas leis fizeram uma proposta qualitativa das ações que ele devia desempenhar, evidenciando-se um perfil profissional com atividades centradas na promoção da saúde.

“O ACS é um elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos distintos: o do saber científico e do saber popular. Ele detém, enquanto membro da comunidade, um conhecimento ímpar sobre sua dinâmica, seus potenciais, valores e dificuldades” (Brasil, 2000a, p.42).

Como herança do PACS, há a expectativa de uma identidade comum entre o Agente e a comunidade que deve ser atendida, mesmo sabendo que as pessoas envolvidas são diferentes por razões culturais, classe, idade, sexo, elas compartilham uma realidade, que as torna solidárias e comprometidas (Sousa, 2001).

Conforme o Guia Prático do Programa Saúde da Família elaborada pelo Ministério da Saúde, (Brasil, 2001a), as atribuições específicas do ACS eram as seguintes:

- realizar mapeamento da área; cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro;
 - identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;
 - identificar área de risco;
 - orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário;
 - realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básica;
 - realizar, por meio da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;
-

- estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco;
- desenvolver ações de educação vigilância a saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;
- promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras; traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites;
- identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pelas equipes.

A profissão de Agente Comunitário de Saúde, por sua vez, foi criada em 10 de julho de 2002, através da Lei nº 10.507, e caracteriza sua função como:

“Prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste“ (Brasil, 2002b).

Essa lei dispõe, também, sobre os requisitos necessários para o exercício profissional:

- residir na área da comunidade que atuar;
- haver concluído, com aproveitamento, o Curso de Qualificação Básica para Formação de Agente Comunitário de Saúde;
- haver concluído o ensino fundamental (Brasil, 2002).

Apesar das especificações da lei, a discussão do perfil, atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ainda é polêmica, e mesmo após alguns anos da implantação do programa, ainda não se conseguiu determinar de maneira clara e efetiva, as competências básicas para o desempenho da sua função.

Por um lado, é consenso que o ACS seja da própria comunidade, mas acredita-se que ele precisa de uma melhor formação, para dar conta do seu papel atual, bem mais complexo e abrangente que de início, quando suas ações se limitavam ao foco materno-infantil.

No presente, ele é responsável pelo atendimento da família e comunidade, exigindo novas competências, inclusive, no campo político e social.

Entretanto, ele não deve ser um simples elo entre a comunidade e a unidade, com uma atuação limitada à assistência, mas, como sujeito ativo em todo o processo de reorganização da atenção à saúde, há a expectativa de que se envolva em participações conjuntas no desenvolvimento de vários projetos intersetoriais (Brasil, 2002c).

Para Silva e Dalmaso (2002), o Agente aparece, nos diferentes programas oficiais, como o personagem que pode juntar as perspectivas da atenção primária e da saúde comunitária, buscando, por um lado, resolver questões, como o acesso aos serviços, mas, também, integrando as dimensões de exclusão e cidadania, ou seja, enfrentando o desafio de juntar o pólo técnico ao pólo político das propostas.

Para Nogueira e Ramos *apud* Silva e Dalmaso (2002) lidar com a dimensão técnica assistencial e a dimensão solidária e social, exige a incorporação de duas facetas, muitas vezes conflituosas. A tensão entre os dois paradigmas opostos acaba recaindo sobre o próprio ACS, quando este tenta cumprir o seu papel de servir de elo entre o sistema de saúde e a comunidade. O Agente se depara com um número cada vez maior de tarefas e responsabilidades, que trazem consigo múltiplos desafios e expectativas depositadas pelos gestores do SUS, e que são difíceis de serem correspondidas na prática (Nogueira, 2002).

Nogueira (2002) se pergunta se o ACS não representaria apenas uma versão atualizada do Agente de saúde pública dos anos setenta, participando de um novo processo de “extensão de cobertura” à população carente por meio dos serviços básicos do SUS. Ou se ele não seria uma figura nova e destacada no processo que se pode denominar de “extensão da solidariedade”, conforme a linha de política social da Comunidade Solidária dos anos noventa.

Essas perguntas continuam sem resposta na medida em que a contradição entre a dimensão técnica “universalista” do trabalho do ACS e a dimensão social “comunitarista”, cultivada pelo próprio Estado, faz parte das diretrizes das políticas de saúde e também da propaganda política feita pelo governo (Nogueira, 2002).

Nogueira (2002), salienta que, considerando a proposta universalmente aceita de que o ACS é um elo de ligação entre o Estado e a comunidade, parece evidente que, de um ponto de vista filosófico e administrativo, ele não deveria ser considerado como membro da equipe do PSF: primeiro porque não é um profissional, segundo, porque deveria manter um vínculo permanente de pertinência com a comunidade e suas organizações. Mas esta proposta não tem uma expressão organizacional e política adequada, de forma que o ACS se mistura e se confunde, na prática, com tudo o que é feito pelo PSF, pelo SUS e pelo Estado. O dilema permanente, no qual a dimensão social e política convivem com a dimensão técnico-assistencial não é privilégio somente do Agente, mas de todos os outros profissionais da saúde e de outros setores da sociedade. (Tomaz, 2002).

Para Tomaz (2002), parece não haver dúvida de que o ACS deva contribuir para o processo de transformação social. A sua participação política deve ser exercida não só como profissional, mas como cidadão. No entanto, é preciso ter em mente que essa transformação é um processo lento, requer esforços conjuntos e permanentes e é papel de todos os cidadãos. No presente, as ambigüidades que cercam a figura do ACS continuam e, provavelmente, ainda vão continuar por muito tempo, recaindo, sobre o ACS, o preço dessa indefinição.

No dia a dia, os Agentes são colocados diante de contradições sociais, o que é “muito pesado a eles” e por isso tendem a fazer determinadas opções, segundo as exigências e as referências próprias.

Por falta de informação clara sobre a delimitação de suas atribuições, além da falta de treinamento e conseqüente preparo, seu papel tem sido distorcido e super dimensionado. Qualquer ação que deva ser desenvolvida nas famílias e na comunidade é atribuída ao ACS, que para poder dar conta das demandas, passa a receber diversos micro-treinamentos, fragmentados, dados por diferentes programas, fora do contexto e sem uma seqüência lógica (Tomaz, 2002).

2.4. A Capacitação do Agente Comunitário de Saúde

Para Tomaz (2002), discutir o processo de formação ou qualificação de recursos humanos é preciso ter clareza com relação a três aspectos: o perfil do profissional a ser capacitado, suas necessidades de formação e qualificação e que competências devem ser desenvolvidas ou adquiridas no processo educacional.

Os desafios para os processos de preparação do “novo” perfil englobam os mecanismos de seleção, os processos de capacitação, aí incluídos os treinamentos introdutórios, a educação continuada e a sistemática de supervisão adotada. Em primeiro lugar, faz-se necessário a implantação de formas mais abrangentes e organizadas para formação e capacitação dos profissionais de saúde, incluindo os ACSs, mediante um projeto nacional, estimulado pelo Ministério da Saúde (MS), que incorpore e utilize experiências existentes, como os Pólos de Capacitação de Formação e Educação Permanente dos Profissionais de Saúde da Família e a série de vídeos educativos produzidos numa parceria entre o Ministério da Saúde e a Escola de Saúde Pública do Ceará - Agentes em Ação, entre outras (Tomaz, 2002).

Os programas educacionais devem ser elaborados e baseados no desenvolvimento de competências, utilizando métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos e críticos, centrados no estudante, e, quando possível, incluindo novas tecnologias, como a educação à distância (Tomaz, 2002).

Para aumentar a qualidade do atendimento, tendo em vista as demandas da população, o Ministério da Saúde investiu fortemente na política de educação do ACS. A partir da necessidade de preparar profissionais adequados para o SUS, e compreendendo a importância do ACS, como elemento essencial para a construção efetiva da ponte entre os serviços de saúde e as comunidades, o MS percebeu a importância da construção de instrumentos a fim de corroborar com as instituições formadoras na elaboração dos programas de profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde (Brasil, 2003).

Em outubro de 2003, foi elaborada uma versão preliminar do “Perfil de Competências Profissionais do ACS” por um grupo de trabalho, constituído por consultores técnicos do Departamento de Gestão da Educação na Saúde e pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Também participaram desse

grupo de trabalho, consultores representantes das áreas técnicas do MS e representantes do ACS, Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) e Pólos de Capacitação do PSF (Brasil, 2003).

O documento foi divulgado pelo MS através do sítio www.saude.gov.br para consulta pública até o dia 31 de dezembro de 2003, para registro de sugestões, com a finalidade da ampla participação de todos os profissionais envolvidos com a prática do ACS, permitindo uma melhor percepção do perfil profissional proposto e os recortes necessários para delimitar o campo de atuação deste profissional (Brasil, 2004a).

A consulta pública representou um passo importante para ampliação do debate em torno da formação do Agente, garantindo espaço e participação de todos os profissionais da área da saúde envolvidos com a Saúde da Família, visando a construção do perfil ideal desse novo profissional (Brasil, 2004a).

Foi registrado um número considerável de acessos no endereço eletrônico do MS, demonstrando relevante interesse pelo assunto em questão (Brasil, 2004a).

A compilação de todas essas informações permitiu a elaboração de um documento sobre o “Perfil de Competências Profissionais do ACS”, que resultou na proposta de um Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde.

O curso tem por objetivo preparar profissionais para atuar como técnicos de nível médio, junto às equipes multiprofissionais, desenvolvendo ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades. Possui carga horária mínima de 1.200 horas, conforme Resolução CNE/CEB nº 04/99 (Brasil, 2004a).

Cada competência proposta para o Agente, expressa uma dimensão da realidade do seu trabalho e representa um eixo estruturante da sua prática cotidiana. Partiu-se do princípio de que, em sua competência profissional, ele precisa incorporar as três dimensões do saber: o saber-conhecer, o saber-ser e o saber-fazer. As habilidades e os conhecimentos referentes a cada competência dimensionam a atuação do ACS (Brasil, 2004a).

Partindo da definição do objetivo, o perfil profissional requerido envolve a articulação de algumas competências: a) integração entre a equipe e a comunidade; b) planejamento e avaliação das ações de saúde em conjunto com a equipe; c) promoção da saúde, visando a melhoria da qualidade de vida da população; d) ações de prevenção e

monitoramento dirigidos a grupos específicos e doenças prevalentes; e) prevenção e monitoramento a situações de risco ambiental e sanitário. As competências incorporam os três elementos do saber: o saber-conhecer, o saber-fazer, e, o saber-ser e saber-conviver. Essas dimensões estão expressas nas habilidades (saber-fazer), nos conhecimentos (saber-conhecer) e nos valores e atitudes (saber-ser e saber-conviver) (Brasil, 2004a).

O Ministério da Saúde estruturou a proposta de formação do ACS por módulos, na perspectiva da habilitação profissional técnica, com carga horária mínima de 1.200 horas, perfazendo um total de 18 meses, sendo divididos em 03 etapas até a obtenção do diploma de técnico:

- 1ª etapa formativa: formação inicial de trabalhadores;
- 2ª etapa formativa: formação continuada de trabalhadores;
- 3ª etapa formativa: habilitação profissional técnica do ACS. (Brasil, 2004a).

Apesar dessas diretrizes, quando se analisa, concretamente, o processo de qualificação do ACS percebe-se que ele ainda é desestruturado, fragmentado e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel (Tomaz, 2002).

As ambigüidades e indefinições entre universalistas e comunitaristas recaem, também, sobre os profissionais de desenvolvimento de recursos humanos, que não sabem o que fazer (Nogueira, 2002).

Por um lado, a visão universalista acredita que os ACS precisam ter um perfil técnico bem estruturado, com preparo técnico uniforme e um cargo nas estruturas organizacionais do Estado. Por outro, na visão comunitarista, o ACS não pode ser definido segundo um perfil ocupacional, como ocorre com outros trabalhadores de saúde: o que ele faz depende dos problemas vividos e referidos pelas famílias, com prioridades que não emanam dos programas de Estado. Suas tarefas responderiam a necessidades da comunidade, que podem não coincidir com metas assistenciais definidas pelo SUS, e nem se assemelhar às tarefas dos auxiliares de enfermagem, com os quais costumam ser confundidos (Nogueira, 2002).

Segundo Nogueira (2002) este comunitarismo só tem sentido quando o sistema de organização do Estado promove e defende uma descentralização radical.

Este autor, também se indaga, se o trabalho do Agente deve ter objetivo estratégico e padrões de desempenho válidos para todos os lugares, como parte de um programa nacional que visa a aumentar o alcance e a eficácia dos serviços proporcionados pelo SUS, ou se deve ser visto como a expressão ampliada da ação comunitária, dentro de um modelo de desenvolvimento autônomo, local, e cujos problemas não são pré-definidos pelos programas de Estado.

Silva e Dalmaso (2002) deixam claro, que tanto para a visão comunitarista quanto para a visão universalista faltam abordagens e instrumentos adequados de preparação do ACS, o que parece indicar que o Estado ainda não aprendeu a lidar com essa figura de um ponto de vista educacional, da mesma maneira como ainda não sabe que estatuto lhe conferir de um ponto de vista trabalhista.

Apesar da polêmica explicitada acima, Tomaz (2002), lembra que, a partir de uma formação básica inicial para desempenhar atividades de vigilância à saúde, os Agentes Comunitários de Saúde, vêm visitando as famílias e proporcionando cuidados de prevenção, orientações básicas para promoção da saúde à sua comunidade. Esta iniciativa, que se tornou o modelo seguido pelo Ministério da Saúde, operado em diversos níveis por vários municípios brasileiros, vem apresentando resultados, que o tornam um dos esforços mais eficientes de saúde no mundo. Desde o início das suas atividades há registros de declínio significativo em mortalidade infantil, um aumento de níveis de imunização, avaliação de necessidades e recursos e uma intervenção profissional mais rápida.

Frente à importância do desempenho do Agente para consolidação da proposta de reforma sanitária, e das inúmeras controvérsias quanto à sua capacitação, entendeu-se oportuno estudar e avaliar como os Agentes Comunitários de Saúde se percebem, e são percebidos pela equipe e comunidade, as dificuldades que encontram, tendo como campo de pesquisa o município de Piraju-SP, onde o Programa de Saúde da Família está implantado há 12 anos.

3. *Objetivos*

3.1. Objetivo geral

Identificar e confrontar as expectativas quanto ao Papel, Perfil, Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde, nos três segmentos envolvidos (Agentes Comunitários de Saúde, Comunidade e outros Profissionais do Programa Saúde da Família) e analisá-las frente às expectativas no âmbito de políticas de saúde e políticas sociais esperadas pelo Ministério da Saúde.

3.2. Objetivos específicos

Identificar e analisar:

- as atividades fundamentais para desempenhar a função de Agente;
 - as características e/ou habilidades necessárias para desempenhar a função de Agente;
 - as formas e capacitação necessária para desempenhar a função de Agente; e
 - as dificuldades para o desempenho da função de Agente.
-

4. *Metodologia*

4.1. Cenário de investigação



Figura 1 - Localização do município de Piraju, no Estado de São Paulo.

A pesquisa foi realizada no município de Piraju, Estado de São Paulo, situado no Km 331 da Rodovia Raposo Tavares, região Sudoeste do Estado, tendo como principais vias de acesso, a própria Rodovia Raposo Tavares e a Rodovia Castelo Branco. Piraju dista-se a 335 km da Capital do Estado.

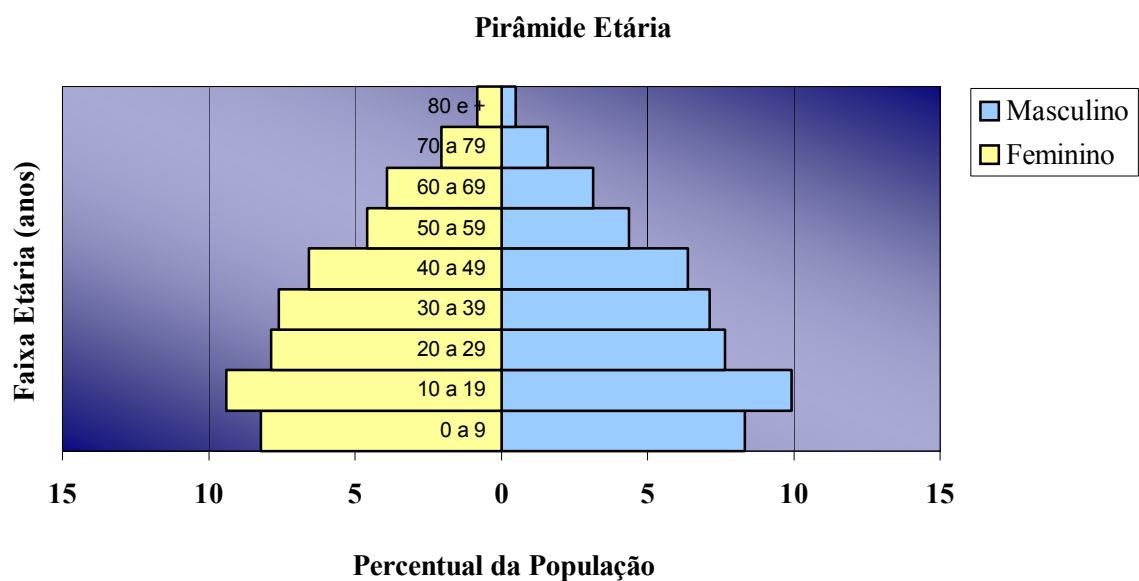
O Município possui uma Área Territorial de 603 Km², Densidade Demográfica de 48,31 habitantes/Km², Taxa Geométrica de Crescimento Anual por População - 2000/2005 de 0,88% a.a, Grau de Urbanização de 87,86 % e Índice de Envelhecimento de 53,23% (Brasil, 2005).

Segundo o último censo (Brasil, 2000b), o município possui uma população de 29.244 habitantes e estimativas para 2007 de 29.446 habitantes. A taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais é de 9,16%, sendo 6,64% no Estado.

Quadro 1 – População por faixa etária e sexo (Brasil, 2007a).

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	259	219	478
1 a 4	933	943	1.876
5 a 9	1.259	1.257	2.516
10 a 14	1.451	1.360	2.811
15 a 19	1.468	1.407	2.875
20 a 29	2.255	2.314	4.569
30 a 39	2.100	2.242	4.342
40 a 49	1.879	1.934	3.813
50 a 59	1.287	1.348	2.635
60 a 69	926	1.151	2.077
70 a 79	468	601	1.069
80 e +	145	240	385
Ignorada	-	-	-
Total	14.430	15.016	29.446

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas
Piraju, 2007

**Figura 2** – Percentual da população por faixa etária.

São encontrados em Piraju:

- Pré-escolas municipais;
- Pré-escolas estaduais;
- Escolas municipais de 1º grau;
- Escolas estaduais de 1º e 2º graus;
- Escolas particulares;
- Escola de 1º grau rural;
- Estabelecimentos de ensino superior.

Quadro 2 – Proporção da População Residente Alfabetizada por Faixa Etária

Faixa Etária	1991	2000
5 a 9	55,1	61,9
10 a 14	95,9	98,3
15 a 19	95,5	98,6
20 a 49	91,2	95,2
50 e +	70,0	78,3
Total	83,8	88,9

Fonte: IBGE/Censos

De acordo com Índice Municipal de Desenvolvimento Humano (IMDH), em dados (Brasil, 2000b), classificou-se o município com um valor estimado de 0,791, comparado ao Estado com um valor de 0,814. Piraju está inserido no grupo três, isto é, faz parte do grupo dos municípios com nível de riqueza baixa, mas com bons indicadores nas demais dimensões.

As principais atividades econômicas do município vêm da agricultura e pecuária, sendo o café e o gado de corte os mais proeminentes, mas não se pode deixar de lado as estufas de hortaliças, a soja e a batata. O comércio micro-regional também é forte,

mas a indústria é incipiente. Piraju também se destaca na geração de energia hidroelétrica, contando com quatro usinas geradoras em três barragens, Jurumirim, Santa Cruz e Piraju I.

Seu parque industrial é pequeno, localizado a 2 Km da zona urbana, no Distrito Industrial do município.

A energia elétrica, para toda a população do município, que até recentemente era fornecida pela Companhia Luz e Força “Santa Cruz”, foi repassada para a Companhia Paulista de Força e Luz – CPFL. O abastecimento de água é realizado pela Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (SABESP), sendo que 98,52% dos domicílios estão ligados à rede de abastecimento e 95,99% estão ligados à rede coletora de esgoto. O Esgoto no município ainda não é tratado. Cabe observar que a SABESP já construiu Lagoas de Decantação de Esgoto no município, porém sua ineficácia técnica não permite seu uso, sendo que o tema “Esgoto” no município está em tramitação junto ao Ministério Público. A coleta pública de lixo atende 98,97% das residências (Brasil, 2007a).

Os serviços de saúde no município foram municipalizados em 1989, sendo, atualmente, integrados a uma rede assim distribuída:

- Departamento Municipal de Saúde;
 - Equipes de Saúde da Família (07 equipes urbanas e 01 rural);
 - Policlínica para o atendimento de especialidades (01);
 - Hospital Geral com 100 leitos (01);
 - Pronto Socorro Municipal (01);
 - Centro de Especialidade Odontológica (01);
 - Equipes de Saúde Bucal (08)
 - Serviços de Fisioterapia (02);
 - Serviços de Centro de Diagnósticos (02)
-

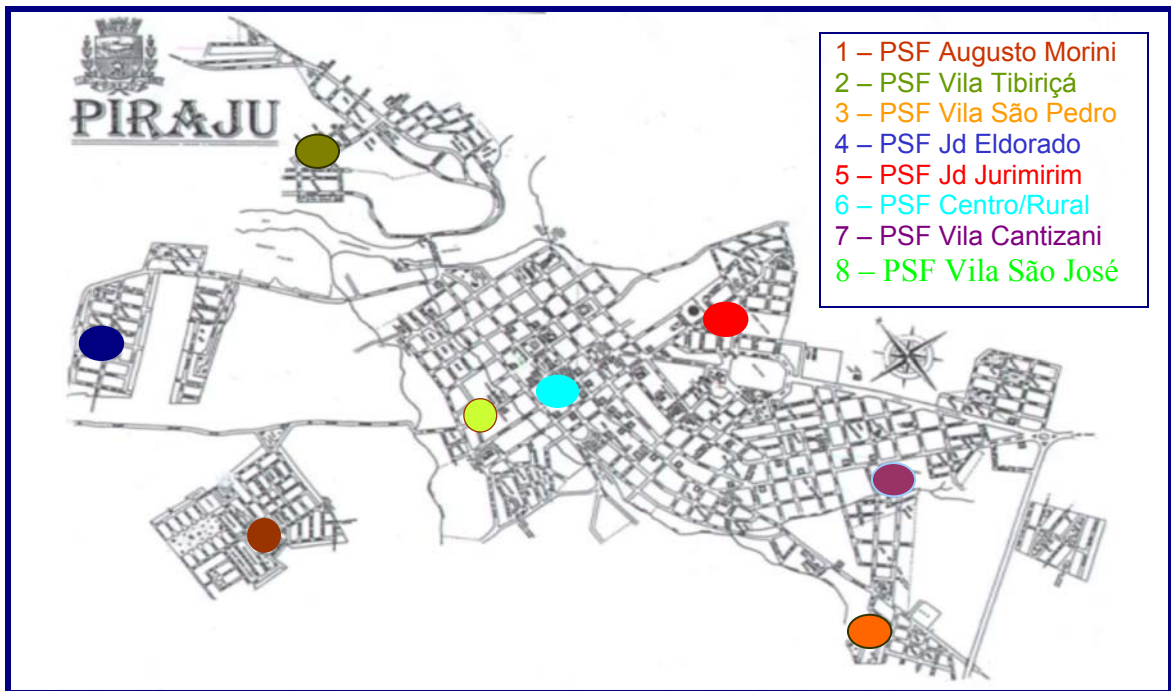


Figura 3 - Distribuição das Unidades de Saúde da Família, Piraju/SP, 2007.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) atua em todas as unidades de saúde do município, com uma cobertura de 100% da população, de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O total de famílias cadastradas atualmente no município pelo Programa de Saúde da Família é de 8.782 famílias (Brasil, 2007b).

Conforme o Quadro 3, apresentado a seguir, Piraju mantém níveis equivalentes para os coeficientes de mortalidade infantil, e gerais de mortalidade. Em se tratando do coeficiente geral de natalidade, houve uma melhora significativa. E, o coeficiente de natimortalidade apresenta dados de melhora expressiva.

Quadro 3 - Evolução dos principais indicadores de saúde no período de 2000-2006.

Indicadores	2000 (%)	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)	2004 (%)	2005 (%)	2006 (%)
Coeficiente de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos	10,57	13,57	22,02	12,13	12,56	11,57	11,76
coeficiente geral de natalidade por 1000 habitantes	17,51	15,73	16,16	14,47	13,90	14,87	11,62
coeficiente de natimortalidade por 1000 nascidos vivos	12,52	11,18	21,55	7,22	9,95	2,30	2,93
coeficiente geral de mortalidade por 1000 habitantes	7,40	6,69	5,69	7,16	8,66	7,68	7,38

Fonte: Vigilância Epidemiológica, 2006 (DESAU - Piraju)

4.2. Sujeitos da pesquisa

Participaram deste estudo, os seguintes sujeitos: Usuários do Programa de Saúde da Família, Enfermeiros supervisores das Unidades, Médicos do Programa e Agentes Comunitários de Saúde.

