

Marilisa Baralhas

**O agente comunitário de saúde: representações
e dificuldades acerca da prática cotidiana
da assistência**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista de Medicina "Júlio de Mesquita Filho"- UNESP, para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Alice Ornellas Pereira

**Botucatu
2008**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Baralhas, Marilisa.

O agente comunitário de saúde: representações e dificuldades acerca da prática cotidiana da assistência / Marilisa Baralhas. – Botucatu: [s.n.], 2008

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

Orientadora: Maria Alice Ornellas Pereira

Assunto CAPES: 40406008

1. Agente comunitário de saúde 2. Enfermagem como profissão

CDD 610.73069

Palavras-chave: Agente comunitário de saúde; Prática do cotidiano do trabalho; Representações.

Dedicatória



*Aos amores de minha vida,
responsáveis por minhas conquistas.*

*Meus pais, Lucinda Elisa Alves
Baralhas e Miguel Baralhas, com
amor incondicional.*

*Meu esposa, José Carlos
Álvares Júnior, companheiro de
todos os momentos.*

*Meu filho, João Vitor, que sempre
será o motivo da minha constante luta.*

Agradecimientos



À Professora Doutora Maria Alice Ornellas Pereira, orientadora deste trabalho, pela maneira eficiente que me conduziu, possibilitando-me refletir sobre aspectos relevantes, concernentes ao tema.

Às Professoras Doutoras Carmem Maria Casquel Monti Juliani e Wilza Carla Spiri, pela grande contribuição na qualificação deste trabalho.

A todos os Agentes de Saúde inseridos no Sistema Único de Saúde, que, com muita humildade, responsabilidade e comprometimento, disseminam nos espaços, ao longo do seu percurso, solidariedade, compaixão e amor ao próximo.

Aos Agentes Comunitários de Saúde de Lins, que de um modo especial fizeram-me refletir sobre a inserção destes profissionais nos serviços de saúde.

À Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que oportunizou esse estudo.

À Secretaria Municipal de Saúde de Lins que permitiu, e incentivou a realização desse trabalho.

À amiga Zoraide, pelo seu apoio e por representar, em minha vida, um modelo benéfico, positivo, enriquecedor e pleno de essência verdadeira.

Às inigualáveis companheiras, Rosana e Kathia, pela amizade, cooperação e compartilhamento de sonhos e inquietações.

Às Enfermeiras do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Lins, Ana Carolina, Desirée, Eliane, Helena, Mariana e Vanessa, com quem pude conviver e compartilhar momentos difíceis e experiências bem sucedidas.

A todos os profissionais e amigos que fizeram parte de minha trajetória, compartilhando comigo, dúvidas, frustrações, conquistas e experiências.

A todos os meus familiares, em especial aos meus irmãos, minhas cunhadas, minhas tias, meus primos e meu sobrinho, que representam o meu “porto seguro”, a paz e a harmonia necessária para progredir no caminho da vida.

A todos que contribuíram de forma direta ou indireta para a consolidação desse valioso sonho.

Em especial, a todos os profissionais de saúde que valorizam a vida humana e que incansavelmente lutam a cada dia por melhor qualidade de vida para a população, contemplando com harmonia e respeito, a dignidade humana.

A Deus, por permitir minha existência e por estar presente em todos os momentos de minha vida, fortalecendo-me com sabedoria e serenidade para conduzir a vida.

Επίγραφε



*“Há quem diga que todas as noites são de sonhos.
Mas há também quem garanta que nem todas, só as de verão.
Mas no fundo isso não tem muita importância.
O que interessa mesmo não são as noites em si, são os sonhos.
Sonhos que o homem sonha sempre.
Em todos os lugares, em todas as épocas do ano, dormindo ou acordado”.*

(Shakespeare)

Sumário



Resumo.....	13
Abstract.....	16
Apresentação.....	19
1 Introdução	23
2 Objetivos.....	38
3 Abordagens teóricas a respeito de acolhimento, de vínculo e de humanização na perspectiva do trabalho na atenção básica.....	40
4 Metodologia	56
4.1 Caracterização do estudo.....	57
4.2 Instrumento de pesquisa	58
4.3 Local de estudo	59
4.4 Sujeitos	62
4.5 Coleta de dados	64
4.6 Referencial de análise de dados	66
5 Análise dos resultados.....	68
5.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	69
5.2 As representações dos ACS sobre o próprio trabalho	71
5.2.1 A percepção dos ACS sobre sua prática cotidiana e as dificuldades em executá-la	72
5.2.1.1 A determinação do vínculo como instrumento de trabalho dos ACS	72
5.2.1.2 A prática voltada para as orientações sobre a prevenção das doenças e a promoção da saúde....	81
5.2.1.3 O cuidado ampliado dos ACS	88
5.2.1.4 Carência de ações resolutivas no cotidiano dos serviços	93
5.2.1.5 A sobrecarga do enfermeiro	100
5.2.1.6 A rejeição sentida pelos ACS	104
5.2.2 A importância do trabalho dos ACS para a população assistida.....	107
5.2.2.1 A dependência dos ACS	108
5.2.2.2 O ACS como ponte entre os usuários e os serviços.....	113

6 Considerações Finais.....	119
Referências.....	126
Apêndice.....	135
Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	136
Apêndice B - Roteiro para entrevista	137
Apêndice C - Transcrição dos discursos dos sujeitos da pesquisa	138
Anexo A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	153

Resumo



O presente estudo, de natureza qualitativa, teve como objetivos identificar as representações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) acerca de suas práticas de saúde, conhecer as dificuldades sentidas por eles no exercício da prática cotidiana da assistência e desvelar como eles identificam a importância do próprio trabalho para a população assistida. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada com doze ACS de quatro Unidades Básicas de Saúde do município pesquisado. Utilizamos a Análise Temática para a análise dos dados e a partir desta, emergiram dois temas e suas respectivas categorias: 1) a percepção dos ACS sobre sua prática cotidiana e as dificuldades em executá-la; a determinação do vínculo como instrumento de trabalho dos ACS, a prática voltada para as orientações sobre a prevenção das doenças e a promoção da saúde, o cuidado ampliado dos ACS, carência de ações resolutivas no cotidiano dos serviços, a sobrecarga do enfermeiro e as recusas dos usuários ao atendimento dos ACS e 2) a importância do trabalho dos ACS para a população assistida; a dependência dos ACS e os ACS como ponte entre os usuários e os serviços. A análise dos resultados mostrou que para os sujeitos, o estabelecimento do vínculo com as famílias e o fortalecimento da credibilidade dos usuários frente ao trabalho, são essenciais para a prática cotidiana. Os ACS consideram as orientações sobre a prevenção de doenças e a promoção da saúde como as principais e mais relevantes ações desenvolvidas por eles. A deficiência de ações resolutivas nos serviços de saúde, a sobrecarga do enfermeiro responsável pela equipe e as recusas dos usuários ao seu atendimento, foram elencados pelos sujeitos como elementos dificultadores para a execução das ações de saúde. Os ACS