No total foram entrevistados:

- 40 Agentes Comunitários da Saúde (total dos Agentes do Programa Saúde da Família na área urbana do município de Piraju);
- 07 médicos (total de médicos do Programa Saúde da Família na área urbana do município de Piraju);
- 07 enfermeiras (total de enfermeiros do Programa Saúde da Família na área urbana do município de Piraju);
- 49 usuários do Programa de Saúde da Família do Município de Piraju.

Para calcular a amostra de usuários, levou-se em conta, em primeiro lugar, o fato de Piraju estar 100,0% coberto pelo Programa Saúde da Família. Em segundo lugar, tentou-se garantir a representatividade da amostra, contemplando as áreas em que está dividida a zona urbana. Assim, de posse do mapa da área urbana do município de

Piraju, com as divisões das áreas pré-definidas pelo Departamento de Saúde do Município (DESAU), foram sorteadas, aleatoriamente, as residências em que um dos usuários, representando cada família, seria entrevistado, perfazendo um total de 49 usuários.

Quando, por qualquer motivo, a residência sorteada precisava ser descartada, como por exemplo, por não haver ninguém em casa ou pela não autorização do entrevistado da residência, foi adotado o critério de entrevistar o usuário da próxima residência à direita da descartada.

Todos os sujeitos foram numerados e identificados como ACS, Enfermeiro, Médico e Usuário, preservando assim seus direitos individuais de sigilo pessoal.

A Zona Rural não foi contemplada neste trabalho, pois o programa rural não estava com seu cadastro completo, podendo apresentar distorções.

As entrevistas foram realizadas nos meses de março, junho e agosto de 2006.

4.3. Coleta e análise de dados

O projeto foi aprovado pelo Comitê em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, em 01 de agosto de 2005.

A Coleta de Dados foi realizada mediante o Parecer Favorável do Comitê de Ética em Pesquisa e a autorização dos sujeitos que participaram deste estudo (Anexo 01), conforme Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, que aprovou as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (UNESP, 1997).

A primeira etapa contou com a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação na pesquisa (Anexo 1).

4.3.1. Instrumentos e procedimentos

Em um primeiro momento foram coletadas informações gerais do entrevistado: idade, escolaridade, sexo, profissão, tempo de serviço (ou tempo de uso do programa para o caso dos usuários). Em segundo lugar, foram utilizados 03 tipos diferentes de entrevistas, elaboradas de forma semi-estruturada, para atender a todos os diferentes sujeitos da pesquisa.

As perguntas variaram segundo a categoria do entrevistado, mas em termos gerais, interessava saber sua relação com o Programa Saúde da Família, experiências anteriores com os serviços de saúde, percepção e avaliação da figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Com os componentes da equipe, também, foram abordadas a necessidade de capacitação e as possíveis dificuldades dos Agentes (Anexos 02, 03, 04).

As entrevistas com os Usuários foram realizadas em suas próprias residências e com os profissionais médicos, enfermeiros e ACSs, foram realizadas em seus respectivos locais de trabalho.

Cada sujeito foi entrevistado individualmente, e as entrevistas foram gravadas. Tiveram duração variada, mas não ultrapassaram o período de uma hora.

Todas as entrevistas gravadas estão arquivadas em meio magnético.

4.3.2. Análise

Primeiramente, elaborou-se um perfil dos diferentes sujeitos da pesquisa, ACS, enfermeiros, médicos e usuários, segundo: idade, sexo, escolaridade e tempo de serviço e/ou uso do programa. Para tabulação dos dados foram criadas as seguintes categorias:

✓ **Idade:**

- 20 a 25 anos;
 - 26 a 30 anos;
 - 31 a 40 anos;
 - 41 a 50 anos;
 - 51 anos e +.
-

- ✓ **Sexo:**
 - Masculino e
 - Feminino.
- ✓ **Grau de escolaridade:**
 - Nenhum;
 - Fundamental incompleto;
 - Fundamental completo;
 - Médio incompleto;
 - Médio completo;
 - Superior.
- ✓ **Tempo de Serviço ou Uso do PSF**
 - Até 01 ano;
 - + de 01 até 03 anos;
 - + de 03 até 06 anos;
 - + de 06 até 10 anos.

Os dados foram abordados de forma descritiva e serão apresentados em termos de frequência e porcentagem.

A análise dos dados obtidos através das entrevistas foi realizada por meio de análise de conteúdo, segundo a proposta por Bardin (1977). Para esta autora a análise do conteúdo é

“uma técnica de investigação, que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações” (Bardin, 1977 p.36).

A análise do conteúdo seguiu os passos descritos por Bardin (1977):

- pré-análise;
 - exploração do material;
 - tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.
-

Na fase de pré-análise, que visa a organização do material e reconhecimento das idéias iniciais do texto, foi realizada uma leitura de cada uma das entrevistas com o objetivo de reconhecer o texto e aquecer a pesquisadora, com impressões e orientações, para iniciar a análise dos dados propriamente dita.

Na fase de exploração, o material foi submetido a um estudo aprofundado, orientado pelo objetivo.

Com a finalidade de agrupar os dados e prover uma descrição inicial, trabalhou-se, em primeiro lugar, com um sistema de análise quantitativo descritivo, que tem por objetivo expor de forma clara, todas as informações obtidas a partir das entrevistas, para, em um segundo momento, utilizar um sistema de análise quantitativo-interpretativo, quando se pretende compactuar com certo nível de inferência, e apreender a fala dos informantes dentro de uma abordagem conceitual (Romanelli e Biasoli-Alves, 1998).

Primeiramente foram transcritas todas as entrevistas dos médicos e enfermeiros, de quinze usuários e vinte e dois ACSs. A partir das entrevistas dos diferentes sujeitos (ACS, enfermeiros, médicos e usuários), procuraram-se indicadores que possibilitassem uma classificação, por categorias temáticas, das percepções dos diferentes sujeitos, com relação ao trabalho do ACS.

Das múltiplas leituras, surgiram algumas categorias temáticas: Papel do ACS; Perfil do ACS; Capacitação para a função, Dificuldades no desempenho do papel e Dificuldades estruturais. Pelas respostas diretas às perguntas ou interpretando as falas, percebeu-se que os sujeitos associaram vários itens, isto é, atividades, habilidades, qualidades, e outros, a cada categoria temática.

Fase de tratamento dos dados. Com os itens de cada categoria compôs-se uma lista-catálogo (cheklist), para iniciar a análise quantitativa das entrevistas. Em uma mesma entrevista se podia encontrar vários itens de uma mesma categoria.

Para garantir a identificação do maior número possível de componentes, e certo entendimento em comum dos itens que compunham cada categoria, dois leitores independentes leram as entrevistas da totalidade de enfermeiros e médicos, dez entrevistas dos ACS e dez entrevistas de usuários, sorteadas aleatoriamente, e compararam os resultados, discutiram as discrepâncias, o que levou ao refinamento das categorias

temáticas, dos itens que as compunham, e, somente então, foram tabuladas todas as entrevistas.

Em um primeiro momento, os dados foram trabalhados de forma quantitativa, em termos de frequência e porcentagem. A frequência de cada item correspondeu ao número de vezes em que ele foi citado pelo conjunto de classe de sujeitos (Agentes, médicos enfermeiros e usuários). A porcentagem de cada item, por sua vez, foi calculada dividindo-se a frequência de citações de determinado item pelo número total de entrevistados daquela classe multiplicada por 100.

A seguir, tendo como objetivo o aprofundamento e compreensão das categorias, elaborou-se uma análise qualitativa de cada uma delas, recorrendo às falas dos sujeitos, representadas por frases, consideradas como unidades de sentido que exprimiam um pensamento. Iniciou-se, então a interpretação dos dados, a comparação com outras pesquisas, e referenciais teóricos, de modo a responder as questões orientadoras e aos objetivos propostos e motivadores deste estudo.

5. *Resultados*

Conforme preconizado, na metodologia, em primeiro lugar, serão apresentados os dados relativos à caracterização dos entrevistados, incluindo as características sócio-demográficas (idade, sexo, escolaridade e o tempo de serviço ou uso do PSF).

5.1. Caracterização dos sujeitos quanto à Idade

Conforme a tabela 1, a grande maioria dos entrevistados, encontra-se na faixa etária de 31 a 50 anos de idade 72 (69,9%); 17 (16,5%) têm entre 20 a 30 anos de idade e 14 (13,59%) possuem idade igual ou acima de 51 anos. Há uma pequena porcentagem de entrevistados mais jovens, entre 20 a 25 anos de idade que correspondem a 4,85%. Um total de 19 Agentes (47,5%) têm entre 31 a 40 anos de idade e 57,1% dos médicos têm mais que 41 anos.

Tabela 1 - Caracterização dos sujeitos: ACS, Médicos, Enfermeiros e Usuários, de acordo com a Idade.

Idade	ACS (40)		Médico (07)		Enfermeiro (07)		Usuário (49)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
20-25	4	10,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	5	4,85
26-30	4	10,0	0	0,0	2	28,6	6	12,2	12	11,65
31-40	19	47,5	3	42,9	2	28,6	12	24,5	36	34,95
41-50	10	25,0	4	57,1	3	42,9	19	38,8	36	34,95
51 e +	3	7,5	0	0,0	0	0,0	11	22,4	14	13,59
TOTAL	40	100	7	100,0	7	100,0	49	100,0	103	100

Em relação à idade, o estudo apontou uma concentração maior de Agentes na faixa etária de 31 a 40 anos: 19 (47,5%), Resultado semelhante ao encontrado por Peres (2006) em Marília (SP).

Para o Ministério da Saúde, um dos pré-requisitos exigidos para o processo de recrutamento e seleção do ACS, é que ele tenha idade igual ou acima de 18 anos, não havendo, portanto, um limite máximo de idade para sua inserção no programa (Brasil, 2001a).

5.2. Caracterização dos sujeitos quanto ao Sexo

Pode-se observar que 95 (92,2%) da totalidade dos sujeitos eram do sexo feminino: 07 (100,0%) enfermeiras; 03 (42,9%) médicas; 47 (95,9%) usuários do serviço; e 38 (95,0%) Agentes de Saúde. Apenas com relação aos médicos, mais da metade era composta por homens (57,1%). (Tabela 2).

A predominância de mulheres nas equipes de PSF, especialmente entre enfermeiros e Agentes, também foi observada por Seabra (2006), em Ribeirão Preto (SP); Peres (2006) em Marília e Ferraz e Aerts (2005), no município de Porto Alegre (RS), mostrando a alta participação feminina no cenário da saúde pública.

Com relação aos usuários, apesar da intenção de ter, na amostra, representações diversas de idade e sexo, como as entrevistas foram realizadas no período diurno, foi alta a porcentagem de mulheres, na maioria donas de casa, com pouca participação dos chefes de família.

Tabela 2 - Caracterização dos sujeitos: ACS, Médicos, Enfermeiros e Usuários segundo o Sexo.

Sexo	ACS (40)		Médico (07)		Enfermeiro (07)		Usuário (49)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	2	5,0	4	57,1	0	0,0	2	4,1	8	7,77
Feminino	38	95,0	3	42,9	7	100,0	47	95,9	95	92,23
Total	40	100	7	100,0	7	100,0	49	100,0	103	100

5.3. Caracterização dos sujeitos quanto ao grau de Escolaridade

Com relação à escolaridade, excluindo-se médicos e enfermeiros, 42 entrevistados possuem o ensino médio completo, totalizando 47,2%. Com grau superior encontrou-se 4,5%, ou seja, 04 entrevistados. Sujeitos com nenhuma escolaridade, somente 03, especificamente entre os usuários, perfazendo 3,4%.

Com relação aos Agentes, 30 (75,0%) possuem o ensino médio completo; 08 (20,0%) o ensino fundamental completo e uma pequena parcela, 02 (5,0%) têm o ensino superior. (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização dos sujeitos: ACS e Usuários segundo o grau de Escolaridade.

Escolaridade	ACS (40)		Usuários (49)		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nenhum	0	0,0	3	6,1	3	3,4
fundamental incompleto	0	0,0	16	32,6	16	18,0
fundamental completo	8	20,0	14	28,6	22	24,7
Médio incompleto	0	0,0	2	4,1	2	2,2
médio completo	30	75,0	12	24,5	42	47,2
Superior	2	5,0	2	4,1	4	4,5
TOTAL	40	100	49	100	89	100

Assim como no trabalho de Peres (2006), em Piraju, 75,0% dos Agentes, possui o ensino médio completo, isto é, um alto contingente de trabalhadores com uma qualificação superior à esperada pelo Ministério, que prevê, como requisito básico, o ensino fundamental.

5.4. Caracterização dos sujeitos segundo Tempo de Serviço e/ ou Uso do PSF

Mais da metade dos entrevistados, 53 (51,5%) participa do PSF há mais de 06 anos. 06 (85,7%) das enfermeiras está no PSF há mais de 03 anos. A maioria dos usuários 39 (79,6%) usa este serviço há mais de 06 anos.

Com relação ao ACS, 14 (35,0%) está no serviço de 01 a 03 anos, 10 (25%) de 03 a 06 anos e 08 (20,0%) têm mais de 06 anos de experiência no programa. (Tabela 4)

Tabela 4 – Características dos sujeitos: ACS, Médicos, Enfermeiros e Usuários segundo o Tempo de Serviço e/ ou Uso junto ao PSF.

Tempo	ACS (40)		Médico (07)		Enfermeiro (07)		Usuário (49)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 01 ano	8	20,0	1	14,3	1	14,3	0	0,0	10	9,7
(+) de 1 até 3 anos	14	35,0	1	14,3	0	0,0	3	6,1	18	17,5
(+) de 3 até 6 anos	10	25,0	2	28,55	3	42,85	7	14,3	22	21,4
(+) de 6 até 10 anos	8	20,0	3	42,85	3	42,85	39	79,6	53	51,4
TOTAL	40	100	7	100,0	7	100,0	49	100,0	103	100

A estabilidade no serviço é uma das expectativas de qualquer programa, pelas conseqüências que traz, em termos de experiência, para o aprendizado de sua função. Os dados demonstram que 18 (45,0%) dos Agentes têm mais de 03 anos até 10 anos de trabalho com a equipe, o que se pode considerar baixa rotatividade. A grande maioria dos usuários 39 (79,6%) usa o serviço a mais de 06 anos.

A seguir serão apresentados os resultados das entrevistas, separados por categorias temáticas (papel, perfil, capacitação e dificuldades), e por tipo de segmento (Agentes, médicos, enfermeiros e usuários). Em primeiro lugar serão apresentadas tabelas, com a freqüência e porcentagem de entrevistados que citaram cada um dos itens, que compunham as categorias. A seguir, tendo como objetivo o aprofundamento e compreensão das categorias, será apresentada análise qualitativa de cada uma, recorrendo ao recorte de frases das entrevistas, iniciando a interpretação dos dados e a comparação com outras.

5.5. O Papel do Agente Comunitário de Saúde

As três principais atividades do ACS, citadas pela amostra como um todo, foram, as visitas familiares (100,0%), ouvir necessidades da família (97,1%) e ser elo de ligação (92,2%) (Tabela 5). Como essas ações são, as mais enfatizadas nos documentos e falas oficiais, pode-se supor que, devido a isso, foram lembradas por todos os

entrevistados. Entretanto, seu caráter de prioridade, na fala dos sujeitos, fundamentadas com inúmeros exemplos, permite supor que são as atividades consideradas fundamentais, pelos participantes, para o desempenho do papel de Agente.

Segundo o Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde, do Ministério da Saúde (Brasil, 2004a), essas ações são consideradas de integração entre a equipe de saúde e a comunidade e vêm ao encontro do objetivo que preconiza que o Agente deve ter um contato permanente com as famílias, para facilitar o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe de saúde (Brasil, 2004a).

Tabela 5 – O papel do ACS: frequência e porcentagem das atividades apontadas pelos diferentes sujeitos.

PAPEL	ACS (40)		Enfermeiro (07)		Médico (07)		Usuário (49)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Atividades										
visitar as famílias	40	100,0	7	100,0	7	100,0	49	100,0	103	100,0
ouvir necessidades da família	39	97,5	7	100,0	6	85,7	48	98,0	100	97,1
elo de ligação	40	100,0	7	100,0	7	100,0	41	83,7	95	92,2
prevenção e promoção: sinalizar e orientar condutas	33	82,5	7	100,0	5	71,4	23	46,9	68	66,0
atender o usuário na unidade	15	37,5	0	0,0	0	0,0	25	51,0	40	38,8
orientar e esclarecer dúvidas de saúde	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36	73,5	36	35,0
informar os problemas detectados à unidade	15	37,5	7	100,0	7	100,0	0	0,0	29	28,2
planejar, organizar e informar as atividades individuais	23	57,5	3	43,9	0	0,0	0	0,0	26	25,2
entregar os exames e encaminhamentos	10	25,0	0	0,0	2	28,6	12	24,5	24	23,3
corrigir condutas medicamentosas	21	52,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	20,4
trazer/levar medicamentos e avisos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	40,8	20	19,4
participar e monitorar grupos específicos e de doenças prevalentes	4	10,0	5	71,4	0	0,0	10	20,4	19	18,4
monitorar potenciais fatores de risco	10	25,0	4	57,1	0	0,0	0	0,0	14	13,6
avaliar as relações interpessoais na família	13	32,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	12,6
fazer palestras	0	0,0	3	42,9	4	57,1	0	0,0	7	6,8
localizar e guardar os prontuários	6	15,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	5,8
alimentar o SIAB	0	0,0	3	42,9	0	0,0	0	0,0	3	2,9
participar de atividades familiares	1	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
participar do Conselho Municipal de Saúde	0	0,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0	1	1,0

5.5.1. A visão do próprio Agente Comunitário de Saúde

Analisando os resultados das entrevistas, com os Agentes Comunitários de Saúde, pode-se perceber que grande parte das atividades preconizadas pelo Perfil de Competências do Agente Comunitário de Saúde, do Ministério da Saúde (Brasil, 2004a), foram referidas pelos Agentes como atividades desempenhadas no exercício da função.

Em primeiro lugar, nota-se a importância dada às visitas domiciliares, citadas por 100,0% dos Agentes, que tem a finalidade de conhecer as necessidades da comunidade e desenvolver ações pautadas na realidade local. Em estudo realizado por Peres (2006), os Agentes de Saúde também consideraram a visita domiciliar, como sendo a base para o desenvolvimento do seu trabalho.

“... no dia a dia, a visita domiciliar é prioridade, é a orientação casa a casa, verificar os grupos de risco, ficar em cima da gestante, do bebê...” (ACS14).

“... as visitas do dia a dia, eles sentem firmeza, eles passam pra gente, o que está acontecendo, então é aquele vínculo mesmo do Agente com o paciente...” (ACS21).

A visita domiciliar tem vários propósitos. O objetivo mais citado pelos Agentes foi ouvir as necessidades da família (97,5%) (Tabela 5). Parece que há uma expectativa de que o Agente consiga ouvir as reais necessidades do usuário e compreendê-las, tornando-se co-responsável pelo auto-cuidado e pelos problemas da comunidade. Em estudo desenvolvido por Lotta, em dois municípios, Sobral e Londrina, percebe-se, na fala de um Agente, a importância dada ao desenvolvimento pessoal e comunitário, no trabalho do Agente: “... o ACS não é só visitar as famílias, mas é ter preocupação com a comunidade e seus problemas...” (Lotta, 2006, p.114).

Possivelmente ao dizer que o Agente deve pertencer à comunidade, está subentendido que ele pode ouvir e compreender melhor as necessidades da população, porque faz parte dela. O Agente também percebe que, a proximidade de moradia, facilita ao usuário, o acesso a ele, em tempo integral.

“... as famílias vêm o Agente como ‘pau pra toda obra’, eles não têm horário pra te procurar, não têm dia, eles nos procuram pra qualquer assunto, independente do posto, e a gente precisa ouvir...” (ACS22).

“... a gente fica o dia inteiro na rua, somos nós que sabemos quem mora na nossa área, quem entra e quem sai, a gente conhece todos os pacientes, nome e sobrenome, sabe quase tudo da vida deles, eles têm uma confiança muito grande em nós, eles contam tudo pra gente, é nós que sabemos o que realmente eles precisam da equipe, é uma atividade que se não tivesse um horário fixo, a gente viraria dia e noite, porque eles nos param no sábado, no domingo, na igreja, então a gente é Agente 24 horas; inclusive esses dias atrás, eu tive uma paciente que bateu na minha porta de madrugada, a gente é Agente o tempo inteiro...” (ACS09).

Os Agentes parecem acreditar que o encontro do ACS com o usuário possui elementos peculiares, referentes à escuta e à comunicação, anteriormente bastante negligenciados na prática da saúde.

Os Agentes mostraram preocupação com a comunicação como um todo: não se restringiram a apontar a importância de ouvir (97,5%), mas também com a forma de se comunicar com o usuário, com a necessidade de sinalizar e orientar condutas adequadas de higiene, alimentação e cuidados com a saúde (prevenção e promoção da saúde), citados por 82,5%, da amostra (Tabela). Além da maneira como eles se comunicam, eles têm que estar atentos, checar o entendimento e dar um “*feedback*” corretivo.

“... o ouvir e o como falar é importante, porque às vezes você sabe como fazer, mas tem que ter um jeito todo especial, pois muitas vezes as pessoas têm dificuldade para entender...” (ACS 03).

“... a primeira coisa que eu aprendi como ACS, foi que a hora que eu falasse com uma pessoa de prevenção à saúde, e a pessoa falasse assim: eu entendi... eu teria que repetir por mais dez vezes ainda, pois a comunicação é uma coisa do dia a dia...” (ACS04).

Ao lado das visitas e de ouvir a necessidade da população, a outra categoria citada por todos os Agentes foi servir como elo de ligação (100,0% - tabela 5). Este item parece indicar a importância que esses profissionais dão ao fato de atuar na comunidade, mas, também, de pertencer a uma equipe. Mesmo assim, a ação primordial, segundo os outros membros da equipe, de informar os problemas identificados à unidade, foi citada em uma porcentagem bem menor pelos Agentes (37,5% - tabela 5), quando comparada com as verbalizações de médicos e enfermeiros (100,0% - tabelas 6 e 7).

“... na verdade o Agente é um intercâmbio entre o paciente, a enfermeira e o médico. É através do agente que a equipe fica ciente dos problemas que ocorrem na micro-área...” (ACS04).

“... nós, Agentes, somos peças pequenas da engrenagem do PSF, precisamos ser ouvidos...” (ACS10).

“... a gente como equipe sabe direcionar o problema [...]. Eu considero a equipe, a minha segunda família...” (ACS04).

Nas falas fica bastante evidente que, dentre os profissionais da equipe, a auxiliar de enfermagem, que fica na Unidade, é o elemento que dá maior suporte ao Agente.

“... quando surge alguma intercorrência nas visitas, a gente volta à unidade, explica pra auxiliar de enfermagem que está na unidade, ela tenta resolver da melhor forma possível pra gente...” (ACS01).

“... eu sempre recorro às auxiliares de enfermagem, aí elas me orientam, depois a enfermeira, e se há necessidade, para o médico, então eu procuro mais as auxiliares de enfermagem, porque elas me apóiam muito, são sensíveis a tudo...” (ACS03).

O elo de ligação parece se referir a uma via de mão dupla em que, após as visitas, o Agente leva as preocupações da população à unidade, mas que, em contra partida, espera que ele entregue os exames e encaminhamentos (25,0%), e verifique, “*in loco*”, se as orientações e prescrições, inclusive as condutas medicamentosas estão sendo seguidas (52,5%).

“... às vezes eu tenho que entregar na casa algum exame ou algum encaminhamento que o paciente pediu pra enfermeira...” (ACS 11).

“... eu oriento, no caso de medicamentos, tomá-los no horário certo, com leite ou suco depende do caso...” (ACS05).

“... na minha área tem muito idoso, então eu chego na casa e já começo a contar os medicamentos pra verificar se estão tomando corretamente ou não...” (ACS25)”.

Sob o ponto de vista dos Agentes, seu papel é, sem dúvida, prestar orientações em saúde, fortalecendo a prevenção e a promoção (82,5%), o que vem de encontro às atribuições específicas do ACS do Ministério da Saúde, quando este preconiza que o Agente de Saúde deve: “Desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças”. (Brasil, 2001a p.78). Em termos quantitativos, foi a terceira categoria mais citada pelos Agentes.

“... a prevenção e a promoção da saúde é a verdadeira integração do Agente com a comunidade e o PSF...” (ACS 15).

“... o papel do Agente é fazer prevenção e promoção a saúde... eu acho que a prevenção é bem desenvolvida e é aceita pela população, pelos nossos superiores [...] já a promoção, eu acredito que tenha algumas críticas negativas...” (ACS04).

“... eu quero cada dia aprender mais e poder passar para o meu pessoal [...] o nosso papel é prevenir as doenças, né?” (ACS30).

Outros trabalhos com Agentes, como o desenvolvido no município de Anastácio, no Estado do Mato Grosso do Sul, (Oliveira et al, 2003), já demonstravam que, sob o ponto de vista dos próprios Agentes, as ações educativas e preventivas, visando à prevenção de doenças e a promoção à saúde, são os pilares que sustentam o seu trabalho e a estratégia em Saúde da Família.

Os sujeitos especificaram, com vários exemplos, o que consideravam ações de prevenção:

“... a gente orienta as dietas, atividades físicas, as vacinas, o exame de papanicolaou, enfim, todas as doenças em si, é para prevenir mesmo...” (ACS 24).

“... a gente orienta banho de sol, higiene do bebê, dietas para diabéticos, estimula atividades físicas...” (ACS 25).

“... a gente já conhece a nossa micro-área, a gente já sabe quem é hipertenso na casa, então orienta sobre alimentação, se é diabético, a gente fala sobre o cuidados com o açúcar; qual a importância da boa alimentação, do regime e os cuidados com o pé diabético, precisa ter qualidade de vida...” (ACS01).

“... toda 2ª, 3ª e 6ª feiras, a gente tem um grupo de caminhada que a gente faz alongamento com eles, a enfermagem verifica a pressão e a gente sai para caminhar...” (ACS13).

Os Agentes também exemplificaram o que consideravam ações de promoção à saúde. As atividades lembradas, pertinentes à saúde, foram entrega de folhetos educativos, com orientações de hábitos saudáveis, mas principalmente propiciar a presença do usuário ao posto, a partir da organização de festas populares e atividades recreativas, com a finalidade de tornar o ambiente familiar e aumentar suas chances de participação em movimentos em prol da saúde individual e/ou coletiva.

“... uma festa, um evento, a gente faz em benefício da população, vou citar a festa junina que a gente faz aqui, a gente faz a festa arrecadando coisas da população que pode mais para a que pode menos, tanto vem na festa àquele que colaborou como aquele que vem para participar da festa em si, então a promoção da saúde é a verdadeira integração da comunidade com o PSF, vem aquele que frequenta o posto e o que não frequenta, fica sabendo o que acontece aqui, e isso é muito importante pra nós...” (ACS04).

“... a gente esta montando uma gibiteca para a criançada ler, vai ter joguinhos (dominó, capoeira), judô para os adolescentes...” (ACS13).

As expectativas quanto à intervenção dos Agentes não ficou restrita a ações de prevenção para uma população saudável, mas alguns, lembraram, que as suas ações estão também direcionadas à prevenção e monitoramento a grupos específicos de doenças prevalentes, dos usuários pertencentes à unidade onde atuam.

“... onde tem gestante a gente cobra o pré-natal, onde tem menor de 01 ano, a vacina, é como eu te falei no início, depende de cada lar, de cada família...” (ACS34).

“... eu tento verificar se está ocorrendo quedas com os idosos, se não estão se machucando dentro do lar, se a família está tendo cuidado com eles, se vivem uma vida relativamente boa pela idade que tem...” (ACS04).

“... eu gosto quando são feitos os grupos de hipertensos, porque a gente trabalha no grupo com as pessoas mais idosas, então, é nesse dia em que o pessoal vem na unidade, e a gente pode cuidar deles de pertinho, nós temos um maior retorno nesse dia...” (ACS 14).

Os Agentes mostraram preocupação, também, em monitorar os potenciais fatores de risco ambiental e sanitário, item citado por 25,0% dos Agentes.

“... a gente orienta na limpeza dos quintais, da caixa d'água e sobre o lixo...” (ACS 24).

“... se eu encontro uma casa que é tudo limpo, eu vejo que tem água mineral, porque o ACS tem que entrar na casa e discretamente olhar a casa como um todo, então, se eu vejo, a casa tá limpa, tem água mineral, as condições de higiene são boas, eu não vou estar batendo nisso novamente, então depende da família...” (ACS04).

Assim como no trabalho de Peres (2006), realizado no interior do Estado de São Paulo, a proliferação atual do *Aedes aegypti*, transmissor da dengue, e a intensificação do controle e combate ao mosquito, foram as ações mais lembradas.

“... eu falo muito sobre o mosquito da dengue com as minhas famílias, como evitar a transmissão [...] pneus, areia nos vasos, sobre os caramujos...” (ACS 25).

Em concordância com as proposições do Ministério da Saúde, o planejamento das ações de saúde foi citado por 57,5% dos entrevistados. A programação tem por objetivo, estabelecer um fluxo dinâmico entre a equipe de saúde e as famílias e teve uma avaliação positiva. Entretanto, as verbalizações não esclarecem seu real poder de participação, nesse planejamento.

“... eu saio do posto por volta das 09 horas com as minhas visitas previamente programadas, eu sei como e aonde vou...” (ACS 04).

“... geralmente, de manhã a gente fica na unidade até as 08:30 horas, fazendo a parte de planejamento das atividades, como a gente faz as visitas nas casas, temos que anotar o que está ocorrendo com as famílias e passar para a enfermeira...” (ACS 37).

“... eu faço uma meta de visitas, tal rua [...] eu faço por rua, se não deu pra terminar eu volto no outro dia, sempre assim...” (ACS01).

No exercício da função, os Agentes acabaram citando atividades que não aparecem nas determinações do Ministério, mas parecem mostrar que, o forte vínculo que o Agente estabelece com o usuário não se restringe às visitas domiciliares, e cria outras expectativas de intervenção, como por exemplo, atendimento do usuário na unidade, citada por 37,5% dos Agentes.

“... o papel do Agente é visitar as famílias na casa e atender no posto...” (ACS32).

“... o dia a dia é uma delícia, porque cada dia é um dia eu saio de casa, às vezes bem cansada, mas quando chego no serviço, esqueço os meus problemas, a minha vida e estou pronta pra atender quem me procure na unidade...” (ACS 03).

Segundo 32,5 % dos Agentes, avaliar as relações interpessoais, na família, é fundamental para o planejamento das ações desenvolvidas junto à comunidade. Eles revelaram que a credibilidade conquistada, dia a dia com os usuários, facilitava a avaliação das relações familiares. Segundo os Agentes, muitas vezes, um problema de cunho individual, principalmente relacionado à saúde mental, pode prejudicar o coletivo, fazendo com que aquela família, até então vista como saudável, se torne uma família doente crônica, pela falta de um acolhimento efetivo. Os Agentes reconheceram ser necessária essa percepção, para o desenvolvimento das suas atividades junto à população.

“... nas visitas eu observo a família, a estrutura familiar, tem pessoas que às vezes estão passando por um desequilíbrio emocional, aí você percebe que é reflexo da discussão com os filhos, com o marido, separação do casal, então até um diálogo é bem vindo, você vê já a diferença da fisionomia, que eles estão se abrindo mais com você, pois tem pessoas que quando vai abrir o leque da sua vida particular, é difícil, então tem que deixar que acreditam no seu trabalho, então a gente vai ganhando dia a dia...” (ACS03).

Apesar de ter sido citado por apenas uma Agente, a proximidade e o convívio com os usuários podem confundir e distorcer o papel profissional, criando expectativas, por exemplo, de ter que participar de atividades familiares, como almoços, festas, entre outros. No trecho abaixo se pode perceber como é tênue o limite entre relações pessoais e exercício da função.

“... os meus pacientes são assim, eles vão até a minha casa, vão almoçar comigo, vamos até passear juntos, fica uma ligação muito grande, uma amizade profunda, tem que ser assim...” (ACS 19).

Outra atividade lembrada por uma minoria de Agentes foi a função do ACS localizar e guardar prontuários (15,0%).

“... a gente é quem pega os prontuários para o paciente passar por consulta, e no final da tarde a gente ajuda a guardar...” (ACS17).

“... de manhã, eu chego e ajudo a fazer o atendimento na portaria, ajudo a procurar os prontuários das pessoas que estão pra passar por consulta...” (ACS02).

“... até as 9:00 horas, a gente ajuda na organização dos prontuários, depois a gente sai para as visitas...” (ACS13).

Para Ferraz e Aerts (2005), o ACS vem desenvolvendo funções que descaracterizam o seu papel, uma vez que não estão preconizadas pelo Ministério da Saúde. Frequentemente ele é colocado frente a diversas situações que fogem à sua competência ou o desviam de suas reais funções. Todos os acontecimentos ocorridos na comunidade são referendados ao ACS, ou seja, uma sobrecarga de atividades que extrapola o seu papel. Mas, segundo Peres (2006), o Agente tem entendimento que muitas vezes está realizando tarefas que não são pertinentes à sua função. Possivelmente, ele vê nessa atribuição de responsabilidades, um ganho de “*status*” e da importância de sua presença na equipe. Nas palavras de um Agente deste estudo:

“... ser ACS é tudo, é a salvação...” (ACS07).

5.5.2. A visão das Enfermeiras

Entre as enfermeiras, houve maior concordância com relação às atividades do ACS. As falas das entrevistadas desta categoria profissional coincidem, em muitos pontos com as verbalizações dos Agentes Comunitários de Saúde: as enfermeiras consideraram como ações prioritárias à visita domiciliar (100,0%), ouvir necessidades da família (100,0%), ser elo de ligação entre equipe de saúde e a comunidade (100,0% - tabela 5). Em alguns momentos, fica claro que, na percepção das enfermeiras, a atuação do Agente não se restringe a abordar os indivíduos doentes, mas inclui as pessoas saudáveis.

“... o ACS deve estar diariamente na rua fazendo as suas visitas, tendo a consciência que deve dar atenção não só as pessoas doentes, mas também as pessoas saudáveis...” (E3).

“... a função dos Agentes é ouvir as necessidades da sua comunidade, trazer os problemas pra gente e ajudar as famílias naquilo que necessita...” (E7).

As enfermeiras não limitaram a participação do ACS ao trabalho externo, junto às famílias, mas, focalizaram, também, trabalhos na unidade, isto é, acharam essencial que monitorem os usuários com doenças prevalentes nas visitas, assim como, estar presente nos grupos de atendimento da unidade (71,4 %).

“... eu acho que a função do Agente é fazer visita domiciliar, auxiliar e estar atento aos grupos de puericultura, adolescentes, gestantes...” (E7).

“... é fundamental a participação do ACS nos grupos de Hipertensão, Diabetes, Gestantes e outros, principalmente quando é da sua micro-área...” (E1).

Assim como os Agentes, as enfermeiras também deram grande destaque às competências dos Agentes para desenvolver ações que visem a prevenção e promoção da saúde (100,0%), sinalizar e avaliar condutas adequadas de higiene, alimentação e cuidados com a saúde (100,0%) e monitorar potenciais fatores de risco à saúde da sua comunidade (57,1%).

“... eles devem orientar condutas de higiene, alimentação adequada, e cuidados básicos de saúde. Eles são aptos pra isso...” (E4).

“... os Agentes devem estar vigilantes aos agravos à saúde da sua comunidade para informar qualquer fator de risco...” (E1).

Mas, diferentemente dos Agentes, 42,9% das enfermeiras e 57,1% dos médicos, deram especial atenção a uma outra forma de promoção em saúde, as ações educativas, a divulgação de conhecimentos através de palestras:

“... o ACS deve ter iniciativa para trabalhos educativos em grupo, palestras sobre temas básicos de saúde, ser uma pessoa atualizada com o mundo...” (E6).

“... o Agente deve desenvolver atividades educativas através de palestras para a comunidade...” (M4).

Da mesma forma, essas profissionais destacaram, unanimemente, a necessidade de informar a unidade sobre os problemas identificados nas famílias (100,0%) e exercer seu papel de elo de ligação (100,0%). Seabra (2006), identificou que no entender de alguns enfermeiros, de Ribeirão Preto, o ACS tem o papel de tradutor, uma vez que repassa para a equipe de saúde, o retrato da comunidade, isto é, tem um outro olhar, que pode complementar e enriquecer as discussões sobre o planejamento da equipe, em relação ao atendimento aos pacientes.

“... elas têm muita responsabilidade no seu trabalho, se importam com os pacientes delas, sabe [...] elas vão atrás, se preocupam, fazem aquela vigilância, traz todos os problemas detectados para a equipe...” (E1).

“... os Agentes são responsáveis, tem que fazer aquela vigilância e trazer todos os problemas detectados pra equipe...” (E3).

Se por um lado, esta atribuição é avaliada positivamente pelas enfermeiras, chamou a atenção, a ênfase dada, à necessidade de reportar à equipe todos problemas identificados, associando a falta de autonomia às deficiências da formação do Agente.

“... eu gostaria que os Agentes tivessem um maior conhecimento na parte técnica, pois ajudaria bastante nas orientações que eles dão para a comunidade e ajudaria bem a equipe como um todo, porque muita coisa o agente pode estar resolvendo no domicílio, ele não precisa estar encaminhando tudo para a unidade, mas para isso, eles precisam ter um embasamento teórico para terem segurança no que eles estão falando, no que eles estão orientando, diminuiria muito esse volume de consultas que a gente tem todos os dias...” (E1).

Foram também as enfermeiras que mostraram grande preocupação com as tarefas de cunho administrativo: avaliação das ações de saúde, bem como alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), citado por 42,9 % da amostra.

“... o Agente deve sempre planejar as suas atividades, manter em ordem o seu local de trabalho, ser bem organizado...” (E5).

“... os Agentes devem alimentar o SIAB, é através dos resultados obtidos que melhoramos as condições de vida da comunidade em geral...” (E7).

A produção das informações em saúde de forma ágil, atualizada, completa e fidedigna, vem se confirmando em um importante instrumento de controle social do SUS, na medida em que possibilita à população, o acompanhamento e avaliação das atividades do serviço de saúde (Brasil, 2001b). Sendo assim, o SIAB é um instrumento de trabalho da equipe do Programa de Saúde da Família.

O ponto de partida para a construção de uma rede de informações em saúde é o conhecimento sobre o coletivo das famílias, que residem em um determinado local e a identificação das suas necessidades. Na visão das enfermeiras, o ACS é, dentro da equipe, a pessoa mais capacitada para alimentar esses dados.

“... os Agentes de saúde contemplam o esperado do serviço deles, eles mostram através dos resultados dos dados apresentados pelo SIAB, bons resultados, melhoria das condições de vida em geral...” (E4).

5.5.3. A visão dos Médicos

Os médicos, unanimemente, se preocuparam em ressaltar a importância do Agente na sua função de visitar a família (100,0%). Foi considerado o elemento mais capacitado, o único habilitado a entrar em contato com elas. Como pertence à comunidade, ele consegue entender melhor seus problemas e pode comunicar, de forma mais apropriada, a necessidade de mudanças de hábitos da família em relação à higiene e saneamento.

“... o Agente realiza um trabalho que nenhum de nós está habilitado a fazer, que é visitar as casas, ele faz um trabalho único, então ele tem que saber se comunicar...” (M5).

“... eu fico satisfeita com o serviço deles, a qualidade das visitas, os casos que trazem, eles dão prioridades, sem eles o meu serviço não justificaria...” (M7).

“... eles têm um trabalho direto com as famílias, conhecem os problemas de cada família, de cada bairro, e são os que podem atuar diretamente sobre esses problemas sociais, de saneamento entre outros...” (M2).

Os médicos avaliaram de forma muito positiva a função dos Agentes, considerando-o um facilitador, com vistas a desenvolver um amplo trabalho de valorização da vida familiar e de reflexão sobre os problemas de saúde que interferem na vida das pessoas.

“O ACS é peça fundamental, a gente deve tudo a ele” (M7).

“Eu acho que o trabalho do ACS às vezes pode ser mais importante do que o trabalho do médico ou do enfermeiro do PSF” (M4).

Mas os médicos deixaram claro, assim como as enfermeiras, que a função do Agente não se limita a ouvir a necessidades das famílias (85,7%). Ele deve, em um segundo momento, informar a equipe (100,0%), além de levar aos usuários informações, isto é, ser um elo de ligação (100,0%). Nas palavras de um deles, retro-alimentar o programa.

“... o ACS deve ser uma pessoa ligada à comunidade aceita por eles, e que tenha uma boa influência com a comunidade, levando os problemas da comunidade para a unidade e da unidade para a comunidade, fazendo esse elo de ligação...” (M2).

“... temos a importância do Agente, não como um elemento técnico, um elemento com conhecimento de medicina, mas como um elemento preparado culturalmente para trazer informações ao posto...” (M3).

“... os Agentes de saúde são a ante-sala do programa, eles ouvem as famílias, detectam os problemas de saúde, os riscos, e informam a equipe...” (M5).

Assim como os Agentes e usuários, os médicos também consideraram que além de transmitir informações, cabe a ele entregar exames e encaminhamentos (28,6%). Essa função não está descrita como atribuição específica do ACS, pelo Ministério da Saúde, que salienta, apenas que “ele deve orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário” (Brasil, 2001a p.78).

“... os Agentes fazem as atividades de retro-alimentação do programa, que é o contato com o paciente, informando, levando resultados de exames, encaminhamentos, uma informação que vai e volta, essa é a função dos agentes...” (M5).

Os médicos apontaram a importância de sinalizar e avaliar condutas adequadas de higiene, alimentação e cuidados com a saúde (71,4%), mas ao enfatizar essa função explicitam que o Agente só tem que se preocupar em informar, não cabendo a ele nenhuma intervenção. A impressão de que não delegam ao Agente, cuidados com a doença, foi reforçada pelo fato de nenhum médico citar que o Agente deveria se preocupar em estar presente e monitorar os grupos específicos atendidos na unidade.

“... os Agentes não precisam fazer curativo, o trabalho deles é meramente comunicativo, informativo de higiene, alimentação e cuidados básicos de saúde...” (M7).

“... o Agente não tem que participar na parte curativa, ele participa na parte de informação e educação à população...” (M1).

O único sujeito que lembrou e avaliou como uma função importante a participação do Agente no Conselho Municipal de Saúde foi um médico (14,3%).

“... eu acho que o acho que o ACS precisa participar do CMS ou criar um Conselho da Unidade, fazer parte das plenárias de saúde, inclusive todos nós, deveríamos participar...” (M7).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é o espaço onde se definem as ações prioritárias a serem desenvolvidas no sistema de saúde local. Os titulares do Conselho têm poder de voz e mando, podem controlar planejar as ações que julgam necessárias, e em conseqüência, avaliam a qualidade da saúde do município (Sousa, 2001).

Ao sugerir que o Agente participe do Conselho, assim como toda a equipe do PSF, o médico parece estar delegando, a quem executa as ações de saúde, a função de ajudar a zelar pelos direitos da comunidade, em um outro contexto, onde também se define pela melhoria dos serviços de saúde.

Outro médico, também, ressaltou o papel do Agente como um facilitador na produção de dados científicos, para a área da saúde.

“... o que falta no programa, é a parte investigativa. O Agente de saúde vai te dar informações que você não encontra em nenhum livro, ele vai dar dados científicos para enriquecer qualquer problema de saúde, e nós não estamos usando os agentes de saúde para isso. Nós, aqui no posto, tentamos fazer isto com o ACS e se comprovou o valor, que aporta uma doença, muitos médicos desconhecem, muitos livros não tem essa descrição, são dados importantíssimos, então estão aí, são experiências vivas da comunidade, e que varia de uma comunidade para outra, dentro do mesmo PSF...” (M5).

5.5.4. A visão dos Usuários

Como era esperado, visitar as famílias (100,0%) e ouvir suas necessidades (98,0%) foram as duas funções mais citadas pelos usuários e, avaliadas de forma positiva.

Para (Levy) 2004, valorizar a família e a comunidade em que se insere, além de estimular a participação do ACS na promoção da saúde e na prevenção de doenças, é a linha-eixo da filosofia do PSF.

“... no nosso bairro todos são muito atenciosos, principalmente a Agente, que vem aqui em casa sempre, passa por aqui orientando as coisas...” (U27).

“... eu não tenho o que reclamar, o Agente vem aqui em casa, faz o seu papel, conversa com a gente, um por um...” (U32).

Os usuários, unanimemente, citaram que, sendo elo de ligação (83,7%), o Agente facilita a vida do usuário. Especificamente 24,55% citaram que, na medida em entrega exames e encaminhamentos e leva medicamentos e avisos (40,8%), evita que eles tenham que se deslocar até o posto:

“... ele vem na casa da gente, é cômodo pra mim, eu não preciso ir lá no posto de saúde, ele vem na casa da gente, verifica se está tudo bem, se tem alguém doente, se estamos precisando de alguma coisa...” (U27).

“... a minha Agente de saúde esclarece as minhas dúvidas, me entrega os resultados dos exames me traz encaminhamento quando preciso. Ela é muito dedicada” (U36).

“... a Agente é ótima, ela passa aqui, ela vem dar os avisos do posto, e quando não me encontra, ela volta de novo. Pa mim, quando eu peço, ela marca consulta médica e até pro dentista...” (U30).

Pelas falas de alguns usuários fica claro que o usuário acaba criando um vínculo com o Agente e o percebe como um mediador dos serviços de saúde, tanto no domicílio como quando ele comparece à unidade para ser atendido (51,0%).

“... eu uso muito o posto de saúde e tudo o que preciso eu procuro o meu Agente...” (U46).

“... tudo o que ela pode fazer pra gente, ela faz, tanto no posto como aqui em casa...” (U20).

Os usuários citaram, com muita frequência, ações bastante concretas do Agente em sua função de orientar e esclarecer dúvidas (73,5%) e de sinalizar e avaliar condutas adequadas de higiene, alimentação e cuidados com a família (46,9%):

“... eu tô satisfeita, a Agente passa aqui, orienta quando tem vacina, trata da saúde da gente...” (U06).

“... a Agente de saúde é muito dedicada, desempenha muito bem o seu papel, quando ela percebe que faz mais de um ano que eu fiz o papanicolaou, ela já marca o dia pra fazer outro exame. Eu acho muito importante essa preocupação com a gente...” (U44).

O discurso dos usuários permite entender que o ACS é o responsável principal pelo seu acesso aos serviços de saúde. Foram várias as citações que mostravam a mudança no atendimento, após a entrada desse profissional nas equipes de saúde.

“... agora me sinto amparada, porque tudo que eu preciso, eu tenho com quem conversar...” (U08).

A população de modo geral, parece se sentir mais amparada, quando está sendo acompanhada pelo Agente de Saúde, sem a necessidade de estar doente, para receber atenção. A sensação de que melhorou o acolhimento, também foi observada por Levy (2004) em trabalho realizado na cidade de Bauru (SP).

“... eu acho que a saúde melhorou muito nesses últimos anos, agora é tudo mais fácil, eles atendem a gente muito bem...” (U37).

“... eu acho que melhorou bem o atendimento, eles vêm na casa, orienta a gente em tudo, tá muito bom, eles vindo na casa da gente...” (U30).

“... eu morei em São Paulo, e tive um enfarto. Lá tem que ter muita paciência e aqui não, eu sou muito bem tratada, lá o povo tem que esperar na fila [...] eu acho que tá tudo muito bom, não tem que melhorar nada. Aqui o povo reclama de barriga cheia...” (U21).

Mas, os próprios Agentes criticaram essa visão, que os coloca num patamar muito acima do ideal, como se fossem “salvadores da pátria”.

“... muitas vezes, as famílias enxergam o ACS, como um salvador da pátria, e não é bem assim...” (ACS30).

Algumas falas sugerem que os usuários esperam que o ACS seja co-responsável pelos seus cuidados, monitorando pacientes específicos, ou portadores de doenças prevalentes, (20,4%), durante a visita domiciliar.

“... eu tenho pressão alta, então a Agente vem aqui em casa, verificar se a gente tá tomando o remédio direitinho...” (U44).

“... aqui em casa tem idoso, o Agente vem aqui e orienta a vacina do idoso, explica o porque de tomar essa vacina...” (U46).

“... quando eu fiquei grávida da minha menina, ela vinha aqui em casa todos os dias, porque eu tive problema de pressão alta, ela cuidou de mim até o dia que eu fui ter a minha menina...” (U47).

5.6. O Perfil do Agente Comunitário de Saúde

Em 2001, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2001a), os requisitos básicos exigidos para a contratação do ACS eram: residir na comunidade há pelo menos 02 anos; ter 18 anos ou mais; saber ler e escrever; ter disponibilidade de tempo integral para exercer as suas atividades. Na época, qualquer pessoa que se enquadrasse nesse perfil poderia se inscrever e se submeter ao processo seletivo de ACS.

Entretanto, em julho de 2002, com a criação da profissão de Agente Comunitário de Saúde, através da Lei nº 10.507, houve uma reformulação nos requisitos básicos para a seleção do candidato ao cargo de ACS. Ficou estabelecido que é necessário residir na área da comunidade em que deve atuar, haver concluído o ensino fundamental, além de tornar obrigatória a conclusão, com aproveitamento, do Curso de Qualificação Básica para ACS (Brasil, 2002b).

Ao analisar as falas dos entrevistados das diferentes categorias profissionais e dos usuários, percebeu-se que, todos incluíram, no perfil do Agente, uma característica estipulada pelo Ministério da Saúde (MS): ser conhecido/pertencer à comunidade (93,2%).

Apesar da Lei nº 10.507, não estabelecer o tempo que o Agente deve morar na comunidade em que vai trabalhar Aerts e Ferraz (2005), observaram que, no município de Porto Alegre (RS), os Agentes moravam na mesma área em que trabalhavam entre 10 e 19 anos, sendo o tempo mínimo de 04 anos. No presente estudo, a grande maioria morava no bairro desde que nasceu e apenas 01 Agente morava no bairro em que atua há menos de dois anos. Eles são os únicos profissionais da equipe de saúde, que devem residir na área de atuação.

“... o Agente precisa morar no bairro, conhecer as famílias, ter bom relacionamento com a comunidade e ser uma ponte da comunidade com o serviço de saúde...” (M03).

“... o Agente é uma pessoa muito boa, aqui mesmo da vila. Ele é um amigo nosso, muito companheiro...” (U46).

O fato de morar na área de atuação foi avaliado positivamente pelos entrevistados, pois permite, ao Agente, conhecer os problemas da comunidade. Segundo Peres (2006), o fato de o Agente conhecer a comunidade e fazer parte dela proporciona ganhos no trabalho com as famílias. Mas, a ênfase dada a morar no bairro parece, implicitamente, manter uma expectativa de atendimento em período integral.