percebem a importância do próprio trabalho para a população assistida através da dependência mútua entre os usuários e os ACS, como também pelo papel que exercem como ponte entre os usuários e serviços. A presente pesquisa sugere a necessidade de exploração dessa temática e a continuidade de outros estudos que favoreçam a discussão em busca de estratégias capazes de possibilitar a esperada e desejada consolidação dos princípios do SUS, sobretudo no que se refere aos aspectos abordados na universalização, integralidade e equidade.

Palavras-chave: agente comunitário de saúde, prática do cotidiano do trabalho, representações.

Abstract



This study of a qualitative nature, aimed to identify the representations of Health Community Agents (ACS) about their health practices, knowing the difficulties faced by them in pursuit of the practice of daily assistance and reveal how they identified the importance of own work for the population assisted. Data were collected through a semi-structured with twelve ACS of four Basic Health Units of the council researched. We use the thematic analysis of data for analysis and from that, two themes emerged and their respective categories: 1) the perception of ACS on their daily practice and the difficulties in executing it, the determination of the link as an instrument of work of ACS, the practice turned to the guidelines on disease prevention and health promotion, the extended care of ACS, lack of remedial actions in the daily services, the burden of nurses and denials of care to users of ACS and 2) the importance of work of ACS for the population assistance; dependence on ACS and ACS as a bridge between users and services. The results showed that for the subject, the establishment of ties with families and strengthening the credibility of users facing the work, are essential to daily practice. The ACS consider the guidelines on disease prevention and health promotion as the main and most relevant actions undertaken by them. The deficiency of remedial actions in health services, the burden of the nurses responsible for the team and the refusal of users to its service, were listed by subject as dificultadores elements for the implementation of the actions of health. The ACS realize the importance of the work for the people assisted by mutual dependence among users and the ACS, but also the role that exercise as a bridge between users and services. This study suggests the need for holding such thematic and continuity of other studies to encourage

discussion in search of strategies capable of providing the expected and desired consolidation of the principles of the SUS, especially with regard to the points raised in the universal, completeness and equity.

Key words: health community agent, the practice of daily of work, representations.

Apresentação



Minha trajetória na Saúde Pública e o meu interesse pelas práticas de saúde no âmbito coletivo (comunitário), iniciaram-se desde a formação durante estágio curricular do quarto ano de graduação, graças à oportunidade que tive de vivenciar experiências na saúde indígena, em um Distrito Sanitário Especial Indígena localizado na região noroeste do Estado do Amazonas. Durante esse período, acompanhando o trabalho desenvolvido nas comunidades, passei a conhecer com agradável surpresa, a proposta de inserção dos profissionais desta área na cultura, nos hábitos, nas crenças e na visão de saúde de cada povo, ocasião em que se fazia necessário obrigatoriamente, um comportamento, no mínimo, humanitário, respeitando-se as características e as diferentes necessidades. Com tal vivência, descobri naquele cenário a participação de um personagem fundamental para o sucesso daquele trabalho: o Agente de Saúde. Nessa realidade, os denominados Agentes Indígenas de Saúde executavam as ações descritas pelas diretrizes do Ministério da Saúde e, além disso, tinham importância fundamental para intermediar a relação entre profissionais de saúde e comunidade, seja através da linguagem, da expressão corporal, da cultura ou por qualquer outro fator que necessitasse de sua intervenção. Eles estavam sempre ali, de prontidão, observando a dinâmica das famílias e liderando qualquer tipo de manifestação ou desejo da comunidade.

A partir dessa experiência, pude perceber que o trabalho realizado na perspectiva social e comunitária, sobretudo junto às famílias, transformava-se em uma força impulsionadora para fazer parte da luta da

mudança no paradigma do sistema, com o enfoque voltado para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

Assim, no mês de janeiro do ano de 2001, dando continuidade à trajetória, logo após a minha formatura, retornei ao local em que estagiei como aluna de graduação, para, então, atuar como enfermeira nas comunidades indígenas, desenvolvendo o papel assistencial e educativo, onde participei intensivamente das capacitações realizadas para a formação dos Agentes Indígenas de Saúde. A experiência possibilitou-me conviver ainda mais com esses profissionais e conhecer melhor o contexto de trabalho dirigido a eles.

Em 2002, retornei à São Paulo no desejo de me especializar na área em que atuava, e concomitante, atuei como enfermeira do Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa, da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo. Durante esse período, tive a oportunidade de refletir a respeito das práticas de saúde na atenção primária, reconhecendo sua importância para o Sistema Único de Saúde. Durante essa experiência, foi muito valioso o aprendizado com as enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem, com os médicos, com o pessoal administrativo, enfim, com todos os que ali trabalhavam, revelando uma dedicação extrema, a ponto de contagiar os que por ali passavam.

No ano de 2004, dirigi-me ao interior de São Paulo, ao município de Lins, estabelecendo-me na área programática, como coordenadora de projetos da Atenção Básica, dentre eles, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Nessa perspectiva, e na dinâmica do exercício profissional desenvolvida com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), detectei que esses, através da inserção no trabalho, mostravam-se solidários, dedicados e comprometidos com a população na vivência de seus problemas. Incumbências que não estavam contempladas nas ações ou programas, eram destinadas aos ACS, e esses, por sua vez, deparavam-se com diferentes experiências, esforçando-se, ao máximo, para atingirem o objetivo que lhes era proposto, apesar da exposição a sentimentos conflituosos provenientes da própria prática cotidiana. Foi então que, no emaranhado das competências necessárias ao desempenho do papel dos ACS e de sua inserção no Sistema Único de Saúde, passei cada vez mais, a indagar sobre o que realmente era esperado desses profissionais quanto ao desempenho e como eles próprios analisam o processo da sua prática nas ações básicas de saúde.

Desde então, venho-me propondo a estudar mais sobre esses profissionais que se integram com a equipe de saúde e ao mesmo tempo fazem parte das famílias e da comunidade em que vivem. O convívio com os ACS permitiu-me refletir sobre a necessidade de realizar esse estudo e desvelar alguns “enfrentamentos” acerca da de sua prática diária, e desta forma, contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde, em especial, com a atenção básica à saúde da comunidade.