Estar disponível, também foi lembrado por 100,0% dos entrevistados. Em 2002, a necessidade de ter disponibilidade de tempo integral para exercer as atividades foi excluída dos pré-requisitos necessários para ser Agente, mas como se pode constatar pelas frases abaixo, na prática, ainda, o Agente é procurado, pelos mais diversos motivos, a qualquer hora.

“... lá na minha área, é um pouco complicado, porque eu moro dentro da área, então não tem como não realizar visitas, porque eles vão à minha casa, entendeu? Eles vão ao sábado, no domingo, ou à noite, na minha casa, se eu vou durante o dia e não acho ninguém ou deixo um recadinho, eles vão me procurar pra saber o que é? Posso deixar um recado bem explicativo, mas eles querem mesmo conversar comigo...” (ACS21).

“... eu já estou há um bom tempo no serviço, eles me procuram pra tudo, até pra resolver problema familiar, que eu não tenho nada a ver com isso, eles me procuram pra saber a minha opinião, às vezes até sobre um medicamento, um diagnóstico médico, eles vão me procurar, perguntam a minha opinião, é engraçado, né?” (ACS31).

“... ser ACS precisa ter muito amor naquilo que faz, ser dedicada, estar disponível para atender a comunidade...” (E3).

“... eu acho a minha agente muito boa [...] ela atende a gente a qualquer hora, não tem nada pra melhorar...” (U18).

Os entrevistados, como um todo, também citaram que o Agente precisa gostar do que faz (100,0%), saber comunicar-se (91,3%), ser amigo (86,4%) e ser responsável (82,5%).

“... eu não me vejo sendo outra coisa, depois que eu descobri o que é ser ACS. Eu gosto muito, tá no meu sangue, tá na minha alma...” (ACS04).

“... o ACS precisa ser mais que um amigo da família, a pessoa pega muita confiança na gente...” (ACS 04).

“... eu acho que a escolaridade não é o mais importante, o que realmente importa é o amor, ele precisa gostar do que faz, ser dedicado, gostar de ajudar as pessoas, esse é o perfil principal do Agente, é querer se doar ao próximo...” (M03).

Sousa (2001) em sua obra “*Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo*” destaca que um dos aspectos mais polêmicos do programa de Saúde da Família foi a definição do perfil do ACS. As falas dos diferentes profissionais de saúde eram conflitantes: uns afirmavam que o agente deveria ser treinado para ter capacidade de resolver os problemas básicos da sua comunidade; e outros queriam que os agentes se tornassem auxiliares de enfermagem comunitários, podendo atuar na assistência a comunidade com qualidade técnica. Apesar das tentativas de definição do Ministério da Saúde e dos anos de implantação do programa, a discussão ainda continua.

Tabela 6 – Perfil do ACS: frequência e porcentagem das características e ou habilidades apontadas pelos diferentes sujeitos.

PERFIL	ACS (40)		Enfermeiro (07)		Médico (07)		Usuário (49)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
gostar do que faz	40	100,0	7	100,0	7	100,0	49	100,0	103	100,0
estar disponível	40	100,0	7	100,0	7	100,0	49	100,0	103	100,0
ser conhecido/ pertencer à comunidade	37	92,5	6	85,7	7	100,0	46	93,9	96	93,2
Saber comunicar-se	37	92,5	4	57,1	7	100,0	46	93,9	94	91,3
ser amigo	34	85,0	7	100,0	5	71,4	43	87,8	89	86,4
Ser responsável	33	82,5	5	71,4	4	57,1	43	87,8	85	82,5
ter credibilidade e confiabilidade	37	92,5	5	71,4	7	100,0	0	0,0	49	47,6
ser ético	37	92,5	5	71,4	5	71,4	0	0,0	47	45,6
participar dos problemas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	46	93,9	46	44,7
ter equilíbrio emocional	34	85,0	6	85,7	4	57,1	0	0,0	44	42,7
ser persistente	34	85,0	6	85,7	0	0,0	0	0,0	40	38,8
saber trabalhar em equipe	24	60,0	2	28,6	1	14,3	0	0,0	27	26,2
Ser organizado	21	52,5	2	28,6	0	0,0	0	0,0	23	22,3
nascer para a função	13	32,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	12,6
ter iniciativa	0	0,0	5	71,4	7	100,0	0	0,0	12	11,7
Outros	0	0,0	2	28,6	5	71,4	0	0,0	7	6,8
ter crença religiosa	0	0,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0	1	1,0

5.6.1. A visão do próprio Agente Comunitário de Saúde

Focalizando, especificamente as entrevistas dos ACSs, a fim de determinar qual é o perfil ideal do Agente, percebeu-se para a grande maioria (92,5%) ele tem que ser conhecido/pertencer a comunidade e, para 100,0% dos entrevistados, deve estar disponível em tempo integral.

“... eu conheço toda a área por ser um morador antigo, a gente conhece, e isso é muito importante, essa minha área é de pessoas que tem casas fixas, não tem casas de aluguel, são proprietários e moradores já há tempo, que viram crescendo, então eles têm um certo conhecimento comigo, e é um fator positivo, facilita o meu trabalho, pois todos me conhecem...” (ACS13).

“... ser ACS é abraçar uma causa, e ela tem muito que crescer tem muito que oferecer. O ACS é em geral um amigo, um companheiro, ele não é ACS só às 8 horas, ele é 24 horas por dia, então pra mim, o ACS é um amigo...” (ACS06).

“... então a gente é Agente 24 horas, inclusive esses dias atrás, eu tive uma paciente que bateu na minha porta de madrugada, a gente é Agente o tempo inteiro...” (ACS09).

Outra característica citada pela totalidade dos Agentes foi gostar do que faz (100,0%). Ter prazer e estar motivado para desempenhar a função parece fundamental para quem vai enfrentar uma tarefa difícil e desgastante. Possivelmente, ao reforçar a paixão, a doação, o Agente pode estar justificando porque permanece em um trabalho em que tem que estar sempre disponível e tem uma baixa remuneração.

“... quem está no programa, está por paixão, isso aqui é o meu planeta, é o universo que eu gosto...” (ACS10).

“... este é um serviço de doação...” (ACS20).

“... uma coisa que não incentiva o serviço, é o salário, a gente trabalha com amor, faz de tudo, se doa por inteiro, só que a hora que você chega lá, vê conta pra pagar, você vê o seu salário, não é muito legal...” (ACS07).

“... eu ganho um salário mínimo, nas visitas, nem te conto, sapato é um por mês, eu já gastei muito sapato, não vale a pena o que eu trabalhei... é por paixão mesmo...” (ACS11).

Algumas das categorias citadas por mais de 80,0% dos Agentes são traços pessoais, ser persistente (85,0%), ser amigo (85,0%), ter equilíbrio emocional (85,0%), ser ético (92,5%), ser responsável (82,5%), que parecem características de personalidade, com poucas chances de serem adquiridas em cursos de capacitação.

“... o primeiro passo do Agente, é ser um amigo, depois vamos aprofundando no trabalho da gente...” (ACS33).

“... eu sei que tem um pessoal com convênio, mas eu sou chata, eu sou persistente, eu vou lá todos os meses... eu estou fazendo o meu serviço...” (ACS01).

“... a gente precisa ter um certo equilíbrio, a gente acaba se envolvendo, a gente sofre, não pode misturar as coisas, mas tem momentos que é muito difícil...” (ACS10).

“... a gente tem uma intimidade muito grande e conquistada com o tempo, um trabalho de confiança, de ética extrema, um trabalho delicado...” (ACS11).

A impressão que fica é que para ser Agente não há necessidade de cursos, mas de habilidades individuais, que, segundo 32,5 % dos Agentes, são inatas, ou seja, é preciso nascer para a função. Nas palavras de um deles:

“... ser ACS é nascer para a função, porque você tem uma ligação com a pessoa, com a casa e com o médico, você traz toda a bagagem da casa da pessoa...” (ACS03).

O tempo de experiência e a qualidade do serviço criam, também, características desejáveis. Foram citadas, especialmente, a credibilidade e confiabilidade (92,5%). No estudo de Peres (2006), ela também observou que o Agente coloca as relações interpessoais, como a amizade, a credibilidade e a comunicação como facilitadores do seu trabalho com as famílias.

“... facilita muito o serviço, quando a gente tem credibilidade com a família, quando você passa um caso e esse caso é solucionado ou pela enfermeira ou por uma visita do médico. Eles precisam acreditar na gente...” (ACS03).

“... tudo, a gente não pode resolver, a comunidade pede alguém em que ela possa confiar, possa contar, uma pessoa de caráter e me considero uma pessoa assim nesses moldes, sem falsa modéstia...” (ACS04).

Das habilidades citadas, saber se comunicar (92,5%) e saber trabalhar em equipe (60,0%) fazem parte dos programas de capacitação de Agentes, mas, a partir das falas, nem sempre fica muito claro o que se considera uma boa comunicação. Transmitir informações corretamente? Ouvir as queixas do usuário e interpretar suas necessidades ou comunicar-se para criar um clima de amizade e confiança?

“... a comunicação facilita o meu serviço, o dia a dia, o conhecimento com as famílias, a amizade que a gente tem a confiança, porque se a gente não for amiga...” (ACS20).

“... eu acho que o fato de eu ser comunicativa facilita bastante, apesar de eu nunca ter atuado nessa área, tive uma grande facilidade, comecei a fazer amizades na minha micro-área, então a pessoa se abre mais e a gente tem mais acesso às informações, fica muito mais fácil trabalhar...” (ACS12).

“... eu gosto de ser ACS, quando estou em visita, conversando com os pacientes, podendo resolver os seus problemas, sendo além de ACS, ouvir, entender, porque às vezes muitos pacientes necessitam de alguém que entenda os seus problemas, porque na família, não tem apoio, eles confiam muito no ACS. O paciente, as vezes, dentro do seu lar, não tem diálogo, com o ACS, ele vem, conversa, explica e as vezes alguns problemas que não está conseguindo solucionar, com uma simples conversa, a gente consegue resolver...” (ACS14).

Com relação ao trabalho em equipe, apesar da ênfase dada, nos discursos oficiais e da importância dada ao papel do Agente, como elo de comunicação, por todas as categorias, essa habilidade só foi citada por 60,0% dos Agentes. 52,5% dos Agentes citaram, também, a organização no trabalho, visto a complexidade das atividades e o número de pessoas envolvidas. Mas ao se referir ao trabalho em grupo, o aspecto mais enfatizado como positivo foi a união da equipe, o respaldo que ela garante. As reuniões, como espaço de explicitação e resolução de conflitos, também foram lembradas pelos Agentes.

“... o trabalho em equipe é tudo, a gente tem o respaldo da equipe aqui...” (ACS04).

“... o trabalho do Agente é muito complexo e precisa ser organizado, diariamente são realizadas as visitas e visto tudo que as famílias precisam...” (ACS22).

“... a nossa equipe é muito unida e é fundamental essa união para o nosso serviço, não temos divergências...” (ACS40).

“... a minha relação com a equipe é ótima, é lógico que tem hora que a gente escuta alguma coisa que não agrada às vezes você vê um amigo de serviço fazendo algo que você não aprova, mas o meu relacionamento é ótimo. E conflito, a gente tem reunião pra isso, pra estar discutindo o que é certo e o que é errado, para estar colocando os pingos nos is...” (ACS20).

5.6.2. A visão das Enfermeiras e dos Médicos

Assim como os Agentes, 100,0% dos outros elementos da equipe, enfermeiras e médicos, citaram a importância do Agente gostar do que faz, associando o prazer com a disponibilidade para atender os usuários. A percepção desse trabalho como algo estimulante, parece garantir a boa vontade e dedicação. A motivação para o trabalho, também seria responsável por uma característica muito valorizada pelas enfermeiras, a persistência, citada por 85,7% da amostra.

“... ser ACS precisa ter muito amor naquilo que faz, ter muito boa vontade...” (E1).

“... os nossos Agentes têm boa vontade, tem visão de comunidade, da importância da disponibilidade, eles tem estímulo...” (M7).

“... o Agente de saúde precisa ser persistente no seu serviço e nunca desistir...” (E4).

Portanto, é um trabalho que necessita de doação. Nas palavras de um médico, o Agente que melhor desempenha seu papel é aquele que tem uma crença religiosa (14,3%), que estimule a caridade. O amor pelo trabalho e pelas pessoas garantiria os sacrifícios e possivelmente compensaria os baixos salários e dificuldades.

“... o ACS deve ser uma pessoa que freqüente a igreja, toda pessoa que tem uma determinada crença, que freqüenta uma igreja, elas tem um maior dom para a caridade, são as pessoas que dão certo como agente...” (M6).

Da mesma forma que os Agentes e usuários, pertencer à comunidade foi citado como característica importante por todos os médicos e 85,7% das enfermeiras. Mas parece haver uma diferença na importância dada, por enfermeiros e médicos, ao morar na mesma área, quando comparada com a fala de Agentes e usuários. Enquanto que para estes últimos, o fato de pertencer à comunidade facilitaria a identificação pronta dos problemas,

os médicos e enfermeiros acrescentaram a essa vantagem uma outra: morando na mesma área, os usuários abrem mais facilmente suas portas e há uma maior probabilidade que adotem as recomendações transmitidas pelo Agente.

O acesso às famílias se torna mais fácil, também, se o Agente é amigo (71,4% dos médicos e 100,0% das enfermeiras), tem credibilidade e confiabilidade (100,0% dos médicos e 71,4% das enfermeiras) e sabe se comunicar (100,0% dos médicos e 57,1% das enfermeiras).

“... o Agente tem que ser uma pessoa ligada a comunidade, pertencer a essa comunidade, uma pessoa que todos aceitem bem e que tenha uma boa influência com a comunidade...” (M2).

“... o Agente, precisa antes de tudo, ser um amigo da família [...] um confidente...” (E1).

“... o Agente precisa ter credibilidade com as famílias, um certo prestígio com as famílias para que o aceite bem...” (M4).

“... o ACS deve morar na área em que vai atuar, ser alguém de destaque, um líder, ter capacidade de se comunicar com as pessoas...” (M3).

A equipe de saúde parece muito preocupada com a aceitação do Agente pelos usuários. Além de ser amigo, a grande maioria dos médicos (71,4%) e algumas enfermeiras (28,6%) sugeriram que ele seja humilde, atualizado e simpático.

“... o Agente para trabalhar no programa precisa ser pessoa simples, uma pessoa atualizada com o mundo...” (E6).

“... o Agente de saúde precisa ser morador do bairro, conhecer as famílias, ser simpático aos olhos da comunidade com quem irá trabalhar...” (M3).

Na medida em que os Agentes conhecem os segredos e abordam a intimidades da família, 71,4% dos médicos e das enfermeiras ressaltaram a necessidade que esse profissional seja ético. A ética veio associada com a responsabilidade, (citada por enfermeiras 71,4% , e por 57,1% dos médicos), em relação ao que ouve e vê nas visitas às famílias.

“... acredito que o Agente deva ser uma pessoa ética e responsável mediante o seu trabalho... (E6)”.

“... o ACS também tem que ter uma visão ética das coisas, pois a partir do momento que ele está envolvido tanto com a comunidade, ele conhece o mais íntimo das famílias...” (M2).

“... este profissional precisa ter responsabilidade nos seus atos, pois está lidando com pessoas, com a saúde de uma comunidade...” (M2).

Os problemas com que o Agente se depara, muitas vezes, de ordem emocional, como conflitos e perdas, pareceram exigir mais uma capacidade: que tenha equilíbrio emocional. O equilíbrio emocional foi citado por 85,7% das enfermeiras e 57,1% dos médicos.

“... eu acho que o agente precisa ter um grande equilíbrio emocional, pois as pessoas têm altos e baixos, todos tem fase de bom e mau humor, saber lidar com a morte é fundamental, tem que ter um equilíbrio emocional compensado e enfrentar isso...” (M4).

Para detectar os problemas da comunidade, além da persistência, o Agente precisa ser um bom observador, e para oferecer soluções, ele precisaria ter iniciativa e criatividade (100% dos médicos; 71,4% das enfermeiras).

“... o Agente de saúde é aquele que tem que ter iniciativa tem que procurar, vasculhar mesmo, verificar se as condutas combinadas estão sendo seguidas, ser um curioso... um observador, perceber quando um paciente não está bem...” (M6).

“... eu acho que este profissional de saúde tem que ter a responsabilidade de buscar novas soluções para as dificuldades encontradas na sua comunidade...” (E5).

“... o Agente precisa ter iniciativa para fazer trabalhos de grupo e reuniões sobre os temas básicos da saúde...” (E2).

“... deve ser uma pessoa criativa, educada, ser interessada nos assuntos dos clientes...” (E5).

Novamente, saber trabalhar em equipe, foi uma competência pouco referida, por apenas 14,3% dos médicos e 28,6% das enfermeiras. Foi lembrado que o agente precisa ter espírito de equipe, mas principalmente que ele necessita conhecer seus limites, recorrendo ao resto da equipe, quando se depara com problemas.

“O programa de saúde pode ter todo o recurso do mundo, mas se tu não tem uma equipe que trabalha unida, que tenha consciência do trabalho que está fazendo, que tem que ser humano e sempre se colocar no lugar dos demais, se tu não tem isso, não é o dinheiro que pode comprar, então, tu não tem PSF” (M4).

“... no geral, o papel deles me satisfaz... eu acho que eles entendem bem a sua função dentro da equipe, qual o seu limite...” (E1).

“... o Agente de saúde é aquele que tem que perceber quando um paciente não está bem, quando tem algo esquisito e comunicar imediatamente a enfermeira ou o médico...” (M6).

Em relação à organização no trabalho, este item só foi lembrado por 28,6% das enfermeiras.

“... o Agente precisa manter sempre em ordem o local de trabalho, ser uma pessoa organizada e estar aberta para aprender...” (E4).

5.6.3. A visão dos Usuários

No caso dos usuários, eles concordaram com as características consideradas como prioritárias pelos outros sujeitos entrevistados, isto é, que o Agente precisa gostar do que faz, (100,0%) saber comunicar-se (93,9%) ser amigo (87,8%). No entanto, o que transparece como primordial nessas falas, é a cordialidade como os Agentes tratam os usuários.

“... a simpatia e a educação são tudo, a nossa Agente sabe atender bem as pessoas, é muito carinhosa com a gente...” (U06).

“... a Agente é muito atenciosa comigo e com a minha família, antigamente não tinha isso...” (U10).

“... os Agentes daqui são responsáveis, são amigos da gente, o que tem de melhor no agente, é a amizade, eles são amigos de verdade, tem maior educação com a gente...” (U14).

Parece implícito no discurso dos usuários que, porque gosta do que faz, e se identifica com a população, o Agente a trata de modo cordial, com simpatia, educação, dedicação, características que o diferenciam dos atendimentos recebidos, anteriormente, por essa população. Nas palavras de um deles é preciso:

“... gostar de mexer com o povo...” (U41).

Há, também exemplos explícitos de como ele facilita a vida das pessoas por ser responsável (87,8%) saber comunicar-se (93,9%) e estar disponível (100,0%), tirando dúvidas, trazendo recados e avisos de campanhas, detectando os problemas da comunidade.

“... os Agentes precisam saber se comunicar tem que avisar sobre as campanhas, as reuniões, dar os avisos pra gente... Precisa ser prestativo...” (U09).

“... olha, eu gosto muito desse programa, porque os Agentes tiram a nossa dívida, ele é um amigo da gente...” (U02).

Como é marca do PSF, preconizada pelo Ministério da Saúde, os usuários também enfatizaram as vantagens de pertencer à comunidade (93,9%).

“... eu acho que o PSF foi muito positivo, pois cada setor tem o seu agente, o Agente passa a participar mais um pouco dos problemas das pessoas...” (U02).

“... eu acho que o Agente precisa pertencer a comunidade, pois sendo assim, ele já sabe as dificuldades, tem maior conhecimento dos problemas da área...” (U23).

Mas, os usuários, diferentemente dos outros sujeitos, colocaram um adendo: a necessidade de que o Agente participe dos seus problemas (93,9%). Possivelmente, nesse momento ele está sendo visto como parceiro, que sugere e ajuda a viabilizar soluções aos problemas que detecta e é atuante nas reivindicações do bairro.

“... eu acho que o PSF foi muito positivo, pois cada setor tem o seu Agente, o Agente passa a participar mais um pouco dos problemas das pessoas...” (U02).

“... hoje, além de ter médico disponível, tem o Agente que mora aqui, sabe dos problemas da vila, ajuda muito a gente...” (U42).

“... ele se preocupa com a gente, por ser do bairro, ele tenta resolver as coisas, a gente sabe que não depende dele...” (U44).

Apesar de terem citado a importância das relações e interações usuário/Agente, nenhum usuário citou a necessidade de ser ético e “guardar segredos”, como fizeram os outros profissionais. Da mesma forma, ninguém citou a necessidade de credibilidade junto à população. Parece tratar-se de uma comunidade, culturalmente aberta e hospitaleira, considerando a facilidade com que a maioria dos Agentes entrou na casa das pessoas, e participou de sua rotina, visto como amigos.

5.7. A Capacitação do Agente Comunitário de Saúde

Nas palavras de todos os entrevistados, ao falar em formação, o item mais importante, citado por 74,1% da amostra, foi conhecimento de prevenção e educação básica. Pelas frases abaixo, se subentende que se trata de educação contínua, não um simples curso de capacitação, mas uma necessidade de aprender a solucionar problemas práticos, do cotidiano: conhecimento sobre doenças, informações sobre prevenção e práticas de higiene.

“... eu gostaria que tivesse um curso uma vez por mês sobre as doenças pra poder informar melhor a população...” (ACS25).

“... temos que estar junto a eles, dando treinamento diário de prevenção e cuidados básicos com a saúde. Eles precisam de apoio...” (E3).

“... o Agente deve ter uma capacitação sistemática e contínua para conseguir que a cada ano, se supere. Ele precisa passar as informações de prevenção e educação básica para a sua população, precisa diminuir as dúvidas da população...” (M1).

Tabela 7 – Formas de capacitação para a função do ACS apontadas pelos diferentes sujeitos: frequência e porcentagem.

CAPACITAÇÃO Itens	ACS (40)		Enfermeiro (07)		Médico (07)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
conhecimentos de prevenção e educação básica	30	75,0	7	100,0	3	42,9	40	74,1
reciclagem constante por parte médicos e equipe	22	55,0	5	71,4	1	14,3	28	51,9
curso introdutório sobre PSF	21	52,5	0	0,0	3	42,9	24	44,4
ensino médio completo	0	0,0	3	42,9	3	42,9	6	11,1
concluído ou cursando o Técnico de Enfermagem	4	10,0	1	14,3	0	0,0	5	9,3
ensino fundamental completo	0	0,0	4	57,1	1	14,3	5	9,3
conhecimentos mínimos sobre curativos e outros	0	0,0	0	0,0	3	42,9	3	5,6

5.7.1. A visão do próprio Agente Comunitário de Saúde

Analisando as falas, a maioria dos ACS (75,0%), ao declarar a necessidade de ter conhecimentos de prevenção e educação básica, parece estar se referindo a ter mais conhecimentos de práticas preventivas sobre higiene e saneamento, mas também pode estar sinalizando a falta de informações sobre a patologia e sintomas das doenças. A estratégia didática sugerida para adquirir essas informações foi a participação em cursos.

“... eu gostaria que tivesse mais cursos de todas as doenças, de higiene, saneamento... eu acho que isso facilitaria bastante o nosso serviço...” (ACS37).

“... eu queria saber mais sobre as patologias, aprender tudo sobre elas, saber discutir melhor sobre todas as doenças, pra poder passar o melhor de tudo, no total, né?” (ACS01).

“... costumávamos ter curso todas as quartas-feiras, agora não têm mais... as aulas eram à tarde, vinha um profissional de cada área, conforme o assunto, tivemos aulas sobre o que é o PSF, sua filosofia, sobre o SUS, Saúde da Criança, Saúde Bucal, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, Ética, Comunicação, O trabalho em Equipe. As enfermeiras do PSF também participaram como a gente do curso e muitas vezes eram elas que ministravam as aulas, foi muito bom...” (ACS04).

“... um ACS antes de entrar na área, tem que ter um certo conhecimento sobre saúde, higiene, sobre prevenção de doenças, o básico, porque você vai trabalhar direto com isso. Para ser ACS tem que saber o mínimo sobre saúde para não ser uma mera coletadora de dados...” (ACS10).

Contudo, talvez devido à problemática social que encontram, foi recorrente a necessidade de saber lidar com os chamados “problemas sociais”, relacionados com a condição de necessidade e pobreza das famílias. Não fica muito claro o que seria a possibilidade de intervenção, parecendo, em alguns momentos, que se trata de oferecer uma ajuda de caráter assistencial, que o Agente percebe como não fazendo parte de sua função, e que causa uma sensação de impotência.

“... eu queria aprender mais o lado social, não assistente social, mas como lidar melhor com o problema social da população, tanto na parte econômica, como no sócio-cultural, de uma maneira geral...” (ACS04).

“... aprender a lidar mais com o social da população, principalmente na minha microárea que é uma população muito carente...” (ACS06).

“... eu não gosto de ser Agente, quando você vê uma pessoa passando necessidades e você por um motivo ou outro não pode fazer nada, não consegue atender a pessoas ou até mesmo a família, aí me sinto incapacitada pra minha função...” (ACS12).

Ao lado desses cursos, os Agentes relataram a necessidade de reciclagem constante, oferecida pelos médicos e equipe (55%), para a formação como Agente. Diferentemente do item anterior, aqui sugerem que se dê treinamento, uma atividade mais prática e focada nos problemas encontrados nas visitas.