1 Introdução



O sistema de saúde no Brasil vem sofrendo diversas mudanças desde o século passado, sendo o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) resultado de um conjunto de embates políticos e ideológicos ocorridos com a participação de diferentes atores sociais ao longo dos anos.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, na Rússia, em 1978, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), cujo tema central foi “Saúde para todos no ano 2000”, contribuiu no processo da reforma sanitária no Brasil. Nesta oportunidade, a atenção primária à saúde foi definida como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação¹.

Nos anos 80, nasce o movimento dos trabalhadores de saúde em todo país, com o objetivo de sistematizar as propostas de mudança do modelo de saúde vigente, desencadeando, assim, a reforma sanitária brasileira que foi pautada durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986².

Em 1988, com a Constituição da República Federativa do Brasil, foi implantado o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado em 1990 por meio das Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142. Essas leis estabelecem como princípios básicos: a participação popular, a equidade, a

descentralização, a integralidade e a universalização^{3,4}. Desta forma, o SUS passa a ser o responsável pela assistência à saúde da população, efetivado por ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde.

Priorizou-se, entretanto, organizar uma rede de Atenção Primária à Saúde (APS) que diminuísse a grande distância entre a população e os serviços de assistência, cabendo à esfera municipal a responsabilidade de atenção básica à saúde e de gestão desses serviços, com possibilidade de identificar as necessidades da população⁵.

Nos anos 90, o Ministério da Saúde criou as NOB (Normas Operacionais Básicas), que passaram a representar instrumentos fundamentais para a concretização do SUS. A NOB 01/96 reafirma os princípios constitucionais, definindo essas responsabilidades aos municípios, que deveriam organizar o Sistema de Saúde a partir da atenção básica, por meio, principalmente, da rede de Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁶.

Os postos de saúde, considerados como porta de entrada aos serviços do SUS, aparecem para realizar, além das consultas médicas, ações de promoção e prevenção, sendo necessário estender a assistência à saúde para toda a população⁷.

Tal assistência fundamenta a atenção básica, que, de acordo com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, está assim definida:

[...] constitui o primeiro nível da atenção no SUS, compreendendo um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que englobam a promoção, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde⁸.

Desse modo, a Unidade Básica de Saúde (UBS) não pode ser entendida apenas como lugar para atendimento de necessidades de saúde de menor complexidade. Muito mais que isso, ela deve atender a uma demanda universal, de forma equânime e integral, e com uma resolubilidade maior do que 80% das intercorrências, encaminhando para serviços especializados e internações apenas os casos de média e alta complexidade, por mecanismos de referência e contra-referência.

Para Carvalho et al.⁵, a Atenção Básica tem a responsabilidade de organizar a lógica do Sistema de Saúde, rompendo com a idéia de atenção centrada no baixo custo, simplificada, e com poucos equipamentos. A UBS deve ser estruturada, de maneira eficiente e eficaz, e que atenda as necessidades de saúde da população adscrita.

Em busca da implantação e implementação do SUS, surge, em 1991, proposto pelo Ministério da Saúde, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), como uma estratégia de reorganização sanitária, face às discussões acerca do modo de produzir saúde⁹.

O governo federal assumiu como prioridade dentro da agenda setorial, a implantação do PACS, com o objetivo de estender a cobertura do sistema público de saúde às populações rurais e das periferias urbanas, sobretudo à população materno-infantil. Após os resultados demonstrados por este programa, houve mobilização dos secretários municipais de saúde em relação à atenção básica, e como consequência, o governo federal implantou, a partir de 1994, o PSF, como estratégia para mudança do modelo de

assistência à saúde no país, como previsão de causar um impacto na reestruturação em todos os níveis de atendimento¹⁰.

Como o PSF, amplia-se no cenário dos serviços de saúde no país, a participação do Agente Comunitário de Saúde (ACS), com a principal função de formar um elo, uma ponte entre a comunidade, a família, o usuário e os serviços de saúde.

Porém essas providências no que se refere à saúde e bem-estar da comunidade, não foram as primeiras, pois, no ano de 1987, já havia sido implantado no estado do Ceará o trabalho de ACS, que, além de viabilizar a criação de empregos para as mulheres na área de seca, contribuiu para a queda da mortalidade infantil, com expansão em todo Estado, abrangendo quase todos os municípios em três anos. Em 1991, o Ministério da Saúde, encampou o PACS com os objetivos de incentivar o autocuidado e a responsabilização da questão saúde (individual e coletiva), bem como melhorar os índices de morbi-mortalidade da clientela materno-infantil. Também surgiram, no Ceará, as primeiras experiências com o PSF, em janeiro de 1994, encampadas pelo Ministério da Saúde, em março do mesmo ano¹¹.

Neste contexto de reformulação da atenção básica, tanto o PACS como o PSF possuem fortes instrumentos relacionados às práticas de saúde, pois se diferem do modelo tradicional anterior à implantação desses programas, que têm a atenção centrada no indivíduo, com ênfase ao cuidado no aspecto biológico. Desta forma, identificados como modelos inovadores, o PACS e o PSF direcionam as ações de saúde, com o olhar ampliado para as questões da coletividade, no enfoque à saúde e aos fatores que a determinam.

Outro aspecto relevante que caracteriza os referidos programas é sua organização e articulação com os outros serviços da rede de saúde, como os de referência para média e alta complexidade.

Sabemos que este processo encontra-se em andamento, e que o seu sucesso depende essencialmente do interesse político, tanto em nível federal, estadual, como municipal, cabendo aos gestores a responsabilidade pelas mudanças nos modelos de saúde existentes em todo o território nacional.

A inserção de ações de saúde com a família e a comunidade melhora consideravelmente a qualidade de intervenção, pois, a partir do momento em que os profissionais se deslocam do serviço de saúde para o atendimento na comunidade, conseguem visualizar condições contextuais que antes desconheciam. A partir desse conhecimento, poderão direcionar o cuidado à saúde específico para cada situação, para cada família, podendo, assim, contribuir para melhor qualidade de vida da população.

Desta forma, as duas estratégias iniciadas com a inserção de Agentes Comunitários de Saúde às Unidades Básicas de Saúde, contribuem para que as atribuições e as responsabilidades determinadas à Atenção Básica sejam executadas e assumidas de uma forma inovadora, permitindo que os serviços de saúde atinjam uma efetiva mudança em sua organização, com a melhoria da qualidade da assistência prestada.