“... o que a gente aprende como ACS nunca é perdido, tudo é muito proveitoso, quanto mais treinamento tiver, mais capacitada a gente fica...” (ACS08).

“... eu preciso receber treinamento pra melhorar a qualidade da minha visita... as pessoas têm muita dúvida...” (ACS24).

“... os treinamentos às quartas-feiras eram muito bons, eles iam com o tema pronto sobre o cotidiano do nosso serviço, perguntavam se a gente tinha outras curiosidades, uma dificuldade que a gente precisasse no nosso serviço, era tudo abordado...” (ACS11).

A importância do Curso Introdutório ao PSF, também foi lembrada por mais da metade dos Agentes (52,5%), e avaliada de forma positiva. Os entrevistados ressaltaram que participavam dos cursos profissionais de várias áreas, ensinando a passar informações e observando as dificuldades enfrentadas no cotidiano.

“... nós fomos capacitados há mais ou menos um mês atrás, tive um curso de introdução ao PSF, foi muito bom... é necessário pra gente poder informar melhor as pessoas...” (ACS06).

“... eu fui capacitada como eu disse anteriormente, cada profissional ministrou um curso sobre a sua área...” (ACS21).

Uma minoria (10%) declarou que para ser Agente, é necessário ter ou estar cursando o Auxiliar ou Técnico de Enfermagem.

“... tem que ter curso de enfermagem... a gente começa a trabalhar, começa a se envolver, é preciso conhecimento pra poder passar pro paciente...” (ACS03).

“... eu acho que o Agente deve ter curso de enfermagem... eu fiz o curso de enfermagem, então eu acho que o agente deveria poder verificar uma pressão, fazer coisas básicas, porque o povo ia até gostar mais disso, eu tenho aparelho de pressão, mas eu como agente não posso verificar uma pressão, não posso misturar as coisas, eu acho que pelo menos aqueles que tem curso de enfermagem, deveriam ser liberados...” (ACS10).

Apesar das colocações do Ministério, (Portaria nº 1886 de 18 de dezembro de 1997), deixar muito claro que o Agente não é um auxiliar de enfermagem, parece ser esta a forma que esses profissionais encontraram para ascender na carreira (Brasil, 1997).

“... eu vou ser muito sincera, eu gosto muito de ser Agente, adoro o meu trabalho... tem meninas que são agentes e estão fazendo curso técnico de enfermagem, elas sentem necessidade, eu sinto que eu não tenho dom para ser auxiliar ou técnico de enfermagem, adoro muito que faço, mas eu não quero morrer nisso...” (ACS07).

5.7.2. A visão das Enfermeiras e Médicos

Da mesma forma que os Agentes, a totalidade (100,0%) das enfermeiras e 42,9% dos médicos citaram a importância de conhecimentos de prevenção e educação básica, na formação do ACS.

“... eu acho que o Agente deve ter o mínimo de conhecimento sobre as doenças, higiene, coisas básicas do dia a dia...” (E2).

“... o ACS precisa ter conhecimentos mínimos de prevenção para transmitir a população como, por exemplo: noções de higiene, saneamento básico, precisam também detectar algum processo de doença na população...” (M5).

Alguns entrevistados, (42,9% dos médicos e 14,3% das enfermeiras), disseram que a capacitação não deveria se ater a conceitos de prevenção e educação, mas deveria abarcar, também, o conhecimento mais profissionalizante, como técnicas de intervenção, visando uma formação bastante próxima do auxiliar de enfermagem. No entanto, essa colocação ainda é polêmica e se encontram sujeitos que se contrapõem a essa idéia.

“... eu acho que o Agente precisaria ter, não um curso de auxiliar ou técnico de enfermagem, mas um curso profissionalizante com parte técnica sobre saúde, isso ajudaria muito e melhoraria muito o agente como profissional e como pessoa...” (E1).

“... o agente deveria ter uma melhor capacitação sobre conhecimentos de curativos, pressão, e isso também acompanhado de uma melhor remuneração...” (M3).

“... eu acho que o Agente não deveria fazer um curso de técnico de enfermagem, porque saúde da família, não tem função curativa. O ACS não tem que aplicar injeção, nem fazer curativos, o trabalho dele são meramente comunicativo, informativo e de promoção à saúde...” (M1).

“... eu acho que os meus Agentes não precisam ter curso de auxiliar, nem técnico de enfermagem, eles estão desde o início comigo, desempenham um papel satisfatório, eles são bem conhecidos da comunidade, já estão fazendo o papel de prevenção, já entendem o que é o PSF, os meus agentes são bem responsáveis...” (E3).

Apenas os médicos fizeram referência à necessidade de ter um curso introdutório sobre PSF (42,9%). O conhecimento sobre o programa foi avaliado positivamente, como pré-requisito para desenvolver atividades com a população.

“... o Agente precisa receber um treinamento sobre como funciona o PSF, pois precisa ser criativo para desenvolver atividades junto à população...” (M4).

“... os nossos Agentes esta bem capacitados no feijão com arroz do PSF, isso é importante... são eles que repassam o conhecimento mais básico para a população...” (M7).

Houve números discordantes entre enfermeiras e médicos com relação à reciclagem constante por parte da equipe. Enquanto 71,4% das enfermeiras consideraram a importância das reciclagens, apenas um médico citou o item. A reciclagem visa expandir os conhecimentos e entendimento dos casos atendidos na rotina. Segundo uma entrevistada, a enfermagem tem uma responsabilidade nessa reciclagem, como desejam os Agentes.

“... a gente precisa fazer uma reciclagem constante com os Agentes mais antigos a respeito do que eles devem informar para a população (higiene e outros)...” (E1).

“... a reciclagem deve ser constante por parte da equipe para os nossos Agentes, o ano todo deve ocorrer para aprimorar o seu conhecimento da área da saúde, pois o conhecimento que eles tem é do dia a dia...” (E5).

“... eu acho que precisaríamos ter um tempo para reciclar os nossos Agentes, seria uma contribuição minha para com eles, como por exemplo: falar sobre surto de hepatite, o que é, como acontece, o que usar, porque pede esse ou aquele exame...” (M7).

Se os Agentes não chegaram a citar o critério grau de escolaridade (fundamental ou médio), para poder exercer a função de Agente, tanto os médicos, como as enfermeiras se posicionaram quanto à necessidade de ter frequentado o ensino regular. Houve discordâncias quanto ao grau de exigência, 57,1% das enfermeiras e 14,3% dos médicos citaram o ensino fundamental completo, enquanto, 42,9% das enfermeiras e médicos citaram a importância do segundo grau completo, enfatizando as habilidades que a escolaridade oferece: leitura, escrita, saber expressar-se, informar corretamente.

“... é preciso melhorar o grau de escolaridade do ACS, quando selecionado é necessário solicitar o 2º grau completo, pois teria maior capacidade para entender e repassar as informações...” (M1).

“... eu acredito que para o ACS desempenhar um bom papel, é necessário principalmente um grau de escolaridade... no mínimo o 1º grau completo, para poder informar as famílias de forma clara...” (E4).

Mas, houve também, entrevistados que se posicionaram contra a exigência de diploma, valorizando a aprendizagem em serviço, ou de forma romântica, contrapondo a necessidade de doação e amor à utilidade do conhecimento.

“... os meus Agentes não precisam ter o 1º ou 2º grau completo, acho que depende muito da pessoa, ele superam isso, mas pra mim não precisa, eles são muito bons...” (E7).

“... eu acho que o diploma não bate com a qualidade humana, o Agente tem que ter conhecimentos básicos, que vai adquirindo com a equipe. É lógico que tem que ter um nível cultural, saber ler, saber se expressar, mas eu acho que um técnico tiraria um pouco do brilho do ACS...” (M5).

“... eu acho que a escolaridade não é o mais importante, o que realmente importa é o amor [...] é querer se doar ao próximo...” (M4).

5.8. Dificuldades do Agente Comunitário de Saúde

As dificuldades encontradas no desempenho do papel de Agente foram divididas em dificuldades referentes ao desempenho da função (Tabela 8) e dificuldades estruturais (Tabela 9).

5.8.1. Dificuldades referentes ao desempenho da função do ACS

As duas dificuldades, mais citadas por todos os componentes da equipe (ACS, Enfermeiras e Médicos), foram: identificar sinais de doenças (55,6%) e enfrentar situações de impotência relacionada a problemas sociais e de morte (55,6%).

Tabela 8 – Dificuldades do ACS: frequência e porcentagem das dificuldades percebidas pelos diferentes sujeitos, no desempenho da função do ACS.

DIFICULDADE - DESEMPENHO DA FUNÇÃO	ACS (40)		Enfermeiro (07)		Médico (07)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
enfrentar situações de impotência (sociais e morte)	30	75,0	0	0,0	0	0,0	30	55,6
identificar sinais de doença	22	55,0	5	71,4	3	42,9	30	55,6
estabelecer relações interpessoais com o usuário	24	60,0	1	14,3	3	42,9	28	51,9
relacionar-se com problemas de Saúde Mental	28	70,0	0	0,0	0	0,0	28	51,9
relacionar-se com a equipe macro	28	70,0	0	0,0	0	0,0	28	51,9
relacionar-se com a equipe micro	19	47,5	0	0,0	0	0,0	19	35,2
entrar nas casas	9	22,5	0	0,0	0	0,0	9	16,7
falta de horário para programar atividades	0	0,0	5	71,4	3	42,9	8	14,8
atender a demanda excessiva	0	0,0	7	100,0	0	0,0	7	13,0
solucionar problemas sem remeter a unidade	0	0,0	5	71,4	0	0,0	5	9,3
transmitir informações corretamente	0	0,0	0	0,0	2	28,6	2	3,7
pouca escolaridade	0	0,0	0	0,0	1	14,3	1	1,9

5.8.1.1 A visão do próprio Agente Comunitário de Saúde

Analisando os resultados obtidos nas entrevistas junto aos Agentes, a maioria citou que enfrentar situações de impotência, relacionados a problemas sociais e de morte (75,0%), é o fator mais complicado frente as suas atividades cotidianas. Os Agentes consideraram que, situações em que há uma impossibilidade de solucionar o problema, como as precárias condições financeiras das famílias, que as impedem, por exemplo, de ter acesso a medicamentos, ou os lutos, são bastante difíceis de enfrentar. Neste último caso parece que o Agente tem a percepção de que ele não pode impedir a perda, mas tem que aprender a lidar com ela.

“... eu tenho uma parte de pessoal super carente, que não tem apoio financeiramente de medicação, me entristece muito isso, quando a maioria das pessoas precisa de medicação e quando chega é limitado, porque o filho já pegou, o outro filho pegou outro, então o paciente ficou com 01 ou 02, isso me dói, e a família não tem recurso nenhum, isso não depende da gente, é muito difícil...” (ACS03).

“... quando você vê uma necessidade da pessoa que você tá visitando e você não consegue atender aquilo por qualquer motivo... eu me sinto incapacitada...” (ACS12).

“... pra mim, como Agente de saúde, a minha maior dificuldade é perder um paciente, tenho dificuldade de lidar com a morte, é muito difícil chegar na casa de novo...” (ACS31).

Mais da metade (60,0%), dos entrevistados citou dificuldades em manter relações interpessoais com os usuários, que não tem compreensão das dificuldades e principalmente, não levam em conta toda a dedicação e empenho do Agente. Parece que os Agentes esperavam da população maior gratidão pelos sacrifícios que fazem.

“... eles querem ser atendidos naquele momento e nem sempre é possível, a gente tenta fazer, tenta explicar, mas eles querem, eles acham que só eles estão doentes e estão precisando de apoio, eles querem que o médico vá naquela hora, então a gente tem que ter um jogo de cintura muito grande pra não perder a ligação conquistada com aquele usuário...” (ACS03).

“... eu faço, faço por eles e assim mesmo sou criticado, porque às vezes a gente faz uma coisinha diferente, eles falam mal da gente, então dói muito, é um prazer a gente está podendo resolver os problemas, mas nem sempre depende da gente, aí eles caem matando em cima da gente, essa é a parte mais difícil, e atrapalha a nossa relação conquistada...” (ACS09).

Alguns chegaram a especificar outros momentos de tensão, no trato com os usuários: o ingresso nas casas (22,5%) e os pacientes com doença mental (70,0%). No caso de acesso à casa do usuário, as queixas não ficaram restritas aos usuários que tratam mal os Agentes, mas especialmente aqueles que dificultam o trabalho, que não permitem entrar na casa para fazer, por exemplo, a supervisão de higiene, ou que recusam o contato direto, como os moradores que atendem por interfone ou através da empregada.

“... quando sou atendida por uma segunda pessoa da casa, a empregada da casa ou atendida pelo interfone, isso magoa a gente, chateia o ego da gente... é difícil entrar nas casas das pessoas e fazer o nosso serviço...” (ACS01).

“... tem pessoas que atende a gente mal, não recebe com aquele entusiasmo, não deixa nem entrar na casa, então a gente passa na casa dessa pessoa com uma certa dificuldade, a gente não tem uma desenvoltura pra tá conversando...” (ACS34).

Se a dificuldade de entrar nas casas foi citada por um número reduzido de Agentes, a dificuldade de se relacionar com os portadores de problemas mentais (70,0%), foi muito alta, muitas vezes associada com a impotência e com o medo. O desequilíbrio e a imprevisibilidade no comportamento desses pacientes requerem uma formação que o Agente julga não ter.

“... a gente não tem respaldo para trabalhar atualmente, a gente está exposta a loucura das pessoas, porque a gente lida com gente desequilibrada o tempo todo...” (ACS11).

“... eu me pego, após tantos anos de serviço, perdida, sem estrutura pra lidar com o paciente de saúde mental, a gente não tem muito respaldo não... às vezes eu até fico com medo deles...” (ACS27).

As relações interpessoais na equipe de saúde, isto é, relacionar-se com a equipe, também foram mencionadas, seja a interação com a equipe micro, citada por 47,5% dos Agentes, mas, especialmente, com a equipe macro, citada por 70% da amostra. Com relação à equipe micro, parece que o Agente se queixa da possível falta de autonomia na forma de tratar os usuários de sua área, assim como pelas dificuldades nas relações pessoais dos componentes da equipe, muito influenciadas pelo estados emocionais mutantes e nem sempre previsíveis.

“... eu não gosto que os outros Agentes se metam na minha micro-área, porque a gente cria uma intimidade com as pessoas, cria um relacionamento, a gente sabe os limites das pessoas, tem a coisa da ética, se houver uma quebra da ética, eles vão cobrar de mim, então eu não gosto que ninguém se meta na minha micro-área...” (ACS11).

“... trabalhar em equipe não é fácil, sempre surgem os conflitos, internos, e isto dificulta muito o trabalho da gente...” (ACS09).

“... nem todo dia a gente tá bem, então os outros da equipe é obrigado a agüentar o mau humor da gente, como a gente também é obrigada a agüentar o mau humor do outro...” (ACS31).

Com relação à equipe macro, os Agentes parecem se ressentir da falta de apoio e reconhecimento pelo trabalho.

“... eu acho que se a gente é o elo forte desse sistema, que é tão promissor, tão bonito, e esta surtindo resultado, eu acho que deveria ter um respaldo maior dos superiores da gente, uma relação melhor, olhar com um maior carinho pra gente, pelos nossos rendimentos...” (ACS04).

“... eu quero fazer crescer o PSF, precisamos de mais apoio dos nossos superiores... a gente precisa ter condições de passar o bem e também se sentir bem...” (ACS37).

“... eu gostaria que o ACS fosse mais valorizado, tivesse mais apoio, pois é algo mais abrangente, visa o social, o econômico da família [...] o ACS participa da vida do paciente, mas os nossos superiores infelizmente...” (ACS10).

Mais da metade dos Agentes (55,0%) apontou a dificuldade em identificar sinais e sintomas de doença. Trata-se de uma expectativa do Ministério da Saúde e da própria equipe, que o Agente identifique as pessoas doentes, a gravidade e as encaminhe para a Unidade de Saúde. O pedido dos Agentes de capacitação específica para desempenhar a função permite levantar a hipótese de que ele se sente inseguro e, esta atividade aparece como uma dificuldade.

“... a gente precisa mais conhecimento sobre todas as doenças é difícil chegar na casa e saber se é esta ou aquela doença...” (ACS30).

“... eu gostaria que tivesse um curso pelo menos uma vez por mês, sobre todas as doenças, pra poder informar melhor a população, pra saber identificar o tipo de doença, se devo encaminhar ou não...” (ACS25).

“... pra melhorar a qualidade da minha visita, eu preciso saber se a pessoa tem pressão alta, se tem diabetes [...] eu ainda tenho dificuldade de identificar sinais de complicação das doenças, tenho que saber o risco dessas doenças...” (ACS02).

5.8.1.2 A visão das Enfermeiras e Médicos

Quando se comparam as falas de Agentes, enfermeiras e médicos houve diferenças marcantes nas percepções dos diferentes grupos profissionais, quanto às dificuldades do Agente em desempenhar sua função. A dificuldade mais apontada pelos três segmentos foi identificar sinais de doença (55,6%). Em algumas falas transparece que essa dificuldade pode causar medo no usuário, e, falhas de comunicação com a equipe. Em outras, há quem reclame que, a falta de capacitação do Agente para identificar doenças não permite que ele tenha autonomia e resolva o problema no próprio domicílio, havendo sempre a necessidade de remeter para a unidade, lembrada por 71,4% das enfermeiras.

“... o ACS não pode deixar as pessoas com medo das doenças, não pode se omitir, ele precisa ser muito responsável no ato das visitas e estar apto para identificar sinais e sintomas de doença...” (M4).

“... eu acho que o Agente precisa ter noção dos sinais e sintomas das doenças, facilitaria muito o serviço deles... eles têm dificuldades de repassar o que viu na casa pra gente...” (E3).

“... eu gostaria que o Agente tivesse um maior conhecimento na parte técnica, pois ajudaria bastante nas orientações que eles dão para a comunidade, pois muita coisa que o Agente de saúde poderia estar resolvendo no domicílio, ele não precisaria estar encaminhando tudo para a unidade...” (E1).

Atendo-se, especificamente, à fala das enfermeiras, 100,0% apontaram a dificuldade do Agente de atender à demanda excessiva. Os enfermeiros pareceram preocupados tanto com o número de usuários, como com o número de tarefas a cargo do Agente. Nenhum Agente citou o excesso de demanda como uma dificuldade.

“... eu acho que precisa melhorar a condição do serviço deles, diminuir principalmente a demanda, fica muito difícil atender assim...” (E2).

“... a demanda da unidade é muito grande, eu creio que por causa do desemprego, situação financeira mesmo, o PSF é procurado como forma

de aliviar a tensão deles, então é difícil para o Agente e para a equipe atender a demanda da unidade, precisa rever isso...” (E7).

Os médicos (42,9%) e principalmente as enfermeiras (71,4%) avaliaram que o Agente tem falta de horário para programar suas atividades. Possivelmente, o fato das enfermeiras supervisionarem a programação do Agente e o cumprimento das atividades, facilitou a percepção dessa dificuldade. O planejamento das atividades parece ser uma atividade conjunta, da enfermeira com o Agente.

“... os Agentes precisam ter um tempo maior para poder organizar o seu dia, planejar mesmo as suas atividades... também precisa de uma avaliação contínua, principalmente com base nos dados apresentados no final do mês...” (E4).

“... nós precisamos ter um tempo maior para planejar as ações junto com o ACS... toda vez que sentamos para verificar isso chega algum paciente querendo atendimento, e ele passa a ser a nossa prioridade...” (E1).

As inúmeras dificuldades relatadas pelos Agentes, no trato com os usuários, foram percebidas por 42,9% dos médicos, mas, por apenas uma enfermeira (14,3%). Se no caso dos médicos, a recusa em ser atendido pelo Agente, parece implicar em uma crítica do usuário à qualificação do Agente, no caso da enfermeira a dificuldade parece localizada, apenas, no âmbito das relações interpessoais.

“... tem caso ou outro que precisa de intervenção, a pessoa não aceita o Agente, não atende o Agente, e se atende é pelo vâozinho da janela. O Agente sabe que tem gente na casa, pois escuta TV ligada, som ligado... o Agente não consegue agradar a todos...” (M6).

“... o Agente precisa saber ouvir as necessidades da família e se interessar nos assuntos do cliente, às vezes ocorre uma dificuldade entre o Agente e o usuário, temos pacientes que tem problemas de ordem pessoal com o Agente... a relação entre ambos é ponto chave para o programa...” (E5).

Os médicos ainda apontaram a dificuldade do Agente em transmitir informações de forma correta (28,6%), associando essa deficiência com a baixa escolaridade (14,3%). Os médicos relataram que essa dificuldade aparece tanto com as informações que ele transmite ao paciente, como com os relatos que ele faz, à equipe, do que observou nas visitas.

“... precisa melhorar o grau de escolaridade de ACS, quando é selecionado é necessário solicitar o 2º grau completo, pois teria maior capacidade para entender e repassar as informações, a pouca escolaridade atrapalha o seu serviço...” (M6).

“... ele tem que conhecer assuntos específicos da área da saúde, não tem que ter um conhecimento de enfermeira, mas ter conhecimento mínimo para orientar sobre prevenção de doenças, câncer de mama, câncer de colo de útero, muitos deles não tem o conhecimento suficiente, inclusive não tem a linguagem adequada, a formação acadêmica adequada para chegar e dar as informações adequadas para o paciente, às vezes fazem só confundir o paciente desinformado...” (M1).

“... o ACS precisa ter sentido de responsabilidade, pois está lidando com pessoas, ele precisa transmitir todas as impressões para o restante da equipe de forma correta, eu percebo alguns com uma certa dificuldade, então precisamos dar apoio a eles...” (M2).

5.8.2. Dificuldades Estruturais do Agente Comunitário de Saúde na visão de todos os sujeitos

Tabela 9 – Dificuldades do ACS: frequência e porcentagem de dificuldades estruturais relacionadas com o papel do ACS.

Dificuldade - estrutural	ACS (40)		Enfermeiro (07)		Médico (07)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
profissão pouco valorizada (usuários, equipe e gestor)	30	75,0	0	0,0	3	42,9	33	61,1
atividades diversificadas	29	72,5	0	0,0	0	0,0	29	53,7
Salarial	23	57,5	2	28,6	4	57,1	29	53,7
falta de recursos específicos	22	55,0	5	71,4	0	0,0	27	50,0
não cumprimento da programação	25	62,5	0	0,0	0	0,0	25	46,3
falta de supervisão	20	50,0	0	0,0	0	0,0	20	37,0
falta de recursos gerais	14	35,0	6	85,7	0	0,0	20	37,0
falta de flexibilidade nos horários	13	32,5	0	0,0	0	0,0	13	24,1

Foram os Agentes que citaram um maior número de dificuldades estruturais, quando comparados com os outros membros da equipe. Trata-se de um fato compreensível, visto serem eles que desempenham a função.

Com relação às dificuldades estruturais todos os segmentos envolvidos (53,7%), citaram a baixa remuneração salarial, principalmente, os próprios Agentes e os médicos. O salário foi considerado muito baixo, especialmente quando se levam em conta a responsabilidade e importância da função.

“... a insalubridade nossa é de R\$ 60,00 não paga nem um remédio pra gente tomar, volta e meia, um de nós está com uma diarreia e nós estamos expostos a isso...” (ACS11).

“... eu tenho Agente que é pai e mãe na casa... eles ganham o salário mínimo mais uma cesta básica pra toda a família...” (E3).

“... precisa melhorar o nosso salário que é um absurdo, a responsabilidade que a gente tem é enorme...” (ACS11).

“... os Agentes são a ante sala do programa, eles detectam os problemas de saúde... por isso precisamos valorizar este serviço, rever o seu monetário...” (M5).

“... eu acho que, o que poderia ser melhorado é o salário, pois nos somos o alicerce do PSF...” (ACS14).

Acompanhando os baixos salários, a pouca valorização da profissão, tanto por parte dos usuários como da equipe e dos gestores. Há um investimento, se espera um reconhecimento desse profissional, mas isto não é percebido por 75% dos Agentes e por 42,9% dos médicos entrevistados.

“... eu gostaria que o ACS fosse mais respeitado, que a sua palavra tivesse um pouco mais de peso...” (ACS04).

“... o Agente precisa ser muito valorizado, eles realizam um trabalho único [...] a gente deve tudo a ele...” (M7).

“... tem hora, que eu fico até chateada, porque eles não aceitam o ACS, não é que não aceita a pessoa do ACS, eles não aceitam o posto, eles não precisam do posto. Faz cinco anos que eu visito as casas, não quer dizer que não estou fazendo um bom serviço, eu queria que eles me acolhessem melhor...” (ACS01).

“... nós Agentes queremos somar, todos deveriam conhecer o PSF, a população, os usuários, os próprios que comandam o município, deveriam conhecer o nosso PSF, conhecer as nossas dificuldades...” (ACS06).

“... eu tenho um ACS que fez curso de auxiliar de enfermagem, mas não quis exercer, ele fez mais para se capacitar, para título dele mesmo, para melhorar sua auto-estima e também melhorar as suas condições de trabalho, ser um pouco mais valorizado...” (M7).

Há uma expectativa, especialmente dos ACSs, de que essa profissão, no futuro, tenha o reconhecimento social e o status que tem, hoje, outros profissionais da saúde. Nas palavras de um ACS: “... pra mim, o ACS será muito importante um dia, você vai ver... com o passar dos anos, será uma profissão semelhante ao médico e a enfermeira...” (ACS14).