Para Tomaz¹¹, o PACS e o PSF não devem ser vistos como programas, e sim como estratégias estruturantes, propondo-se a reorganizar a atenção básica de acordo com os princípios da integralidade, universalidade e

equidade do SUS e não apenas a aumentar a extensão de cobertura para as populações marginalizadas.

Porém o PACS e o PSF têm atuação e abrangência definida. Cada um com a sua atribuição específica, a diferença dessas duas estratégias é que, enquanto o PACS pode ser composto de até 30 ACS (contando com um enfermeiro supervisor/coordenador), o PSF conta, por sua vez, com uma equipe multiprofissional, composta de médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde por equipe, podendo ser inserida uma equipe de saúde bucal, composta por odontólogo, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental¹².

A profissão do ACS foi regulamentada em 10 de julho 2002, com a lei 10.507, sendo responsável pelo acompanhamento de 750 pessoas determinadas de acordo com a área de abrangência da Unidade de Saúde. O ACS constitui-se em um profissional ativo para melhorar e motivar a capacidade da população quanto aos cuidados com sua saúde e transforma-se em ator imprescindível para o desenvolvimento psíquico, físico, econômico, político e social da população. A mesma lei determina os requisitos necessários para ser ACS: ser morador da área de atuação há pelo menos dois anos, ter completado o ensino fundamental, ser maior de 18 anos e concluir de forma satisfatória o Curso Introdutório para as equipes de PACS/PSF^{12,13}.

As atribuições do agente comunitário de saúde foram reeditadas a partir desta lei, e, em 28 de março de 2006, pela Portaria do Ministério da Saúde, GM nº 648, ficou estabelecido como atividades a serem executadas pelos ACS:

- desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
 - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
 - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando a promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
 - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
 - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
 - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
 - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe;
-

- cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº. 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima¹².

O processo de formação básica dos ACS e de toda equipe se dá através de um curso introdutório, oferecido, em sua maioria, pelas Secretarias Municipais de Saúde, até 3 meses após a contratação dos profissionais, cujo principal objetivo é fornecer subsídios para as ações e melhor compreensão do processo de trabalho de cada profissional. Este deve ser iniciado concomitantemente ao início do trabalho das equipes de PACS e PSF, permitindo conhecimento, principalmente na área de vigilância à saúde. Os conteúdos mínimos deste curso estão descritos na Portaria GM 2.527, de 19 de outubro de 2006¹⁴.

Esta fase caracteriza-se como de extrema importância para o progresso dos programas, pois é neste momento que os profissionais se sensibilizam para a construção de um novo modelo e absorvem conhecimentos capazes de instrumentalizá-los durante a sua operacionalização.

O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, preocupados com a peculiaridade do trabalho do ACS, instituíram a Formação Profissional dos Agentes Comunitários de Saúde, iniciada no ano de 2005, com a participação das três esferas de governo, cuja proposta é conceder aos agentes já atuantes na rede a formação em nível técnico,

melhorando, assim, a qualidade da assistência prestada. No Estado de São Paulo esse processo de formação está diretamente ligado aos Cefors – Centros Formadores de Pessoal para a Saúde. O curso perfaz um total de 1.350 horas/aula, subdivididas em três módulos, com a duração de 450 horas/aula. Esta proposta visa, principalmente, a dar subsídios ao exercício dos ACS, bem como equiparar a formação básica de todos esses profissionais, já que, para se matricularem em cada módulo do curso, é exigido um nível de escolaridade; ao término dos três módulos, o profissional deverá ter concluído o ensino médio.

O Agente Comunitário de Saúde e sua inserção nos novos serviços têm sido foco de investigação de alguns estudos, como os de Silva e Dalmaso¹⁵, de Lunardelo⁹, de Ferraz e Aertes¹⁸, de Martines¹⁷, de Wai¹⁶. Tais estudos vão ao encontro das mudanças que freqüentemente ocorrem nas realidades e no contexto de trabalho desses profissionais, uma vez que na estratégia de reorganização da assistência em saúde trazida tanto pelo PACS quanto pelo PSF, os ACS têm papel de propulsor de ações a serem efetivadas.

No entanto Tomaz¹¹ destaca que o trabalho dos ACS tem sido considerado atividade de uma carga excessiva, devido às distorções ocorridas por falta de uma clara delimitação de suas atribuições, de modo que ele é indevidamente responsabilizado sozinho pela consolidação do SUS. Os ACS precisam incorporar-se ao Sistema de Saúde, integrar-se nas equipes, participando das diferentes ações na dimensão técnico-assistencial ou político-social.

Para Silva & Dalmaso¹⁵, a atuação do ACS está baseada em duas dimensões principais: uma, relacionada ao componente técnico; e outra, mais à dimensão política. As autoras elucidam que o componente técnico relaciona-se ao atendimento aos indivíduos e famílias, à intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos; já o político, preocupa-se com questões relacionadas à organização da comunidade e às transformações dessas condições.

Nessa mesma perspectiva, Wai¹⁶, em estudo sobre os fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde, ressalta que o ACS pode apresentar com mais frequência sintomas de estresse em relação aos demais membros da equipe, pelo fato de atuar na criação de vínculos com a comunidade que assiste, sem ter recebido uma formação adequada e um treinamento específico para o enfrentamento de possíveis dificuldades encontradas nessa relação estabelecida com o usuário.

Martines¹⁷ destaca que os ACS encontram-se em diferente situação relativamente aos outros membros da equipe de saúde, pois, enquanto o médico, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem estão quase todo o tempo em certa proteção pela UBS, os ACS estão nas ruas, expostos às várias situações, em nome da UBS, em ocorrências imprevistas, em alguns momentos, acolhidos; em outros, expostos a circunstâncias conflitantes, podendo até enfrentar a estranheza da população. Na pesquisa realizada por Martines¹⁷ são evidenciadas as vulnerabilidades para o sofrimento no trabalho a que o grupo dos ACS estão expostos, assim como as próprias manifestações

deste sofrimento ao desempenharem suas ações profissionais.

Ferraz & Aertes¹⁸, em estudo realizado em Porto Alegre, identificaram que a principal atividade executada pelos ACS é a visita domiciliar; e o trabalho de educação em saúde, a segunda mais desenvolvida pelos agentes. Foi destacado, nesta investigação, que a outra atividade freqüente dos ACS é o trabalho de apoio às equipes, auxiliando na recepção do usuário, busca de prontuários, telefonia, organização e controle do almoxarifado. Assim, foi possível constatar que, mesmo a visita domiciliar sendo a principal atividade dos ACS, esta não é realizada com total efetividade, pois parte do tempo dos ACS é dedicado a atividades administrativas, o que descaracteriza sua função.

Lunardelo⁹ afirma que a qualificação e a profissionalização constituem destaques relativamente aos fatores de realização pessoal e profissional dos ACS, que têm buscado a construção da sua identidade, como também um crescimento humano e profissional.

Nesta reflexão sobre a identidade do ACS, Bachilli et al.¹⁹ destacam que:

[...] a identidade do Agente Comunitário de Saúde é uma construção que se aventura em novos caminhos, se apropria de um saber anteriormente excluído do seu fazer e do seu grupo interacional, vive encontros e desencontros com os parceiros de trabalho nos momentos em que a reciprocidade se alterna entre os iguais, os desiguais e os “insubstituíveis” e propõe novos limites que favorecem o caminho de outros, promovendo o desassombro necessário para o desenvolvimento e o crescimento anterior.

Ressaltando a especificidade do trabalho do ACS, Bornstein & Stotz²⁰ identificaram que foi unânime, neste estudo, o papel de mediação desenvolvido pelo ACS entre o serviço e a comunidade. Porém essa mediação sugere a implicação de contradições que significam, por um lado, prestígio e poder junto à população de sua área de atuação; e, em contrapartida, o desgaste decorrente da pressão das pessoas da comunidade não satisfeitas com o serviço e que tentam conseguir facilidades no acesso.

Em um estudo realizado por Martines e Chaves²¹, em que foram identificadas as tensões no trabalho cotidiano do ACS no PSF, são elencados os quatro tipos de pressões sobrepostas:

- a dos pressupostos do PSF, sob a vertente da integralidade e da responsabilização pela microárea;
- a dos profissionais da equipe, atravessada pela necessidade de contratualidade interdisciplinar;
- a da comunidade que interroga, interpela e reivindica seus direitos e;
- a do próprio ACS que circula pela via da fantasia, demonstrando estar entorpecido na onipotência.

Podemos destacar que o trabalho dos ACS, desenvolvido principalmente em área urbana, traz novos desafios, daí a necessidade de estudos mais abrangentes a respeito desta peculiaridade, contribuindo, assim, para um melhor entendimento do significado do seu trabalho para o SUS, com efeitos benéficos nas discussões sobre o seu processo de trabalho. Além disso, as dificuldades encontradas em área urbana ultrapassam o campo da

saúde e requerem uma ação intersectorial mais efetiva, devido aos problemas e agravos relacionados à violência, ao desemprego, à fome, e a outros fatores.

Conforme citado anteriormente, os ACS podem enfrentar desafios no que se refere à aceitação da comunidade, das famílias e dos indivíduos a respeito do seu trabalho. Esses profissionais são membros da própria comunidade onde vivenciam todos os problemas encontrados e freqüentemente conseguem acessar todo tipo de informação, inclusive as mais sigilosas e comprometedoras. A comunidade, muitas vezes, enxerga os ACS como grandes observadores dos problemas intra e extrafamiliar e considera que estes possuem pouco poder decisório em relação a tais situações. Ao mesmo tempo, ela se sente favorecida quando utiliza este recurso, principalmente para conseguir acessar com mais facilidade os serviços de saúde oferecidos pelo sistema local.

Um outro aspecto relevante a respeito do trabalho dos ACS é referente aos limites de atuação que muitas vezes é determinado pelas políticas locais ou pelo fato de a família ou indivíduo assistido não se comprometer em cuidar de seu próprio estado de saúde ou de um ente familiar. Esse comportamento de transferência dos problemas de saúde para os profissionais, principalmente para os ACS, que estão a todo tempo em contato com esses grupos, pode dificultar as ações dos agentes, pois esses podem não conseguir efetivar suas propostas de prevenção e promoção da saúde.

As limitações inerentes ao trabalho desses profissionais, também estão relacionadas ao modo como os próprios ACS percebem suas ações e atribuições e o que os outros profissionais envolvidos compreendem sobre o seu papel. É visível o desejo dos ACS, muitas vezes, de deter o

conhecimento técnico-biológico, direcionando suas ações para a assistência curativa, com enfoque na importância de ser um “quase” enfermeiro ou médico. Por outro lado, em algumas situações fica evidente o esforço dos ACS em compartilhar os problemas sociais identificados nas famílias, deixando transparecer sentimentos como a solidariedade, a humanização e a compaixão. Na busca da resolução destes problemas, os ACS agem mobilizando a comunidade, e, por meio de sua influência, acionam os elementos necessários para tentarem suprir as necessidades identificadas nas famílias visitadas. Estes problemas relacionados com o fator social determinante são encaminhados pelos ACS para a rede social do município. Mas provavelmente este setor apresenta-se com uma grande demanda e uma burocracia que interfere no funcionamento do fluxo da rede, fazendo com que os problemas demorem a ser resolvidos, situação que os deixa apreensivos e ansiosos.

Os ACS estão direcionados e orientados para a execução de suas ações, conforme portarias editadas pelo Ministério da Saúde. Muitas vezes, como é permitido adaptação de acordo com a realidade local, esses profissionais carregam uma gama de atribuições muito mais extensas do que a pertinente na proposta dos programas PACS e PSF. Atente-se, ainda, para o fato de que esta profissão ainda não é subsidiada por nenhum conselho ou sindicato próprio que exija algumas normatizações para a regulamentação, como é o caso dos outros profissionais da área da saúde.

Desta forma, as questões apresentadas acerca dos ACS levam-nos a refletir sobre esses profissionais atuantes nos serviços e na reorganização da prática sanitária vigente.

2 Objetivos



Acreditando que a investigação proposta possa contribuir para a compreensão de questões inerentes aos ACS e possibilitar futuras intervenções, estabelecemos como objetivos:

- Identificar as representações dos ACS acerca de suas práticas de saúde.
 - Conhecer as dificuldades sentidas pelos ACS no exercício da prática cotidiana da assistência.
 - Desvelar como os ACS identificam a importância do próprio trabalho, para a população assistida.
-

*3 Abordagens Teóricas a
respeito de acolhimento, de
vínculo e de humanização na
perspectiva do trabalho na
atenção básica*



A discussão sobre a assistência à saúde, realizada pelos serviços públicos e privados, vem englobando questões relacionadas às ações e às práticas humanizadas. Concomitantemente, emerge a necessidade de se instituir um novo olhar dos profissionais de saúde em relação às necessidades humanas da população em geral. Essas questões vêm despertando, em muitos serviços de saúde, nas diversas regiões do país, modos e modelos inovadores de atenção à saúde. Diante dessa nova prática, há necessidade de mudanças no que diz respeito, principalmente, à centralização das ações em um único profissional, em sua maioria o médico, passando-se, assim, a responsabilizar todos os demais, inclusive o próprio usuário, na resolutividade das ações, num resgate do processo de cidadania, em busca da conscientização a respeito de direitos e deveres.