Outra dificuldade citada por grande parte dos Agentes, foi o fato de se tratar de uma profissão com atividades muito diversificadas (72,5%), algumas muito burocráticas, que para serem cumpridas, limitam o tempo dedicado às visitas, considerado o trabalho fundamental. Por outro lado uma rigidez nos horários de trabalho, nem sempre adequado às necessidade do usuário foram citados por 32,5% dos Agentes.

“... eu acho que a gente fica muito preso na unidade, eu acho que tem bastante coisa para estar ajudando e as vezes as visitas, elas ficam [...] a gente não consegue fazer, não consegue dar conta de todas as casas no mês, a gente fica muito preso com reuniões, as vezes com papelada...” (ACS13).

“... a gente tem que saber de tudo da família, até os cachorros, nós temos que saber quantos tem na casa...” (ACS11).

“... a dificuldade hoje é conciliar, porque a gente tem que estar quase que 100,0% do tempo em visitas e tem uma grande quantidade de trabalho interno pra serem feitos também, então a dificuldade é estar conciliando isso, mas a gente tenta equilibrar os dias que você não tem encaminhamentos urgentes, você estende o seu período dentro do posto pra fazer essas atividades e o dia que tem urgência, você fica mais tempo na rua, a gente tenta conciliar dessa forma...” (ACS12).

“... tem muita coisa burocrática aqui dentro o tempo todo, então você acaba perdendo tempo, ao invés de estar na rua, você acaba ficando preso na unidade [...] eu acho que os horários deveriam ser mais flexíveis, por exemplo: na minha área, 80% das pessoas trabalham fora, então eu tenho que fazer as visitas a noite, tenho que estar saindo a noite, mudando toda a minha rotina...” (ACS07).

A forma de programação, também foi criticada por mais da metade dos Agentes (62,5%). Parece existir uma programação que dificilmente é cumprida, pois ocorrem vários imprevistos.

“... a gente chega na unidade com tudo esquematizado, as visitas do dia, mas aí chega a funcionária do dentista pedindo pra convocar a paciente com urgência, tem o bolsa família, às vezes tem aviso da Ação Social pra convocar também...” (ACS30).

“... eu me planejo primeiro, antes de sair, vejo onde tenho que ir, o que vou ter que falar em cada casa, cada casa é diferente, quase sempre acontece ter que dar um recado do Serviço Social, isso atrapalha a gente...” (ACS07).

A falta de recursos gerais foi apontada por 35,0% dos Agentes e 85,7% das enfermeiras. Os recursos específicos também foram lembrados por 55,0% dos Agentes e 71,4% das enfermeiras. São recursos na unidade como espaço físico, impressoras, assim como material para as visitas: balanças, protetor solar, fita métrica, entre outros.

“... falta respaldo, proteção em vários sentidos... nós não temos protetor solar, ficamos expostos ao sol diariamente...” (ACS21).

“... eu tenho Agente que poderia estar pesando as pessoas na casa, principalmente as crianças do SISVAN se tivesse a balança manual, facilitaria muito o nosso serviço...” (E2).

“... eu quero pedir material melhor pra gente trabalhar, o básico: balança, fita métrica, também mais capacitação e uma maior atenção...” (ACS31).

“... aqui não tem sala para os Agentes, quando precisam fazer algum relatório, eles usam qualquer lugar, até a cozinha...” (E04).

“... nós não temos uma sala pra trabalhar, a gente trabalha dentro da sala de curativos, quando é preciso fazer um relatório... é errado sabe, todos tem medo de reclamar e perder o emprego...” (ACS11).

Finalmente, a metade (50,0%) dos Agentes abordou a falta de supervisão. Parece que os Agentes têm necessidade e uma periodicidade maior de encontros de supervisão, especialmente para casos difíceis. Mas no caso de uma Agente, a falta de supervisão pode ser interpretada como falta de cobrança das atividades propostas: propõe-se e se cobra a execução, não se verifica se as tarefas foram realmente executadas.

“... nós temos reuniões todas as sextas-feiras para planejar o que vai ser feito na próxima semana, passar os casos que não conseguimos resolver, tem casos que precisa ser acompanhado mais de perto pelo médico, eu quero que ele veja o meu trabalho, se tô certa ou não, faz falta isso...” (ACS09).

“... a gente é cobrada o tempo inteiro, o número de visitas, o número de gestantes, de hipertensos... eu sei que é o nosso serviço, mas tem vezes que a gente faz tudo direitinho, coleta todos os dados e a enfermeira nem olha pra ver se está em ordem...” (ACS42).

6. *Discussão dos Resultados*

6.1. O Papel do Agente Comunitário de Saúde

O presente estudo apontou que, de forma quase unânime, os diferentes sujeitos entrevistados consideraram as seguintes atividades como fundamentais no desempenho do papel de Agente: a visita domiciliar, ouvir necessidades da família e ser um elo de ligação entre a comunidade e a equipe de saúde.

A visita domiciliar é uma das principais atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde para o Agente Comunitário. Por meio dela, o Agente conhece melhor a necessidade das famílias e, conseqüentemente, desenvolve o trabalho de prevenção e promoção à saúde (Brasil, 2001a).

A relevância dada à visita domiciliar transparece em outros trabalhos que tiveram como objetivo estudar o papel dos Agentes. Assim, Ferraz e Aerts (2005), em Porto Alegre (RS), concluíram que a visita domiciliar é a principal atividade do trabalho do Agente. Todavia, a necessidade de visitas, assim como o tempo gasto e as atividades a serem desenvolvidas nas visitas, são entendidas de formas muito diversas, nos diferentes estudos.

Os médicos e enfermeiros entrevistados por Franco e Merhy *apud* Bornstein e Stotz (2006), por exemplo, criticaram a visita domiciliar compulsória, apontando que ela deve ocorrer, mas como uma indicação e não como rotina. Alegam que a visita domiciliar pode ser encarada como uma intromissão da privacidade da clientela. Corroborando essa idéia, Peres (2006) verificou que, em alguns casos, o Agente foi considerado um invasor nos domicílios pela comunidade.

Ferraz e Aerts (2005) referem que, apesar da visita ser uma prioridade no trabalho do Agente, na prática, ele tem que dividir o seu tempo com várias tarefas burocráticas, fora do contexto do seu papel, como o controle do almoxarifado e o serviço de telefonia da unidade.

No presente trabalho, também apareceu uma expectativa de prestação de serviços burocráticos, como localizar e guardar prontuários e alimentar os dados do SIAB, especialmente na fala dos enfermeiros, mas todos os entrevistados deixaram claro que deve haver um predomínio do tempo gasto com visitas domiciliares, em relação aos outros tipos

de atribuições, parecendo perceber esse espaço como uma real estratégia de mudança, por possibilitar o conhecimento e a comunicação com a comunidade.

Com relação às atividades que vem sendo, ou devem ser desempenhadas na visita, não houve unanimidade nos diferentes estudos. Para Silva e Trad (2005), durante as visitas domiciliares, o papel do Agente tem se limitado a indicar o endereço da residência. Para Peres (2006), na visita domiciliar, o Agente acaba exercendo funções que são extensão do trabalho do auxiliar de enfermagem, como verificar pressão arterial e fazer curativos, entre outras.

Possivelmente, preencher o tempo executando essas funções, pode estar associado ao despreparo do Agente e a pouca definição de seu papel pela equipe de Saúde da Família. Mas, ao limitar a atuação do Agente a essas funções, as equipes estariam se desviando dos propósitos do programa, do objetivo de facilitar a integração entre equipe e comunidade, dificultando, inclusive a articulação entre os seus pares.

Há outras experiências em que o Agente tem um rol de atividades mais amplo, com repercussões positivas no trabalho da equipe. Os médicos entrevistados por Rocha e Trad (2005), destacaram que, as visitas permitiam que o Agente trouxesse, para a unidade de saúde, a informação dos problemas encontrados e, em comum acordo, se planejasse e organizasse ações a serem desenvolvidas em prol da comunidade. Essa prática, na visão deles, estabelece uma outra dimensão do ato clínico, pois traz à tona, um tipo de diagnóstico que transcende o saber contido nos manuais.

Seabra (2006), confirma que, no município de Ribeirão Preto (SP), o ACS é quem identifica, através das visitas domiciliares, os problemas dos usuários, já que os outros membros da equipe não convivem diretamente com a comunidade.

A importância do Agente, como facilitador da comunicação com o usuário, foi reforçada pela quase unanimidade dos entrevistados deste estudo, ao apontar Ouvir as necessidades das pessoas, como uma das funções prioritárias do Agente.

Segundo Fontinele (2003), a partir do início dos anos 80, com a abertura política, através da reforma sanitária no país, o modelo de saúde vigente, passou a ser muito criticado e sentiu-se a necessidade de se propor alternativas para a sua reestruturação, incluindo a participação da comunidade.

Sem sombra de dúvida, a influência do PSF foi fundamental no avanço da trajetória das organizações populacionais. Incentivou uma maior organização dos mecanismos de representação da comunidade, fortalecendo a participação e controle da população sobre as ações públicas. Abriu a participação da população na reformulação das políticas de saúde, dando poder de voz, e posterior controle a nível local, através dos Conselhos Municipais e Estaduais da Saúde. Entretanto, não há uma linha de trabalho específica que contemple ouvir o usuário. Nesse sentido, a incorporação da escuta e da conversa nos atendimentos domiciliares, estratégia de mudança amplamente veiculada e enfatizada pelo novo modelo de assistência à saúde, pode ser uma iniciativa que pretende lidar com o desafio de inclusão da participação do usuário (Borges e Japur, 2005).

Ouvir as necessidades das famílias é uma ação que não se limita à visita, podendo ocorrer, também, na unidade. Mas há diferenças na forma de acolher as queixas do usuário na unidade e no domicílio. Se na unidade há um imediatismo na resolução de determinado problema, que muitas vezes não depende da ação do Agente, na residência, o Agente pode particularizar e personalizar a queixa, ampliando o conhecimento das causas, que acabam extrapolando os dos aspectos individuais e pontuais, e abarcando aspectos de cunho social, político, sanitário e ambiental, enfim, coletivo.

A importância dada à comunicação transparece em outra função apontada pela maioria dos entrevistados: que o Agente seja um elo de comunicação entre a comunidade e os serviços de saúde.

Historicamente, a idéia que apóia a inserção do ACS dentro da área da saúde, envolve a necessidade de um mediador entre a comunidade e os serviços de saúde, presente em vários programas, de outras partes do mundo.

Baseado nesse princípio, a finalidade primeira de agregar Agentes às equipes, era contar com pessoas da comunidade que servissem de intermediários das reivindicações da comunidade junto aos serviços de saúde. Seu papel, segundo Pedrosa e Teles (2001), seria propiciar o enfrentamento e a resolução de problemas identificados, articulando saberes e práticas com diferentes graus de complexidade tecnológica, integrando distintos campos do conhecimento e desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes nos profissionais envolvidos.

Nas palavras do próprio Ministério da Saúde, “o ACS [...] é um elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: o do saber científico e do saber popular” (Brasil, 2001a p. 78).

São vários os pesquisadores que, com nomenclaturas e metáforas diversas, reforçaram a importância do Agente como mediador. Em alguns trabalhos ele é visto como uma ponte entre os serviços de saúde e a comunidade (Nunes et al, 2002); (Silva e Trad, 2005); ou um elo vivo entre a equipe da saúde e a população, preenchendo um vazio nas práticas de saúde; (Seabra, 2006); ou ainda, um laço que permite que se atinja a integralidade (Peres, 2006).

Neste estudo, o papel de mediador não foi percebido apenas pelos Agentes, mas foi bastante citado pelos demais sujeitos envolvidos. No entanto, apesar de todos se referirem à importância da mediação, cada segmento, destacou com mais ênfase, um aspecto dessa função: os usuários ressaltaram sua importância em facilitar o acesso aos serviços e os médicos/enfermeiros enfatizaram que dependem dos Agentes para conhecer as necessidades da comunidade.

A percepção dos usuários, já foi identificada em outras pesquisas. Oliveira et al (2003) entrevistando 180 famílias, verificaram que o ACS é o elemento da equipe mais procurado pela comunidade. Segundo os Agentes entrevistados por Peres (2006), os usuários os consideram um facilitador do acesso aos serviços de saúde, na medida em que servem como veículo de informações e ampliam o acesso tanto à unidade de saúde quanto ao auto-cuidado dos usuários.

Entretanto nem sempre a intermediação do Agente foi considerada positiva. Para Nunes et al (2002) a facilidade que o Agente tem em agendar consultas, muitas vezes, pode levar a privilegiar famílias em detrimento de outras. Nesse sentido, concluem que o Agente funciona, ora como facilitador, ora como empecilho, para a consolidação do programa.

A colocação de Nunes et al (2002) levanta um aspecto importante da relação agente/usuário: trata-se de uma relação profissional e interpessoal. Segundo Spiri (2006), um dos significados mais profundos da experiência e da identidade do Agente é o estabelecimento de um vínculo com o usuário, que permita o preenchimento das necessidades afetivas do outro. Nesse sentido, os componentes afetivos, a subjetividade e valores, estão presentes, a todo o momento, nas intervenções.

Para os médicos do presente estudo, esse vínculo é um facilitador no acesso às famílias e na percepção das reais necessidades dos usuários. Segundo Oliveira e Spiri (2006), o vínculo pré-estabelecido possibilita a obtenção de informações que deverão ser transmitidas, posteriormente, à equipe. Mas nem sempre é fácil estabelecer o vínculo.

Mais da metade dos Agentes entrevistados citaram dificuldades em manter relações interpessoais com os usuários. Enfatizam, que estes não tem compreensão das dificuldades e, principalmente, não levam em conta toda a dedicação e empenho dedicado a eles.

“... eu faço, faço por eles e assim mesmo sou criticado, porque às vezes a gente faz uma coisinha diferente, eles falam mal da gente, então dói muito, é um prazer a gente estar podendo resolver os problemas, mas nem sempre depende da gente, aí eles caem matando em cima da gente, essa é a parte mais difícil, e atrapalha a nossa relação conquistada...”
(ACS09).

Segundo Elias et al (2006) em pesquisa que comparou o atendimento de Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, no município de São Paulo, a relação é mais fácil nos extratos de maior exclusão social. Os nossos entrevistados confirmam esse dado quando relatam as dificuldades de acessar os moradores de maior poder aquisitivo e sua pouca adesão ao programa. Houve dificuldades em entrar na casa para fazer, por exemplo, a supervisão de higiene, o contato, muitas vezes, ficava restrita a conversa pelo interfone ou com a empregada da residência.

“... quando sou atendida por uma segunda pessoa da casa, a empregada da casa ou atendida pelo interfone, isso magoa a gente, chateia o ego da gente... é difícil entrar nas casas das pessoas e fazer o nosso serviço...”
(ACS01).

Apesar das dificuldades, os autores reiteram que, o contato direto e os vínculos com a comunidade permitem que os Agentes tenham uma percepção das necessidades dos usuários que os outros membros da equipe não conseguem perceber, pois não convivem diretamente com eles (Seabra, 2006).

Mas, se por um lado, residir na área de atuação, traz certo prestígio e poder junto à população, por outro lado, o Agente suporta um desgaste imenso, frente à pressão gerada pela insatisfação das pessoas com os serviços de saúde (Pedrosa e Teles *apud* Bornstein e Stotz, 2006).

Outra dificuldade que os Agentes apontaram, como consequência do contato direto com a população, foi o enfrentamento de situações de impotência, relacionados a problemas sociais. Segundo Seabra (2006), se sentir um depositário de expectativas diversas e a impossibilidade de atender a muitas reivindicações e pedidos, é um fator que causa grande sofrimento.

O contato com a desigualdade social, a dificuldade em obter soluções e a insistência da comunidade por respostas imediatas, geram pressões sobre a figura do ACS, que, em muitos casos, o levam a agir de maneira paternalista, ao invés de tomar atitudes que promovam a autonomia, oferecendo, por exemplo, uma cesta básica, na tentativa de diminuir o sofrimento da pessoa e a sua própria angústia, por não poder dar solução a este problema (Peres, 2006).

Possivelmente a pressão emocional sofrida pelo Agente, consequência de impotência frente as demandas, aliada a conflitos e perdas, foi percebida pelos médicos e enfermeiros, que, ao definir o perfil do Agente citaram a necessidade de equilíbrio emocional.

“... eu acho que o Agente precisa ter um grande equilíbrio emocional, pois as pessoas têm altos e baixos, todos têm fase de bom e mau humor, saber lidar com a morte é fundamental, tem que ter um equilíbrio emocional compensado e enfrentar isso...” (M4).

Se para os usuários, o Agente tem a responsabilidade de facilitar seu acesso aos serviços de saúde, do ponto de vista de médicos/enfermeiros, a função primordial da mediação do Agente está em informar à unidade os problemas encontrados.

Retomando o Guia Prático do PSF, e verificando as atribuições específicas do ACS, o mesmo revela que compete a ele: “traduzir para a Equipe de Saúde da Família (ESF), a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites” (Brasil, 2001a p. 78).

A ênfase dada pelos enfermeiros e alguns médicos à obrigação de relatar à unidade todos os problemas encontrados, por um lado tinha como objetivo, possibilitar que médicos e enfermeiros pudessem conhecer uma realidade que eles não vivenciam, mas também, parecia estar sinalizando dúvidas na capacidade resolutiva do Agente e uma confirmação da necessidade de supervisão constante.

Perceber o Agente como pouco qualificado, que precisa ser monitorado, foi reforçada pela ênfase que, esses profissionais, deram às dificuldades dos Agentes em transmitir informações de forma correta, devido à sua baixa escolaridade.

A percepção de uma falta de competência nos Agentes também foi apontada em outros trabalhos. No estudo de Seabra (2006), os profissionais, principalmente os médicos, relatavam que nem sempre o ACS, conseguia dar conta de reproduzir fielmente a informação, distorcendo o conteúdo da situação.

Segundo ele, “o ACS tenta fazer a sua parte, que é estabelecer a relação entre equipe e comunidade, mas nem sempre de maneira satisfatória. [...] o ACS, em determinadas situações, [...] em vez de facilitar o acesso, cria mais problemas” (Seabra, 2006 p. 89).

Outra atividade, citada por todas as categorias de entrevistados, foi prevenção e promoção da saúde. Essa atividade, que permeia todas as demais, é um princípio universal do SUS.

O Ministério da Saúde postula que o Agente de Saúde deve “desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças” (Brasil, 2001a p.78).

Segundo nossos entrevistados as ações de promoção e prevenção podem ser desenvolvidas tanto nas visitas domiciliares, como nas unidades de saúde e em outros encontros da comunidade. Entretanto, é nas visitas que o Agente é o responsável direto por esse tipo de atividade, visto que na unidade, as ações de prevenção e promoção podem ser realizadas por qualquer membro da equipe ou até mesmo de fora da equipe, como, por exemplo, professores de educação física.

Apesar da preocupação com prevenção e promoção, ser um discurso recorrente da equipe como um todo, pelos exemplos citados pareceu que os sujeitos não tinham uma noção clara desses dois conceitos e das ações decorrentes.

Oliveira et al (2003), pesquisando o papel do Agente, observaram que, durante as visitas domiciliares, ele realizava as seguintes atividades de prevenção e promoção: (1) fornecer orientações sobre prevenção de doenças; (2) falar sobre o funcionamento do posto; (3) falar sobre o uso correto de medicamentos; (4) encaminhar as pessoas ao posto de saúde em caso de doença; (5) fazer registros sobre a família e sobre a situação da(s) doença(s); e (6) verificar o cartão da criança.

Nesta pesquisa, as atividades mais lembradas foram tanto de orientação para uma vida mais saudável, (caminhadas, banhos de sol, encaminhamentos para exames específicos como papanicolaou, vacinas), como com a detecção de potenciais fatores de risco. Como fatores de risco os entrevistados citaram tanto aqueles associados ao fato do usuário pertencer a um grupo específico, que exige atendimento diferenciado (crianças, gestantes, idosos, diabéticos e hipertensos) como o risco apresentado por condições ambientais e sanitárias inadequadas.

A preocupação com o monitoramento de grupos específicos, está explicitada pelo Ministério da Saúde, quando atribui ao Agente a competência de “desenvolver ações de prevenção e monitoramento a grupos específicos e a doenças prevalentes, conforme definido no plano de ação da equipe de saúde e nos protocolos de saúde pública” (Brasil, 2004 p.19).

Segundo Levy (2004), os Agentes realizam um trabalho de prevenção, quando orientam os pacientes diabéticos, hipertensos e gestantes, em suas visitas domiciliares. Os nossos Agentes entrevistados verbalizaram ter condições de monitorar e oferecer essas orientações, mas explicitaram dificuldades em identificar casos novos, pela dificuldade em reconhecer sinais de doenças. Por um lado, os Agentes apontaram a necessidade de cursos para poder sanar essa deficiência, por outro, os médicos e enfermeiras, além de cursos, explicitaram que os Agentes devem comunicar à unidade as dúvidas, para receber supervisão específica.

Com relação à identificação das condições de risco ambiental, a expectativa do Ministério (Brasil, 2001a p.78) é de que “o ACS deve promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, e deve identificar áreas de risco, dentro da sua área de abrangência”. As condições ambientais podem ser avaliadas tanto dentro das casas, como fora, ou seja, no caminho percorrido pelo Agente.

Desde a Antiguidade, médico-filósofos, a partir da observação da relação entre saúde e práticas sociais, identificaram a necessidade de promover a saúde e prevenir doenças, associando o processo saúde-doença-cuidado com os determinantes sócio-econômicos envolvidos no processo. Entretanto, até hoje, há uma multiplicidade de concepções sobre promoção e dificuldades de diferenciar prevenção e promoção.

Para Souza e Grundy (2004), a promoção à saúde é o processo que capacita a população a exercer e aumentar o controle sobre sua saúde, tanto no aspecto individual como coletivo. Já a prevenção se baseia na concepção de risco ou na probabilidade de ficar doente.

Da mesma forma, para Traverso-Yepetz, (2007), as ações preventivas têm o objetivo de evitar o surgimento de doenças específicas, enquanto a promoção está preocupada com o bem estar geral das pessoas e comunidades, tendo uma concepção positiva de saúde.

As dificuldades em dar definições parecem decorrentes da própria dificuldade de se definir saúde, um conceito composto por várias dimensões (biomédica, psicológica, econômica) e, que em última análise, é uma experiência individual.

Quando se fala em promoção em saúde, se está falando, primordialmente, na adoção de comportamentos saudáveis, visto que boa parte dos problemas de saúde estão associados com estilos de vida. Os médicos e enfermeiros desta pesquisa sugeriram que os Agentes organizem palestras como forma de transmitir noções de saúde à população. Trata-se de uma forma de atuação bastante recorrente pelos profissionais de formação universitária, que não foi cogitada por nenhum dos Agentes.

Segundo Traverso-Yepetz (2007), as estratégias mais comuns dos programas de educação em saúde, para trabalhar com a promoção/prevenção, têm sido através de palestras e campanhas educativas. Mas a autora adverte que se deve tomar cuidado com essa forma simplista de transmitir informações, de forma linear, quando se repete, à exaustão, os riscos de adquirir determinadas doenças, e há pouca probabilidade das pessoas se sentirem atingidas pelas mensagens. Para a autora, há outras formas de educar, que, muitas vezes, as campanhas e palestras preocupadas em transferir conhecimento, negligenciam.

Os Agentes deste estudo, diferentemente de médicos e enfermeiros, não se referiram a palestras, mas mostraram preocupação em promover a integração do usuário com os serviços de saúde, atraindo-o para atividades recreativas na unidade como festas e a montagem de uma gibiteca, possivelmente situações mais prazerosas, com maior chance de estreitar os vínculos entre a população e as equipes de saúde e de propiciar encontros e organizar ações de cunho coletivo.

A única atividade relacionada com promoção e prevenção, citada pelos usuários, foi a necessidade do Agente orientar e esclarecer dúvidas referentes à saúde. É uma função que traz benefícios diretos ao usuário, mas também é uma expectativa apontada por outros autores, quando explicitam que o ACS deve transmitir e traduzir de forma inteligível as orientações de saúde para os moradores, e precisa, também, esclarecer dúvidas sobre o atendimento da unidade. (Oliveira et al, 2003; Seabra, 2006).

Além dessas atividades, mais da metade dos Agentes citaram que precisam corrigir condutas medicamentosas. Não há nenhuma especificação do Ministério da Saúde quanto a essa função, mas possivelmente é uma prática usual, que não se limita aos sujeitos deste estudo, visto que Peres (2006) revela que, também em Marília, os Agentes orientam os usuários, nas visitas domiciliares, sobre sinais de agravos à saúde e o uso correto de medicação.

Além dessas atividades citadas pela grande maioria dos sujeitos, várias outras foram referidas em uma porcentagem menor, dependendo da categoria do entrevistado. Eram atividades desenvolvidas, geralmente, na unidade ou fazendo a conexão entre o domicílio e a unidade.

Por um lado, os enfermeiros, mostraram interesse em que o Agente participe de tarefas administrativas na unidade, alimentando os dados do SIAB.

Segundo o Ministério da Saúde, o SIAB é “um sistema de informação, que sistematiza os dados coletados, possibilita a sua informatização e gera relatórios de acompanhamento e avaliação” (Brasil, 2001b). O registro de informações dos dados da comunidade é de interesse da equipe e do gestor local, pois permite avaliar o trabalho realizado pela equipe de saúde e acompanhar o impacto ocorrido na saúde daquela população.

Para Silva e Trad (2005) a avaliação dos serviços prestados pelas equipes de PSF, a partir do preenchimento dos dados no SIAB, serve, basicamente, para atender aos compromissos com a coordenação municipal e pouco interfere na organização da dinâmica da equipe e no atendimento às necessidades da comunidade.