Desta forma, autores que estudam principalmente os novos modelos de saúde, esclarecem os principais aspectos relacionados à assistência, que compreendem o processo de acolher, o vínculo e a humanização nos serviços públicos de saúde, procedimentos que estão fundamentados na própria significação do termo.

Com efeito, ao buscar a etimologia dessas palavras, vemos acolhimento significa: “[...] ato ou efeito de acolher; recepção; atenção; consideração. Acolher é definido como dar acolhida; hospedar; atender; receber; tomar em consideração; agasalhar-se; hospedar-se [...]”²².

A humanização é definida como: “[...] ato ou efeito de humanizar-se. Humanizar: tornar humano, dar condição humana a; humanar;

tornar benévolo, afável, tratável; fazer adquirir hábitos sociais polidos, civilizar [...]”²².

Em relação ao significado da palavra vínculo, sabe-se que o termo é originário do latim *vinculu*, e está ligado a: “[...] tudo o que ata, liga ou aperta; nó; liame; ligação moral [...]”²².

A importância da implantação nos serviços de saúde das práticas relacionadas ao acolhimento, vínculo e humanização tornou-se de tal forma evidente ao longo dos anos, que, em 2003, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Humanização (PNH), cuja principal proposta coincide com os próprios princípios do SUS. Tal política ressalta a necessidade se de assegurar atenção integral à população e implementar estratégias para ampliar a condição de direitos e de cidadania, alcançando, assim, na perspectiva da transdisciplinaridade, a proposta de uma atuação que leve à ampliação da garantia de direitos e o aprimoramento da vida em sociedade²³.

Providências neste sentido já constam da literatura específica, como é o caso do documento elaborado pelo Ministério da Saúde para servir de apoio à implementação da PNH, em que foram, assim, definidas as diretrizes do programa na atenção básica:

- Elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde.
 - Incentivar práticas promocionais de saúde.
-

- Estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema.
- Comprometer-se com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de co-responsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando a maior eficácia na atenção em saúde²⁴.

O Ministério da Saúde, no decorrer destes anos, desde a implementação da PNH até os dias de hoje, tem efetuado uma série de publicações a respeito do tema, auxiliando estados e municípios a compreender, organizar e consolidar modelos de saúde que aplicam essa prática, como, por exemplo, o Programa Saúde da Família, a Política Nacional de Humanização do Parto, entre outros.

Ainda, segundo o Ministério da Saúde:

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão das unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira²³.

Conforme relatam Vaitsman & Andrade²⁵, o conceito de humanização passou a fazer parte do vocabulário da saúde a partir dos anos 90; foi visto inicialmente como um conjunto de princípios que criticam o caráter

impessoal e desumanizado, e mais tarde traduzido em diferentes propostas visando a modificar as práticas assistenciais. Conforme as autoras também destacam, o conceito de humanização no campo da saúde aparece como um princípio vinculado ao paradigma de direitos humanos, que se refere a usuários, pacientes, consumidores, clientes e cidadãos como sujeitos.

Matumoto²⁶ ao pesquisar a temática do acolhimento em unidades básicas de saúde, enfatiza-o na perspectiva religiosa, elucidando que, no âmbito da igreja católica, acolher é sinônimo de buscar, vencer obstáculos, realizar transformação profunda, entre outros. Também neste estudo é salientada a questão da humanização, que se expressa, por exemplo, nos atos de cumprimentar as pessoas, como falar, ou na atitude de confiança. A autora descreve que a concepção religiosa possui elementos importantes para se refletir sobre o acolhimento, no que tange à valorização do ser humano, no seu ato de assumir uma postura mais solidária e respeitosa com os outros. Ainda segundo este estudo, a humanização é entendida como o resgate do homem no processo de trabalho, sendo, desta forma, percebido como necessário ao desenvolvimento da essência humana.

Autores como Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner de Sousa Campos, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e outros colaboradores, iniciaram seus trabalhos com o Lapa (Laboratório de Planejamento e Administração de Sistemas de Saúde), da Universidade de Campinas, no início da década de 90 e desenvolveram inúmeras produções científicas que ajudaram a contextualizar os limites, os impasses e as contradições da administração pública e dos modelos tecno-assistenciais dominantes, apresentando descobertas e novos

arranjos organizacionais e políticos, capazes de sustentar mudanças na saúde, dentre eles o acolhimento, o vínculo e a humanização.

Merhy²⁷ discute os modelos de atenção à saúde e destaca que as queixas dos usuários em relação aos serviços são, de um modo geral, não voltadas para a falta de conhecimento tecnológico no atendimento prestado a eles, e sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Segundo ele, “os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados”.

Ainda para Merhy²⁷, o trabalho realizado na saúde é dependente de uma tecnologia que não pode ser vista apenas como um conjunto de máquinas utilizadas para intervenção nos pacientes, e sim como saberes que são produzidos, comprometidos com a realização de intervenções produtivas do trabalho humano. Essas tecnologias são caracterizadas, segundo ele, em dura, leve-dura e leve. A tecnologia dura está relacionada à utilização de máquinas e ferramentas de trabalho, que ele exemplifica: o raio-x, instrumentos para fazer exames de laboratórios, instrumentos para examinar o indivíduo, fichários para anotar dados do usuários. A leve-dura é considerada leve quando é representada pelo saber que as pessoas adquiriram e no modo de organizar uma atuação sobre eles, porém é dura na medida em que é um saber-fazer bem estruturado, organizado, protocolado, normalizável e normalizado. A tecnologia leve é caracterizada quando há um encontro entre duas pessoas, atuando uma sobre a outra, onde se cria a inter-subjetividade, momentos de fala, de escuta, de interpretações, cumplicidade, confiabilidade,

acolhimento, produção de vínculo e aceitação. No entanto a prática assistencial em saúde demonstra que a tecnologia leve ainda carece de ser melhor apropriada e mais utilizada.

Também é destacado por Merhy²⁸ que a análise do sentido dos modelos assistenciais deve seguir parâmetros capazes de divulgar o modo como a tecnologia leve atua no interior do sistema de saúde, principalmente, o modo como ela é “comandante” ou “comandada” pela tecnologia dura e leve-dura. Ainda sob esse enfoque, Merhy²⁸ discute que o território de tecnologias leves não é campo exclusivo de um único profissional, porém deve servir como base para atuação de todos. Ele defende que existe uma tendência dos serviços de saúde de executarem suas ações “procedimento centrada” e não “usuário centrada”, com o direcionamento das ações na execução de procedimentos como diagnóstico e operação, não satisfazendo, assim, as necessidades/direitos. Nesta perspectiva, os usuários dos serviços de saúde conseguem identificar os trabalhadores que demonstram cumplicidade com ele; buscam relação de confiança, a certeza de que seu problema será entendido e o compromisso de que tudo deverá ser feito para proteger e qualificar sua vida.

Matumoto²⁶, considerando sua experiência nos serviços públicos de saúde, relata que pode ser observada uma predominância de relações tensas ou de indiferenças e descaso, passíveis de revelar reações agressivas com insultos e desrespeito, contradizendo os princípios do SUS, em especial em relação ao direito universal à saúde de todos os cidadãos. A autora defende que o trabalho em saúde “[..] constitui-se em um processo de

produção que se faz essencialmente através do relacionamento entre as pessoas envolvidas, inseridas em um contexto”.

No que se refere a esta questão, Campos²⁹ enfatiza que a acolhida deveria estar relacionada à abertura dos serviços públicos para a demanda, melhorando a possibilidade de acesso, como da sua responsabilização. Destaca que o vínculo da família-doente deve ser visto não exclusivamente por um único profissional, mas por toda a equipe do serviço. Para o autor, sempre as atribuições e responsabilidades dos serviços são divididas em mais ou menos complexas, onde “[...] perde-se a centralidade do vínculo e relativa-se o império da acolhida [...]”.

Dada a polivalência da conceituação de vínculo, faz-se necessário especificar as várias conotações do termo, já que ele é, aqui, o elemento chave, quando se definem as relações família-paciente-profissional. Dessa forma, tendo já visto a etimologia do termo (proveniente do latim), cabe-nos defini-lo neste aspecto particular. Assim, ao conceituarmos vínculo no campo da saúde, podemos destacá-lo na perspectiva de Freitas³⁰, como sendo:

[...] equilíbrio obrigatório entre duas partes”. Sendo assim, quando a vida necessita de equilíbrio, temos que pensar na qualidade dessa vinculação... exige-se dessa vinculação uma qualidade que chamo de Consciência Multifocal, ou seja, a percepção que o indivíduo tem sobre si mesmo e sua condição de vida é tão importante para o seu processo de cura quanto à percepção que o profissional tem da importância de provocar no outro este entendimento.

Nesta perspectiva, conceituando acolhimento no âmbito da saúde, Malta et al.³¹ destacam que:

O acolhimento consiste na mudança do processo de trabalho em saúde de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde. Assume-se então nos serviços, uma postura capaz de acolher, escutar e dar a resposta mais adequada a cada usuário, restabelecendo a responsabilização com a saúde dos indivíduos e a conseqüente constituição de vínculos entre os profissionais e a população.

Para Franco et al.³², o acolhimento possibilita discutir sobre o processo de produção da relação usuário – serviço sob o olhar específico da acessibilidade, no momento das ações “receptoras” dos “clientes” de um determinado estabelecimento de saúde. Também é destacado que o acolhimento deve ser entendido como uma relação humanizada e acolhedora, a ser estabelecida entre os trabalhadores e o serviço com os diferentes tipos de usuários que procuram os estabelecimentos de saúde.

Malta et al.³¹, por sua vez, analisando o acolhimento, concluem que este possibilitou uma ação reflexiva sobre a humanização das relações em serviço, contribuindo para uma mudança na concepção de saúde como um direito.

A discussão sobre tal conceito está relacionada às mudanças ocorridas na sociedade, que se refletem na globalização, no advento de novas tecnologias, na segregação pelo individualismo, entre outros pontos importantes inseridos neste contexto. Porém a reflexão acerca da humanização conduz ao questionamento de como é difícil pensar no processo de ensino e efetivação de ações humanizadoras nas quais está intrínseco o processo relacional. No campo do trabalho em saúde, que solicita relações humanas, existem inúmeras dificuldades em compreender e interagir com esse processo de forma satisfatória, sendo, então, proposta, como já vimos anteriormente, a

implantação de políticas públicas voltadas para o resgate das ações humanizadas em saúde, compreendendo atitudes e comportamentos como o ouvir, o falar, o tocar, o respeitar.

Além dessas reflexões a respeito do termo, outras explicitações prosseguem no esforço de bem defini-lo, quer no campo da saúde, quer no do direito. No campo da saúde, segundo Vaitsman & Andrade²⁵:

[...] o conceito de humanização surge como um princípio vinculado ao paradigma de direitos humanos – expressos individual e socialmente – e referidos a pacientes, usuários, consumidores, clientes e cidadãos como sujeitos.

Na perspectiva de Matumoto²⁶, a humanização pode ser entendida como “[...] o resgate do homem no processo de trabalho em saúde; o trabalho humanizado é percebido como necessário ao desenvolvimento da essência humana”.

Tais conceitos vêm sendo bastante evidenciados nas práticas dos profissionais de saúde de maneira geral, pois, nesse momento, discute-se a teoria; e está em curso a ruptura com o tradicional paradigma biologicista, para um novo paradigma pautado na valorização do sujeito, no respeito às subjetividades, na promoção da autonomia e na necessidade da participação do sujeito no processo da assistência em saúde.

Ayres³³ vai mais além nessas reflexões, quando destaca a importância de apurarmos uma concepção de sujeito que seja adequada e utilizada nos discursos de saúde. Esta concepção diz respeito ao sujeito como “[...] ser real, considerado como alguém que tem qualidades ou exerce ações”.

Também é descrito por Ayres³³ que as propostas renovadoras na área da saúde requerem a inserção de um olhar para esses sujeitos autênticos, dotados de necessidades e valores capazes de produzir e transformar sua própria história.

Nesta perspectiva, podemos considerar que, para a consolidação de “modelos” de saúde humanizadores e acolhedores, é preciso identificar cada sujeito e sua interação no processo saúde-doença, respeitando cada particularidade e o momento de vida de cada um. Para tanto, faz-se necessário que, cada vez mais, profissionais de saúde encontrem meios de estabelecer uma relação com os usuários, a fim de ampliar o olhar para as necessidades de saúde.