Apesar do gestor ser o maior interessado na manutenção de dados atualizados, acredita-se que essa função é de suma importância, pois, as informações geradas pela equipe, de forma indireta, acabam refletindo na prática cotidiana.

O que se deve analisar é a real função do Agente na alimentação do SIAB. Na medida em que ele detecta problemas na comunidade, cabe a ele dar subsídios para alimentar o SIAB, repassar as informações detectadas no campo, mas não, necessariamente, precisa se responsabilizar pela digitação dos dados, ou seja, pela inserção das informações no sistema.

Os usuários por outro lado, verbalizaram que o Agente deveria entregar exames, encaminhamentos; trazer e levar medicamentos e avisos. Para Peres (2006) são atividades que causam sobrecarga ao Agente, e poderiam ser realizadas pelos próprios usuários.

Os usuários desejam, também, que o Agente atenda o usuário na unidade, um desejo natural de quem pretende encontrar na Unidade de Saúde, um elemento familiar, com quem já estabeleceu um vínculo. Entretanto, se a presença do Agente parece dar segurança ao usuário, em um momento em que está fragilizado, é preciso lembrar que a unidade de saúde tem outros objetivos, e, o aumento de atribuições em outras atividades pode prejudicar o tempo reservado às visitas domiciliares.

Os médicos e enfermeiros observaram que os Agentes não têm tempo para programar suas atividades. Mesmo sendo uma função a mais, os próprios Agentes também explicitaram a necessidade de planejar, organizar as atividades, isto é participar na elaboração da programação das ações que vão desempenhar.

Segundo Silva e Trad (2005), sob a coordenação da enfermagem, o planejamento das atividades, em um primeiro momento, deve ser realizado de forma individualizada, isto é, cada profissional define suas ações e programa suas atividades, que são levadas para a reunião semanal, da qual todos os membros participam. A partir daí, torna-se um planejamento coletivo. Mas, o que parece ocorrer é que na prática, os

profissionais de nível superior trabalham com uma ampla independência no planejamento das ações, e o Agente, pouco participa na atribuição de suas funções.

Segundo crítica dos Agentes deste estudo, se, por um lado, sobra pouco tempo para programar as atividades, por outro, as que são programadas, nem sempre são cumpridas. Esses relatos parecem indicar que há dificuldades no trabalho em equipe, apesar deste tema ter sido pouco citado pela maioria dos entrevistados e, ser de fundamental para o funcionamento das equipes de PSF.

Uma porcentagem alta de Agentes identificou dificuldades em relacionar-se com a equipe macro. Os entrevistados parecem se ressentir da falta de apoio e reconhecimento pelo seu trabalho. Com relação à integração com a equipe micro, ou seja, a equipe da unidade de saúde, os Agentes se queixaram da possível falta de autonomia na forma de tratar os usuários de sua área, assim como das dificuldades nas relações interpessoais dos componentes da equipe, muito influenciadas pelos estados emocionais, mutantes e nem sempre previsíveis. Os médicos e enfermeiros não referiram dificuldades de relacionamento, nem com a equipe macro e nem com a micro, possivelmente pelas diferenças no poder decisório, dos diferentes profissionais. Estudos recentes sobre o trabalho em equipe no PSF revelaram que, apesar do discurso igualitário, os membros das equipes mantêm representações sobre a hierarquia entre profissionais e não-profissionais, entre profissionais de nível superior e médio, de educação, o que resulta em baixo grau de interação entre as categorias profissionais e ausência de responsabilidade coletiva (Silva e Trad, 2005).

Parece haver um consenso dos membros da equipe que o Agente está sobrecarregado de tarefas. Os enfermeiros apontaram, por exemplo, que ele atende a uma demanda excessiva. Os próprios Agentes citaram tarefas administrativas sob sua responsabilidade, como localizar e guardar prontuários, que tomam tempo e não parecem preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Aos Agentes se delegam atividades que, embora não estejam descritas nas competências do ACS, são desenvolvidas para contribuir com a rotina e o fluxo de atendimento das unidades de saúde, devido à falta de recursos humanos (Ferraz e Aerts, 2005; Peres, 2006).

Segundo Tomaz (2002), o papel do ACS vem sendo ora distorcido, ora super dimensionado, sobrecarregando-o. A falta de definição e delimitação das suas atribuições e conseqüente despreparo faz com que o Agente Comunitário de Saúde, seja colocado frente a diversas situações que fogem à sua competência.

As falas dos entrevistados deste estudo deixam claro a sobrecarga sobre a figura do Agente. Entretanto se há um excesso de atribuições e responsabilidades, o próprio ACS nem sempre as percebe de forma negativa, como uma carga, mas servem para referendar sua importância e seu valor, como pode ser percebido na frase abaixo e será analisado em mais detalhes ao abordar o perfil do ACS.

“... ser ACS é tudo, é a salvação... (ACS07)”.

6.2. O Perfil do ACS

Ao tentar traçar um perfil do Agente Comunitário de Saúde, que possa desempenhar as funções atribuídas no papel, duas características foram apontadas por todos os entrevistados: gostar do que faz e estar disponível. Logo a seguir, apesar de não ter sido citado pela totalidade dos entrevistados, um grande número de sujeitos se referiu a necessidade do Agente ser conhecido e pertencer à comunidade.

Essas características refletem a marca histórica dos Agentes, ou daquelas pessoas da comunidade, que, mesmo quando não existia o PSF, muitas vezes de forma voluntária, assistiam às famílias em áreas descobertas pelos serviços de saúde, oferecendo orientações, remédios e mesmo facilitando o acesso aos serviços médicos.

As qualidades apontadas como fundamentais à figura do Agente, em Piraju, também foram citadas em outros estudos. Segundo alguns Agentes, entrevistados por Spiri (2006), gostar do que faz é premissa básica para um trabalho efetivo e condizente com a filosofia do PSF. A autora salienta que todos os seus sujeitos enfatizaram que desenvolviam sua prática diária com prazer.

Para os Agentes entrevistados por Peres (2006), o fato de gostar do que faz e trabalhar com vontade facilita o trabalho com as famílias assistidas. Enfatizam que o trabalho executado com amor, carinho, motivação, se reflete na humanização do atendimento.

As qualidades apontadas enfatizam a confiança, conseqüentemente a necessidade de uma postura ética, e principalmente de doação. Se, por um lado, os Agentes podem estar enumerando essas qualidades para valorizar a importância de seu papel, podem não estar percebendo que muitas vezes, se aprisionam, renunciando à sua vida pessoal. Para os membros da equipe, por outro lado, essas qualidades são fundamentais para que os usuários abram suas portas e sigam corretamente as orientações oferecidas.

A relevância dada pelos entrevistados à disponibilidade e ao vínculo foi compartilhada pelo Ministério da Saúde, quando tentou, pela primeira vez, traçar o papel do Agente. Segundo esse documento,

“os Agentes Comunitários de Saúde são pessoas do povo que, independentemente do nível de escolaridade, cumprem os seguintes requisitos formais, que devem ser observados em processo de recrutamento e seleção: residem na comunidade há pelo menos 02 anos; têm disponibilidade de tempo integral para exercer as atividades de ACS” (Brasil, 2001a p.81).

Em julho de 2002, com a criação da profissão de Agente Comunitário de Saúde, houve uma reformulação nos requisitos básicos para a seleção do candidato ao cargo de ACS. Ficou estabelecido que é necessário residir na área da comunidade em que deve atuar, haver concluído o ensino fundamental, além de tornar obrigatória a conclusão, com aproveitamento, do Curso de Qualificação Básica para ACS (Brasil, 2002b). Excluía-se, portanto a necessidade de disponibilidade em tempo integral.

Segundo Levy (2004) em estudo realizado em Bauru, o fato do Agente residir na comunidade é de fundamental importância para a construção de uma relação de confiança com os moradores, que se sentem mais a vontade para falar sobre os seus anseios, com uma pessoa que compartilha a mesma realidade.

Se, por um lado, pertencer à comunidade e viver próximo às famílias, facilita o trabalho do Agente, por outro, pode, também, trazer dificuldades. O fato de

compartilhar os mesmos espaços com os usuários, tornam as fronteiras entre ele e a população muito mais porosa, criando julgamentos e definindo posições e papéis particulares. Se os fortes laços de amizade aumentam a chance de permitir o acesso a casa e acatar as orientações, em contrapartida, inimizades e conflitos com moradores, em vez de facilitar, criam mais problemas para a equipe. (Seabra, 2006).

As verbalizações dos entrevistados mostraram que, a aproximação física gera muitas solicitações nos domicílios, como se fossem extensões da unidade de saúde. A população parece não diferenciar o trabalhador do vizinho (Peres, 2006). A excessiva valorização afetiva da relação desenvolvida, assim como, a ênfase que é dada pelos usuários, em coisas pessoais do Agente, parece exercer um controle exacerbado em sua vida particular (Nunes et al, 2002).

Ainda, quando o Agente está na posição de paciente, usuário do serviço de saúde, ele deseja gozar de privilégios em relação aos demais pacientes, o que desagrade aos profissionais que o atendem (Seabra, 2006).

Embora ocorram discussões acerca do perfil do ACS, da difícil posição de ser, ao mesmo tempo, profissional e usuário do PSF, não há dúvida de que ele ocupa um papel de porta voz das representações sociais construídas na comunidade onde vive, expressando para equipe, como pessoa do senso comum, as concepções desta população sobre o processo de saúde-doença.

Ao se referir às características esperadas do ACS, os usuários destacaram qualidades que priorizam a forma de atendimento: a cordialidade, a simpatia e a educação. Esses dados aparecem em outros estudos. Os usuários entrevistados por Oliveira et al, (2003), referiram que o Agente deve ser uma pessoa boa, esforçada, simpática, legal, ótima, confiável, prestativa, atender bem, calma, paciente, delicada, “gente fina”, educada, atenciosa e disposta.

Segundo Ruiz Moral (2004) em uma pesquisa realizada em vários países da Europa, para avaliar as prioridades dos pacientes em relação aos profissionais das equipes de saúde da família, a humanização no atendimento, foi o aspecto mais valorizado pelos usuários, seguido pela competência, por ser incluído nas decisões, tempo de espera para ser atendido, acesso e disponibilidade de informações. Outros estudos realizados na Europa e Estados Unidos mostraram a mesma tendência. O autor conclui que, na atenção

primária, muitas vezes, os usuários valorizam mais as relações interpessoais que as atividades técnicas.

Ao analisar as falas do presente estudo, percebe-se que, de forma geral, os entrevistados citaram mais qualidades, como gostar do que faz, ser amigo, ser persistente, ser responsável, do que habilidades. As únicas ressalvas foram: saber comunicar-se e ser organizado no seu serviço. Propor um perfil calcado em qualidades, muitas vezes, componentes do caráter, ou adquiridas no decorrer da vida, dificulta levar em consideração esses anseios, quando do planejamento de programas de capacitação.

Saber comunicar-se, premissa básica para o sucesso do programa foi lembrada por todos os entrevistados. Segundo o Manual de Enfermagem, a comunicação na atenção à saúde baseia-se em escutar o outro para compreender quais suas crenças, seus costumes, sua situação e suas possibilidades e poder atuar conjuntamente no atendimento das necessidades individuais e do grupo familiar (Brasil, 2001b).

Para Duarte et al, (2007), quando o Ministério da Saúde delega ao Agente a atribuição de traduzir para a equipe de saúde a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites; e, ao mesmo tempo, promover a educação e mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas, ele tem a expectativa de um determinado perfil. Ele espera que o Agente tenha uma liderança natural na comunidade, fundamentada na capacidade de se comunicar com as pessoas, para estimular a corresponsabilidade, na melhoria da qualidade de vida e saúde da população. Os autores, entretanto, discordam do conceito de liderança, entendido como um atributo natural, e consideram que a habilidade comunicativa deve ser o objetivo central dos programas de capacitação.

Compartilhando essa mesma visão, Rios (2007) sinaliza que já se vai o tempo em que se acreditava que a relação profissional/paciente, na área da saúde, não dependia de aprendizagem, mas apenas, da espontaneidade, da vocação, do sexto sentido. Apesar de continuar havendo um componente particular e intimista na vivência profissional, a competência para uma boa relação, passa necessariamente, pela aquisição de conhecimentos sobre comunicação humana e construção de vínculos, o desenvolvimento de habilidades interativas e atitudes sustentadas em uma reflexão ética, que precisam ser planejados nos cursos de formação.

Revedo as entrevistas, chamou a atenção a baixa porcentagem de verbalizações dos sujeitos da equipe, em especial médicos e enfermeiros, em relação à necessidade do Agente ter habilidades para trabalhar em grupo. Não se pode concluir que essa falta de referências signifique que as equipes de Piraju não enfrentam problemas no trabalho integrado, ou que os objetivos de trabalhar em conjunto tenham sido totalmente atingidos. Prova disso está no fato dos Agentes citarem a dificuldade de relacionar-se com a equipe macro e micro. Pode se levantar algumas hipóteses explicativas para a falta de referências ao trabalho em equipe.

Em primeiro lugar, possivelmente, o fato das entrevistas com os médicos e enfermeiros terem sido conduzidas pela autora da pesquisa, membro e ex-coordenadora do PSF de Piraju, pode ter inibido as críticas. Ou pode ser que os profissionais mais graduados, não percebam as deficiências, na medida em que ditam as regras de funcionamento da equipe, determinam tarefas e pouco percebem que o Agente está descontente e não está sendo envolvido em planejamento e decisões. Segundo Seabra (2006) a rigidez da formação acadêmica é um dos fatores que mais dificulta o trabalho em equipe. Nas reuniões de equipe, ocorrem muitas discussões, mas dificilmente se consegue por em prática a que foi acordado; muitos profissionais já desistiram, não participam mais dessas reuniões, alegam que é tempo perdido, muito se discute e nada se resolve.

O Ministério da Saúde deixa claro que no exercício do PSF, são necessárias ações voltadas à participação dos profissionais, com vistas à construção da equipe de saúde: “a especificidade das responsabilidades de cada membro jamais deverá ofuscar a missão comum da equipe”. (Brasil, 2000a p.10).

A preocupação dos gestores em habilitar as equipes ao trabalho em grupo é bastante grande, mas os desafios para atingir essa meta são inúmeros. Para Almeida e Mishima (2001), se essa integração não ocorrer, corre-se o risco de se repetir o modelo de saúde desumanizado, fragmentado, centrado no modelo biologista individual e na desvalorização dos diversos profissionais.

6.3. A Capacitação do Agente Comunitário de Saúde

A análise das respostas dos entrevistados referentes à capacitação não mostrou nenhuma unanimidade. Médicos e enfermeiros enfatizaram a falta de qualificação dos Agentes, quando da sua entrada no programa, pelo baixo grau de escolaridade, o que pode ser interpretado como uma expectativa de critérios mais rigorosos de seleção.

Com relação à capacitação propriamente dita, o aspecto mais citado pelo conjunto de entrevistados, independente da categoria a que pertencia, foi a necessidade de conhecimentos de prevenção e educação básica. Esse requisito parece vir ao encontro das preocupações de formação do Ministério da Saúde, que prevê que esse conteúdo faça parte do Curso Introdutório sobre PSF, elaborado para todos os profissionais que ingressam no programa.

No entanto, não está muito clara, a forma como os sujeitos acreditam que os conhecimentos de prevenção e educação básica devam ser adquiridos, visto que o Curso Introdutório foi citado como recurso para capacitação, por menos da metade dos sujeitos da amostra, principalmente por Agentes e médicos.

Segundo a primeira portaria que objetivou a regulamentação da profissão de ACS, em 1997, para que um indivíduo desempenhasse a função, bastaria saber ler e escrever. Contudo, com a criação da profissão de ACS, introduziram-se reformulações quanto à sua capacitação, tendo como um dos objetivos prioritários que o Agente tenha “uma compreensão global do processo produtivo, com a apreensão do saber tecnológico, a valorização da cultura do trabalho e a mobilização dos valores necessários à tomada de decisões” (Brasil, 2004a p.10). Partindo desse objetivo elaborou-se o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, já detalhado na introdução.

Apesar das metas parecerem bastante adequadas, na prática, há várias críticas tanto com relação ao treinamento introdutório quanto aos programas de capacitação do ACS.

Segundo Silva e Trad (2005), no município baiano de grande porte estudado por eles, apenas dois, dos dez Agentes, receberam treinamento introdutório ao PSF. Seabra (2006) relata que, em Ribeirão Preto, o Curso de Formação Técnica para os ACSs iniciou-se de uma forma inesperada, os integrantes da própria equipe de saúde eram

os responsáveis por ministrar as aulas sem treinamento prévio. O autor revela que a maioria de seus entrevistados se posicionou contra a formação técnica para qualificar o ACS, por temer que os ACSs se transformassem em técnicos da saúde e que seu papel na equipe de saúde seja desfigurado.

A Revista RET-SUS (Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde), de março de 2005, informa, também, que a linha de financiamento aberta pelo Ministério da Saúde para a realização do Curso de Formação Técnica do ACS, apenas inclui o módulo I, ou seja, a 1ª etapa formativa, o que implica que, possivelmente, os outros módulos pertinentes ao curso serão de responsabilidade do município, o que pode comprometer sua execução.

A deficiência na capacitação, entretanto, não se limita ao Agente, mas atinge todos os elementos envolvidos, o que acaba repercutindo negativamente no trabalho da equipe (Silva e Trad, 2005). Já que se trata de novo modelo assistencial, há necessidade de pensar na capacitação de todos os membros da equipe e não apenas dos Agentes (Seabra, 2006). Esse investimento pode propiciar um entendimento mais equilibrado do conhecimento dos diferentes profissionais, facilitando a construção de um projeto comum (Silva e Trad, 2005).

Como salienta Paim, *apud* Silva e Trad (2005), embora os treinamentos e as capacitações não sejam suficientes para transformar as práticas da saúde, eles podem contribuir para uma progressiva politização e socialização do saber, repercutindo nas relações de poder no contexto de trabalho.

Mas, possivelmente a maior polêmica com relação à preparação dos Agentes diz respeito à capacitação profissionalizante, isto é, se ele deve aprender técnicas de intervenção, com uma formação bastante próxima do auxiliar de enfermagem.

À primeira vista, os sujeitos dessa pesquisa não parecem defender que o Agente deva desempenhar funções próprias do auxiliar de enfermagem. Em sua maioria, enfatizaram a necessidade de conhecimentos em educação e prevenção, apenas 10% dos Agentes referendaram a necessidade de freqüentar curso técnico de enfermagem e 42,3% dos médicos limitaram-se a citar a necessidade de saber fazer curativos. Entretanto, mais da metade dos entrevistados, especialmente enfermeiros e Agentes, referiram a deficiência de conhecimentos, para poder diagnosticar doenças. Esses sujeitos justificam que a possibilidade de diagnosticar as diversas patologias, seus sinais e sintomas, poderia

facilitar sua inserção na equipe e junto à comunidade, valorizando, de fato, sua atuação dentro do contexto do programa.

Embora, a maioria dos autores se posicione contra a formação técnica para qualificar o trabalho dos Agentes, alguns profissionais, expressaram que essa formação poderia ajudar a delinear o papel.

Para Nunes et al (2002) os Agentes precisam dominar conteúdos e práticas referentes à biomedicina, pois a formação biomédica, faz com que o ACS se torne uma pessoa com maior prestígio, perante a sua comunidade. A falta desses conhecimentos o mantém insatisfeito com sua formação, principalmente quando se compara com os outros membros da equipe. Da mesma forma, Seabra (2006), acredita que a formação mais técnica fará com que o Agente cresça profissionalmente, dentro da área da saúde.

Apesar das tentativas de definição, intermediadas pelo Ministério da Saúde, e dos anos de implantação do programa, a discussão ainda continua.

Outra necessidade apontada pela maioria dos sujeitos foi de reciclagem constante, criticando a falta de supervisão, apontada por 50,0% dos Agentes. Essas colocações podem ser interpretadas como indicadores de que há um desejo, principalmente dos Agentes de receber capacitação para poder cumprir seu papel. No momento, segundo os depoimentos dos Agentes, seu contato mais direto tem sido com o auxiliar de enfermagem.

Se, ao falar em reciclagem, parece que os sujeitos têm uma expectativa de cursos que ofereçam mais conhecimentos, a supervisão pareceu enfatizar a necessidade de discutir os casos difíceis, como o enfrentamento de usuários portadores de problemas mentais, e avaliar as intervenções feitas na prática.

A partir da introdução do PSF nas comunidades, a população vem pressionando as equipes para que atuem frente a problemas referentes à saúde mental dos usuários. Brêda e Augusto (2001), em estudo levado a cabo em uma unidade de Saúde da Família de um bairro litorâneo de Maceió (AL), apontaram que alcoolismo, depressão, uso indiscriminado de psicofármacos e tentativas de suicídio eram problemas psíquicos bastante prevalentes. Observaram dificuldades da equipe de constituir um vínculo com esses usuários, assim como entrave na comunicação entre a rede básica e a rede de saúde mental.

Conforme relatório da OMS/OPAS (2001, p. 90), muitas vezes os profissionais de atenção primária de saúde vêem (mas nem sempre reconhecem) quadros de “angústia emocional”. Há a expectativa que o reconhecimento e o manejo precoce de transtornos mentais possa reduzir a institucionalização e melhorar a saúde mental dos usuários.

Para possibilitar uma participação mais efetiva frente a esses usuários, o “Projeto Qualis/PSF”, implantado no município de São Paulo, estruturou um programa de saúde mental com duas equipes volantes, contando com psiquiatra, psicólogo e assistente social, para atender as equipes locais do PSF. Com o objetivo de capacitar as equipes de referência, procurou-se orientar os ACS na estratégia do “amigo qualificado”, habilitando-os para atuar como acompanhantes terapêuticos em situações específicas. Foram oferecidos cursos voltados para a formação em saúde mental dos componentes das equipes de PSF, para o uso racional de psicofármacos e uma abordagem que implicava em instrumentalizar o grupo familiar a tratar a pessoa com transtorno mental de forma mais salutar. (Lancetti, 2000).

Em municípios do Norte e Nordeste do país, onde se verifica um grande impacto na atenção básica das ações do PSF, também são relatadas experiências relevantes neste sentido. Em Camaragibe (PE), foram organizadas oficinas de sensibilização para a questão da saúde mental, procurando monitorar e supervisionar as ações das equipes do PSF na área, reduzindo amplamente o número de internações psiquiátricas (Casé, 2000).

Tendo como referência essas experiências, nos programas de capacitação, se poderia orientar os Agentes a lidar com os portadores de problemas mentais, poderia reduzir a angústia frente a esses usuários.

Outra expectativa dos nossos sujeitos foi de que, no espaço da supervisão, se possa discutir as experiências do dia-a-dia, as satisfações e frustrações, os encontros e desencontros e, mesmo as tensões existentes na divisão técnica e social do trabalho, repensando papéis e atribuições, de preferência, com o resto da equipe.

Segundo Matumoto et al (2005), na área da saúde, as demandas geram ansiedades e angústias nos trabalhadores tanto pela quantidade (demanda reprimida, população mais adoecida pelas condições de vida, demanda por consumo tecnológico e outros), quanto por seu conteúdo (dores, sofrimento, pobreza, violência e loucura). Essas demandas criam perplexidade nos profissionais, diante da impotência de dar respostas a

partir procedimentos técnicos habituais e necessitam de apoio, soluções e escutas diferentes.

O desafio de construir novas bases para o desenvolvimento de práticas assistenciais em saúde, cria a necessidade de um tipo de supervisão que lide com as relações entre as diferentes categorias profissionais e de poder que compõem as equipes, com a questão dos preconceitos e pré-concepções dos trabalhadores da saúde com relação aos usuários, com a desconstrução da relação poder/saber e, precisa, apoiar a equipe na análise das implicações do seu atendimento, no estabelecimento de vínculos e não focalizando, apenas, o trabalho técnico (Matumoto et al, 2005).

Apesar de não contar com dados concretos, parece que poucas equipes de Saúde da Família têm se beneficiado desse tipo de experiência, visto que a proposta de Matumoto et al (2005), implica em equipe de supervisão externa, o que gera custos adicionais e necessidade de profissionais especializados, pouco disponíveis à maioria das equipes que atuam no país.

No momento, apesar das diferentes propostas de capacitação profissional, segundo Oliveira e Spiri (2006), elas ainda não apresentam clareza. Por mais que os assuntos abordados sejam pertinentes ao PSF, não são suficientes para a compreensão do funcionamento ideal do programa.

7. Considerações Finais

O Ministério da Saúde, há anos, vem buscando definir pré-requisitos para o perfil desejado do Agente, assim como, definir características essenciais que o Agente deve adquirir e que devem constar na programação dos cursos de capacitação.

Dentro dessa perspectiva, este trabalho se propôs a contribuir com essa empreita, apresentando a percepção que as equipes de saúde da Família de Piraju, onde o programa está implantado há 12 anos, e de um número significativo de usuários, já que o Programa de Saúde da Família neste município conta com 100,0% da população assistida.

Em primeiro lugar, a análise das entrevistas como um todo, pareceu mostrar, que os princípios básicos que nortearam a criação da figura do Agente foram assimilados por todos os segmentos que compuseram este estudo. O Agente foi visto como um elemento mediador, representante dos anseios das famílias junto às equipes e responsável por difundir preceitos de prevenção e promoção da saúde.

Por outro lado, algumas características preconizadas como fundamentais para a concretização da Reforma Sanitária, como saber trabalhar em equipe e facilitar a organização comunitária, foram pouco referidas. Poucos entrevistados enfatizaram a necessidade de uma comunicação mais horizontal entre os membros das equipes, que implicaria em uma nova organização do trabalho em saúde. Foi rara, também, mesmo entre os usuários, a reivindicação de que o Agente ajudasse a comunidade a exercer sua cidadania, compreendendo o verdadeiro sentido social e político de uma sociedade.

Considerando que o trabalho contemplou vários segmentos e indivíduos, também se encontraram discordâncias entre os próprios Agentes; com o resto da equipe; e com os usuários. Algumas atribuições foram citadas por alguns elementos e não por outros. Notou-se, inclusive, que algumas atividades eram próprias do Agente, em Piraju, e inexistentes em outras localidades, o que demonstra a importância de respeitar, na construção do projeto, na qual a função de Agente está inserida, um grau de autonomia que contemple a diversidade de integrantes e realidades locais.

Houve inclusive discursos contraditórios: a mesma enfermeira que acreditava que o Agente tinha que assumir mais atividades administrativas considerava que ele já estava sobrecarregado de tarefas; o mesmo Agente que reclamava do baixo salário, devido à alta responsabilidade, verbalizava que sua profissão exigia devoção e doação.

O fato de existirem contradições e mesmo de relegar, para segundo plano, aspectos funcionais importantes, são fatos esperados, principalmente por ser um programa em implantação, com uma filosofia bastante diversa daquela do modelo anterior, para o qual já trabalharam alguns profissionais das equipes e mesmo gestores. No entanto, as controvérsias precisam ser debatidas, pois se não tratadas, terminam por legitimar as velhas idéias e valores, como por exemplo, a idéia de transformar o Agente comunitário em mais um auxiliar de enfermagem.

Com relação ao perfil do Agente, a ênfase dada à necessidade de que ele tenha capacidade comunicativa, tanto pela equipe como pelos usuários, permite inferir que a maioria acredita que o aspecto relacional deve ser levado em conta nas ações em saúde. Os sujeitos não se limitaram, meramente, a citar a necessidade do Agente comunicar ao usuário o que fazer e como fazer para ter uma vida saudável, mas enfatizaram que ele precisa saber ouvir os anseios da população para transmitir as dificuldades à equipe de saúde. Trata-se de uma dimensão política, mas ainda centrada na discussão ético-comunitária, priorizando, a discussão dos problemas de saúde e de auto-cuidado dos usuários, sem considerar o Agente, dentro de uma dimensão de transformação social, como o elemento preparado para ajudar na organização da comunidade para reivindicar seus direitos e exercer sua cidadania (Silva e Dalmaso, 2002).

Pode-se supor que se está à frente de um processo de transição, em que as equipes de Piraju superaram a fase em que a comunicação era vista apenas no seu caráter informativo, para uma fase de comunicação mais dialógica, em que, se ouvem as necessidades da comunidade, e, a partir das orientações da equipe, se tomam algumas decisões de comum acordo (Alves, 2005). Mas, se o Ministério da Saúde, tem uma expectativa de que o Agente auxilie e incentive a comunidade a participar do projeto de saúde e mesmo da organização para outras reivindicações, o baixo conhecimento dessa função pelos nossos entrevistados aponta para a necessidade de trazer para o debate, nos cursos de capacitação, e outras situações de encontro da equipe, essa temática.

No momento, a partir das qualidades elencadas pelos usuários (ser amável, confiável, amigo), parece que as expectativas maiores estão em um Agente que valorize uma forma de atendimento, em que se tenha uma preocupação com o acolhimento, que promova a otimização dos serviços, o fim das filas, e a efetivação do acesso aos demais níveis do sistema, como preconiza o Humaniza-SUS (Brasil, 2004b).

Com relação à capacitação, a maioria dos sujeitos fez referência aos programas que já vêm sendo desenvolvidos pelo Ministério, aos cursos oferecidos, mas coube aos Agentes defender, de forma mais enfática, a necessidade de aprender com discussões práticas e supervisões, não apenas no que se refere aos casos de difícil solução, mas também daqueles que provocam impotência e insegurança. Foi também, este segmento, que apontou algumas dificuldades no relacionamento inter-equipe, que poderiam ser discutidas nas supervisões.

Associando as necessidades de capacitação explicitadas pelos entrevistados, com as dificuldades apontadas por eles, transparece que, a equipe vivencia na prática e no dia-a-dia o conflito entre a dimensão tecnológica e a dimensão solidarista e social. Se, por um lado parece que os sujeitos assimilaram o ideário do SUS, que agrega uma faceta mais coletiva à atuação do Agente, a falta de instrumentos e saberes para atuar nessa área, somada à valorização dos conhecimentos biológicos, que o Agente percebe nos usuários e nos outros elementos da equipe, faz com que suas expectativas balancem, ora para um pólo mais técnico, objetivando aprender mais a respeito de sinais e doenças prevalentes, medidas preventivas, saneamento; ora para um pólo mais social, apontando a necessidade de mais conhecimentos para promover a saúde e qualidade de vida da população.

Em resumo, os dados demonstram que, apesar da função de Agente contar com eixos norteadores, assimilados pela equipe e comunidade, na prática, ainda é uma profissão que está sendo construída, dinâmica, sujeita a mudanças, formulações, reformulações, e também, contradições. As expectativas são positivas, se acreditarmos que é no jogo da contradição que, muitas vezes, surgem as práticas criativas e transformadoras.

Considerando que o próprio Ministério da Saúde explicita que o Agente Comunitário de Saúde, tenha, como objetivo prioritário da sua capacitação, “uma compreensão global do processo produtivo, com a apreensão do saber tecnológico, a valorização da cultura do trabalho e a mobilização dos valores necessários à tomada de decisões” (Brasil, 2004a p.10) e observando o peso à função do ACS que os entrevistados deram à vertente solidarista, em contraposição às doutrinas unilaterais do individualismo e coletivismo, para que satisfaça ao duplo aspecto da relação que medeia indivíduo e sociedade, sugere-se que o ACS seja reconhecido como um Agente social, antes que Agente de saúde, que se possa valorizar o viés comunitarista, e que portanto, sua capacitação contemple um conteúdo social e político, que priorize a vertente humanista, sem prejuízo das outras qualificações, e que essa meta seja extensiva, aos profissionais da equipe de saúde e mesmo aos gestores públicos.

8. Referências*

ALMEIDA M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família; construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, p.150-153, 2001.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o programa de saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, 2005.

ARES, F.P. O Programa de Saúde da Família em Cuba. In: SEMINÁRIO DE EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 1., 1999, Brasília. **Relatório Final...: Departamento de Atenção Básica**, 2000. p.37-38.

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

BORGES, C.C.; JABUR, M. Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do PSF. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.18, p.507-520, 2005.

BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E.N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva (on line)**, p.0203/2006-12, 2006.

BRASIL. Portaria nº 1886, de 18 de dezembro de 1997. **Aprova as normas e diretrizes do programa de agentes comunitários da saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de atenção básica. A implantação da unidade de saúde da família. **Caderno de atenção básica: programa saúde da família**. Brasília, 2000a. v.1, 44p.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico. **CENSO 2000b**. Brasília, 2000.

* ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação - Referências - Elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 24p.
NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. **List of journals indexed in Index Medicus**. Washington, 1997. 240p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 128p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. 250p. (Série A. Normas e Manuais,135).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, v.2, n.5, 2002a. 80p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite**. Brasília, 2002c. 44p.

BRASIL. Lei nº 10507, de 10 de julho de 2002. **Cria a profissão de agente de saúde e dá outras providências**. Brasília: Casa Civil, 2002b. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10507.htm>. Acesso em: 10 ago. 2003.

BRASIL. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário da saúde: área profissional saúde**. Brasília: Ministério da Educação, Ministério da Saúde, 2004a. 64p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico de Política Nacional. **HumanizaSUS: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004b. 20p. (Série B: textos básicos de saúde).

BRASIL. Sistema Estadual de Análise de Dados. **Perfil Municipal de Piraju**. São Paulo: Secretaria de Economia e Planejamento do Governo do Estado de São Paulo, 2005.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Perfil de competências profissionais do agente comunitário da saúde (ACS): versão preliminar**. Brasília, 2003. Disponível em: <www.saserj.org.br/propostaacs.htm>. Acesso em: 14 dez. 2006.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censos e estimativas: população por faixa etária e sexo**. Piraju, 2007a. Brasília, 2007.

BRASIL. Sistema de informação da Atenção Básica. **Fonte: Município de Piraju**. Ano 2007b. Brasília, 2007.

BRÊDA, M.Z.; AUGUSTO, L.G.S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p.471-480, 2001.

CASE, V. Saúde mental e sua interface com o Programa de Saúde da Família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: LANCETTI, A. (Org.). **SaúdeLoucura: saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2000, p.121-136.

CUBA. Ministerio de Salud Publica de Cuba. **Libro rojo**. La Habana, 1992.

CUBA: a saúde. Disponível em: <<http://embacu.cubaminrex.cu>>. Acesso: 29 nov. 2007.

DAL POZ, M.R.; VIANA, A.L. Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil. In: MARTINIC, S.; AEDO, C.; CORVALAN, J. (Org.). **Reformas em educacyon y salud en American Latina y el Caribe**. Santiago do Chile: Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación – CIDE, 1999. p.187 – 217.

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

ELIAS, P.E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p. 557-606, 2006.

FERRAZ, Z.T.; AERTS, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no programa de saúde da família em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p.347-355, 2005.

FONTINELE, J.K. **Programa Saúde da Família (PSF) comentado**. Goiânia: AB, 2003 144p. (Coleção Curso de Enfermagem).

LANCETTI, A (Org.). Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: _____. **Saúde mental e Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2000. p.11-22.

LEVY, F.M.; MATOS, P.E.S.; TOMITA, N.E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.1, p.197-203, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 13 dez. 2006.

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

LOTTA, G.S. **Saber e poder**: agentes comunitários de saúde aproximando saberes locais e políticas públicas. 2006. 171f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no PSF: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9 ,n.16, p. 9-24, 2005.

MEIRA, R.M.M.B.; SILVESTRE, N.M. **Perfil profissional desejado do agente comunitário de saúde no programa de saúde da família**. 2003, 28p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista, Botucatu.

NOGUEIRA, R.P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.6, n.10, p.91-93, 2002.

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

OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. Programa saúde da família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.4, p.727-733, 2006.

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

OMS – Organização Mundial de Saúde. OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasília: OMS/OPAS, 2001.

OPAS. Declaração de ALMA-ATA. **Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**. República do Cazaquistão, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2006.

ORTEGA, O.S. **A saúde em Piraju: da municipalização ao programa de saúde da família**. 2002. 127p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.

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

PERES, C.R.F.B. **O trabalho do agente comunitário de saúde no município de Marília**. 2006. 165f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.

PIRAJU (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Diretor 2001 a 2003**. Piraju, 2003.

PIRAJU (Município). Vigilância Epidemiológica. **Proporções, coeficientes e índices - 19981 a 2006 - Município de Piraju**. Piraju: Vigilância Epidemiológica, 2006.

RET-SUS. Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde. **Como anda a formação técnica do ACS?** 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/retsus-revista_6.pdf> Acesso em: 06/01/2008.

RIOS, I.C. Ser e fazer diferente...:É possível provocar o desejo? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.23, p.628-630, 2007.

ROCHA, A.A.R.M.; TRAD, L.A.B. A trajetória profissional de cinco médicos do programa de saúde da família: os desafios de construção de uma nova prática. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p.303-316, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 out. 2007.

ROMANELLI, G.; BIAZOLI-ALVES, Z.M.M. **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Suma, 1998, p.175.

RUIZ MORAL, R. **Relacion Clinica-Guia para apreender, enseñar e investigar**. Barcelona: Sem FYC ediciones, 2004.

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

SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no programa saúde da família: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9 n.16, p.25-38, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 out. 2007.

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**, v.6, n.10, p.77-78, 2002.

SOUSA, M.F. **Agentes comunitários de saúde: choque de povo**. São Paulo: Hucitec, 2001, 158p.

SOUZA, E.M.; GRUNDY, E. Promoção de saúde, epidemiologia e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1354-1360, 2004.

SPIRI, W.C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.1, p.0187/2006-15, 2006. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br>>. Acesso em: 26 jun. 2006.

TOMAZ, J.B.C. O agente de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, p. 84-87, 2002.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.22, p.223-38, 2007.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Faculdade de Medicina de Botucatu. Comitê de Ética em Pesquisa. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Botucatu: Tipomic, 1997.

9. *Anexas*

Anexo 1 - Consentimento livre e esclarecido para participação em estudo clínico.

Eu, _____,
portador(a) do RG _____, domiciliado(a) na cidade de
PIRAJU-SP, à Rua _____
n^o _____, estou de acordo em participar da pesquisa intitulada: “O Agente
Comunitário de Saúde sob sua percepção, da comunidade e dos profissionais de saúde no
Programa de Saúde da Família de Piraju: “Intruso ou Companheiro? - 10 anos de
experiência”, sob a responsabilidade da enfermeira pesquisadora Regina Márcia Maestrello
Bolis Paula Meira, COREN-SP 50.186 e orientado pela Prof^a Dr^a Gimol Benzaquen Perosa
da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

Declaro que fui esclarecido(a) quanto ao(s):

1 – Objetivo do estudo que visa identificar e comparar as expectativas que as pessoas da comunidade e outros profissionais do Programa Saúde da Família têm em relação às funções dos Agentes Comunitários de Saúde, e, como ele próprio vê o seu papel. Os dados das entrevistas serão comparados, também com as expectativas que o Ministério da Saúde tem em relação a esse profissional. Nosso objetivo final é traçar um plano de ação para a formação desses profissionais dentro do município de Piraju;

2 - Fui também informado que os conhecimentos obtidos por meio desta pesquisa poderão subsidiar futuros programas voltados ao Programa Saúde da Família, assim como publicações científicas;

3 – Sei que apesar das entrevistas serem registradas, a pesquisadora se comprometerá a guardar o anonimato de minhas informações;

4 - Tenho a liberdade de não participar desta pesquisa, bem como desistir da mesma em qualquer momento, sem nenhum prejuízo no atendimento nos serviços de saúde a minha pessoa ou familiares;

5 – Sei que a pesquisadora está disponível para esclarecimentos que eu julgar necessários e em caso de não me sentir atendido(a), poderei entrar em contato com o Secretário da Saúde Municipal de Piraju.

Assim subscrevem as partes envolvidas nesta declaração,

Piraju, de de 2005.

Nome do Entrevistado:

Assinatura do Entrevistado:

Enfermeira Regina Márcia Maestrello Bolis Paula Meira
Rua: Coronel Nhonhô Braga, 274 Centro Piraju-SP.
Fone: 0(XX)143351-3377
e-mail:marciameira@winf.com.br
Pesquisadora

Professora Doutora Gimol Benzaquen Perosa
Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Neurologia
Distrito de Rubião Júnior s/n Botucatu-SP. Fone: 0(XX)143882-1007
e-mail: gimol@fmb.unesp.br
Orientadora

Anexo 2 - Pesquisa: Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP-SP.Código: Beneficiário

Data:

Município:

Nome:

Entrevistado/Beneficiário nº

Endereço:

Idade: 18 a 25 anos 26 a 35 anos 36 a 50 anos > 50 anosSexo: M F

Grau de Escolaridade:

Ocupação:

Profissão:

- 1- Há quanto tempo a sua família tem o benefício do Programa de Saúde da Família (PSF) de Piraju?
 - 2- Alguém da sua família já utilizou dos serviços do PSF?
 Sim Não
 - 3- Quem?
 - 4- Quantas vezes?
 - a. raramente
 - b. poucas vezes
 - c. muitas vezes
 - d. sempre
 - 5- Doença permanente (pressão alta) na família?
 Sim Não
Quem?
 - 6- Doença constante na família?
 Sim Não
Quem?
 - 7- Quem da família cuida do doente?
 - 8- Me fale da sua experiência com o Programa Saúde da Família?
 - 9- Agora, você poderia me falar um pouco sobre sua experiência com o(s) ACS(s)?
-

- 10- Em relação ao papel que o ACS desempenha, o que você espera dele?
- 11- Você enxerga que houve mudança com a implantação do Programa Saúde da Família no município nesses últimos 10 anos?
- 12- O(a) Sr(a) poderia me dizer quais são os pontos melhores, mais fortes, que mais gosta do PSF em Piraju?
- 13- E do que o(a) Sr(a) menos gosta, os piores pontos, as coisas que não estão boas?
- 14- O que o(a) Sr(a) faria para melhorar, o que acha que deveria ser feito para melhorar o PSF em Piraju?
- 15- E o Agente Comunitário de Saúde (ACS) de vocês aqui ... , o que o(a) Sr(a) acha que tem de melhor?
- 16- E de pior?
- 13- O que faria para melhorar?
-

Anexo 3 - Pesquisa: Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP-SP.

ENTREVISTA – AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS)

ACS n°:

Local de trabalho (USF):

Micro-área:

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade:

Grau de Escolaridade/Até que série você estudou?

Possui alguma formação profissional?

() sim () não Qual?

No momento, está estudando? Qual curso?

Já atuou em outro município ou outra Unidade de Saúde da Família(USF) como ACS?

() sim () não Qual?

Há quanto tempo trabalha como ACS?

Há quanto tempo trabalha nesta unidade como ACS?

Há quanto tempo reside neste bairro?

Você realizava algum trabalho comunitário antes de ser ACS? Qual?

O que te motivou a ser ACS?

Você foi capacitado antes de iniciar o seu trabalho como ACS? Como foi o treinamento?

Você costuma receber capacitação periódica? Como são realizadas?

Fale sobre seu trabalho no seu dia a dia. Conte-me as suas atividades diárias.

E o que não consegue fazer? Tem muita coisa? O que?

Como você faz então?

Quando você gosta de ser ACS?

Quando você não gosta de ser ACS?

O que você acha que facilita o seu trabalho com as famílias e a equipe?

O que você acha que dificulta o seu trabalho com as famílias e a equipe?

O que você mudaria na sua prática de ACS?

Como você acha que a equipe e as famílias vêem os ACSs?

O que você espera da sua profissão?

Para você o que é ser ACS?

Quando tem alguma dificuldade no trabalho, o que faz, a quem recorre? Quem da equipe dá mais apoio?

Para você o que mudou na saúde com o Programa de Saúde da Família (PSF) nestes 10 anos de experiência?

Você gostaria de dizer algo que não lhe foi perguntado?

Anexo 5 – Características dos Agentes Comunitários de Saúde.

Nº	IDADE	SEXO	TEMPO DE SERVIÇO	ESCOLARIDADE
1	40	FEMININO	5 ANOS	Médio
2	35	FEMININO	3 SEMANAS	Médio
3	42	FEMININO	1 ANO	Médio
4	40	FEMININO	6 ANOS	Médio
5	37	FEMININO	8 MESES	Médio
6	26	FEMININO	4 ANOS	Médio
7	31	FEMININO	3 ANOS	Médio
8	38	FEMININO	3 ANOS	Fundamental
9	38	FEMININO	5ANOS E MEIO	Fundamental
10	42	FEMININO	6 ANOS	Fundamental
11	42	FEMININO	2 ANOS	Médio
12	42	FEMININO	1 ANO E MEIO	Médio
13	38	MASCULINO	3 ANOS E MEIO	Médio
14	34	FEMININO	1 ANO	Médio
15	41	FEMININO	3 ANOS	Médio
16	25	FEMININO	6 ANOS E 2 MESES	Superior
17	46	FEMININO	1 ANO E 2 MESES	Fundamental
18	38	FEMININO	4 ANOS	Médio
19	28	FEMININO	6 ANOS E 2 MESES	Médio
20	29	FEMININO	3 ANOS	Médio
21	42	FEMININO	2 ANOS E 2MESES	Fundamental
22	37	FEMININO	6 ANOS E 8 MESES	Médio
23	40	FEMININO	3 ANOS	Fundamental
24	25	FEMININO	3 ANOS E MEIO	Médio
25	23	FEMININO	1 ANO E MEIO	Médio
26	51	FEMININO	10 ANOS	Médio
27	26	MASCULINO	1 ANO E 7 MESES	Médio
28	35	FEMININO	2 ANOS	Médio
29	40	FEMININO	10 ANOS	Médio
30	31	FEMININO	1 ANO	Médio
31	52	FEMININO	10 ANOS	Médio
32	45	FEMININO	10 ANOS	Médio
33	54	FEMININO	6 ANOS	Médio
34	39	FEMININO	10 MESES	Médio
35	46	FEMININO	10 ANOS	Médio
36	23	FEMININO	1 ANO	Médio
37	42	FEMININO	10 MESES	Superior
38	32	FEMININO	3 ANOS	Médio
39	32	FEMININO	2 ANOS	Fundamental
40	35	FEMININO	2 ANOS	Fundamental

Anexo 6 – Características dos Médicos.

Nº	IDADE	SEXO	TEMPO DE SERVIÇO
1	44	MASCULINO	6 ANOS
2	33	MASCULINO	2 ANOS
3	35	MASCULINO	8 ANOS
4	50	MASCULINO	4 ANOS
5	44	FEMININO	6 ANOS E MEIO
6	41	FEMININO	7 ANOS
7	34	FEMININO	10 MESES

Anexo 7 – Características dos Enfermeiros.

Nº	IDADE	SEXO	TEMPO DE SERVIÇO
1	43	FEMININO	7 ANOS
2	48	FEMININO	8 ANOS
3	29	FEMININO	6 ANOS
4	26	FEMININO	5 ANOS
5	35	FEMININO	4 ANOS E MEIO
6	38	FEMININO	10 ANOS
7	42	FEMININO	1 ANO

Anexo 8 – Características dos Usuários.

Nº	IDADE	SEXO	TEMPO DE USO PSF	ESCOLARIDADE
1	46	FEMININO	10 ANOS	Fund. incomp.
2	48	FEMININO	10 ANOS	Médio compl.
3	45	FEMININO	10 ANOS	Médio incomp.
4	28	FEMININO	10 ANOS	Médio compl.
5	37	FEMININO	10 ANOS	Médio compl.
6	35	FEMININO	10 ANOS	Fund. compl.
7	29	FEMININO	3 ANOS	Fund. incomp.
8	32	FEMININO	6 ANOS	Médio compl.
9	64	FEMININO	10 ANOS	Nenhum
10	58	MASCULINO	3 ANOS	Fund. compl.
11	66	FEMININO	10 ANOS	Fund. incomp..
12	27	FEMININO	10 ANOS	Médio compl.
13	32	FEMININO	10 ANOS	Superior
14	35	FEMININO	5 ANOS	Fund. compl.
15	34	FEMININO	10 ANOS	Superior
16	69	FEMININO	10 ANOS	Fund. compl.
17	51	FEMININO	9 ANOS	Fund. compl.
18	38	FEMININO	10 ANOS	Médio compl.
19	53	FEMININO	10 ANOS	Fund. incomp.
20	32	FEMININO	10 ANOS	Fund. incomp.
21	65	FEMININO	5 ANOS	Fund. incomp.
22	45	FEMININO	8 ANOS	Fund. incomp.
23	37	FEMININO	10 ANOS	Fund. incomp.
24	72	FEMININO	10 ANOS	Nenhum
25	46	MASCULINO	8 ANOS	Fund. compl.
26	44	FEMININO	4 ANOS	Nenhum
27	32	FEMININO	10 ANOS	Médio compl.
28	44	FEMININO	8 ANOS	Fund. incomp.
29	45	FEMININO	4 ANOS	Fund. compl.
30	46	FEMININO	8 ANOS	Fund. compl.
31	42	FEMININO	10 ANOS	Médio compl.
32	48	FEMININO	10 ANOS	Médio compl.
33	45	FEMININO	10 ANOS	Fund. compl.

Continuação

Nº	IDADE	SEXO	TEMPO DE USO PSF	ESCOLARIDADE
34	18	FEMININO	10 ANOS	Médio compl.
35	29	FEMININO	8 ANOS	Fund. compl.
36	34	FEMININO	8 ANOS	Fund. incompl.
37	60	FEMININO	9 ANOS	Fund. compl.
38	58	FEMININO	10 ANOS	Fund. incompl.
39	39	FEMININO	6 ANOS	Médio compl.
40	27	FEMININO	3 ANOS	Fund. compl.
41	53	FEMININO	10 ANOS	Fund. incompl.
42	46	FEMININO	10 ANOS	Médio incompl.
43	43	FEMININO	8 ANOS	Fund. incompl.
44	48	FEMININO	6 ANOS	Fund. incompl.
45	28	FEMININO	8 ANOS	Fund. incompl.
46	41	FEMININO	10 ANOS	Fund. incompl.
47	41	FEMININO	10 ANOS	Médio compl.
48	45	FEMININO	10 ANOS	Fund. compl.
49	43	FEMININO	10 ANOS	Fund. compl.

Anexo 9 - Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa.

Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1987

Botucatu, 01 de agosto de 2.005

OF. 266/2005-CEP

*Ilustríssima Senhora
Prof.ª Dr.ª Gimol B. Perosa
Departamento de Neurologia e Psiquiatria
Faculdade de Medicina de Botucatu,*

Prezada Dr.ª Gimol,

De ordem da Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto: "O agente comunitário de saúde sob sua percepção, da comunidade e dos profissionais da saúde no Programa de Saúde da Família de Piraju: Intruso ou companheiro - 10 anos de experiência" de autoria de Regina Márcia Maestrello Bolis Paula Meira, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 01/08/2005

Situação do Projeto: APROVADO.

Atenciosamente,

*Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP*

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)