Ainda ressaltando essa questão, Ayres³³ ilustra:

[...] cuidar, no sentido de um “tratar que seja”, que passa pelas competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas, encarna mais ricamente que tratar, curar ou controlar aquilo que deve ser tarefa prática da saúde coletiva.

O termo em questão tem sido analisado dentro de uma visão mais inovadora e abrangente. Sob essa perspectiva, conforme relatam Faiman et al.³⁴, o termo humanização vem sendo utilizado para retratar diversas ações que tendem a tornar o ambiente das práticas de saúde mais acolhedoras, como, por exemplo, executar atividades lúdicas, de lazer, melhorias na aparência física dos serviços ou permissão na presença de acompanhantes. As autoras descrevem que a humanização está relacionada ao processo de transformação da cultura institucional com o reconhecimento e a valorização de aspectos subjetivos, inerentes à vivência e interpretação do homem sobre os

acontecimentos concretos a partir de sua percepção pessoal, baseada na sua história, nas suas marcas, e como o indivíduo percebe o adoecimento do seu corpo. Neste trabalho, as autoras concluem ser possível, pela humanização, recuperar o espaço de várias práticas discursivas dos sujeitos que atuam ou recorrem às instituições de saúde.

Considerando essas transformações em curso, o processo saúde--doença evidencia a necessidade de mudanças, que já começaram a ocorrer, principalmente na Estratégia Saúde da Família (ESF), haja vista que ela possui características inovadoras, buscando a solução de problemas de saúde dos indivíduos e da coletividade.

Porém, Segundo Fracolli & Zaboli³⁵, para efetivação do Programa de Saúde da Família (PSF), torna-se necessário que os profissionais desenvolvam processos de trabalho com o estabelecimento de uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, para que, assim, se expandam as ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas.

Levando esses conceitos ao campo da prática, Schimith & Lima³⁶, em estudo realizado junto a uma equipe do Programa Saúde da Família de um município localizado na região do sul do país, propuseram-se a analisar o trabalho de uma equipe de Saúde da Família e sua relação com o acolhimento dos usuários e a produção de vínculo, e concluíram que o PSF mantém, ainda, a forma excludente de atendimento, priorizando o paciente que chega primeiro; tal prática, segundo elas, reflete um tratamento desumano, condicionando o usuário a enfrentar as filas de madrugada para garantir o acesso. Ainda, observado pelas mesmas autoras, está o fato segundo o qual:

A noção de vínculo que o PSF implanta é a de conhecer as pessoas e seus problemas. O programa não se refere ao vínculo com a possibilidade de autonomização do usuário, nem com sua participação na organização do serviço³⁶.

Por outro lado, o que, de fato, concretiza a mudança do modelo, ainda é a implementação de ações na perspectiva do acolhimento. Foi ilustrado, por Gomes & Pinheiro³⁷, que a estratégia do PSF sugere ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos, sendo estas possíveis através do momento do acolhimento.

Para Chaves & Martines³⁸, o que se propõe através das diretrizes do Programa Saúde da Família está baseado em executar a “missão” de inverter a lógica biomédica, ainda centrada prioritariamente na consulta médica, a outras práticas em saúde e ao trabalho interdisciplinar e intersetorial, gerando, assim, um diálogo entre as famílias assistidas, os profissionais de saúde e aqueles vinculados às áreas da educação, cultura, lazer, social e esporte. Elas defendem que humanizar o ambiente é, também, deixar evidenciar o dom do indivíduo, e a aceitação da obra de arte de cada um, utilizando a sua maneira e os seus recursos; e isto constitui, no PSF, a tarefa e a atitude de cuidar de todos.

A construção deste novo modelo é, com efeito, benéfica e condizente com as novas propostas sociais. Evidencia-se, portanto, que as tendências atuais na mudança do paradigma das práticas de saúde são extremamente necessárias para a efetivação do SUS, e que, para a efetivação desse processo, todos os atores, profissionais, sociedade, comunidade e

indivíduos, têm que estar sensibilizados e preparados, principalmente no que diz respeito ao enfrentamento de barreiras.

Conforme Fracolli & Zoboli³⁵, nas Unidades de Saúde da Família, o acolhimento é, na maioria das vezes, executado pelas enfermeiras e auxiliares de enfermagem, sendo que em algumas unidades a responsabilidade por essa ação, fica a cargo do ACS.

Martines¹⁷ em estudo realizado junto aos ACS, demonstra a existência de sofrimento psíquico na prática de trabalho desse grupo e destaca a consequência disso no processo de atendimento.

Assim, é evidente a importância da conceitualização de acolhimento, vínculo e humanização, pois tais conceitos embasam a edificação de novas práticas propostas. No entanto a dinâmica do acontecer dessas práticas envolve as possibilidades de integralidade.

O Sistema Único de Saúde, pautado em seus princípios, alicerça os fundamentos básicos sobre o atendimento humanizado, igualitário, universal e equânime; e propõe um direcionamento para as ações de saúde nos âmbitos municipal, estadual e federal, almejando a resolubilidade dos serviços de saúde. Esta, porém, só será alcançada se os profissionais inseridos nos serviços de saúde se propuserem a mudanças em suas práticas, desenvolvendo um olhar generalizado para as necessidades de saúde da população.

Para Cecílio³⁹ essa integralidade da atenção é definida como:

[...] esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual.

Ainda, segundo Cecílio³⁹, tal integralidade está pautada no empenho da equipe de traduzir e atender as necessidades de saúde dos indivíduos, relacionadas a algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa já enfrentou ou ainda enfrenta, a procura de um vínculo afetivo com algum profissional, a necessidade de aumentar sua autonomia na própria vida ou até a possibilidade de acessar alguma tecnologia de saúde.

Porém essa integralidade dificilmente encontra lugar na sociedade atual, a não ser a custa de muito empenho. Isto porque, conforme afirma Stotz⁴⁰ em uma sociedade capitalista, as necessidades de saúde são identificadas apenas como necessidades individuais, vistas separadamente de suas relações sociais, de suas trajetórias de vida e de sua cultura.

Conforme discute Cecílio⁴¹, os trabalhadores de saúde passarão a entender a importância de exercermos o conceito de saúde relacionado à manutenção, recuperação ou ampliação da autonomia no modo de administrar a vida, quando passarem a experimentar a própria autonomia nas relações das organizações.

Segundo Stotz⁴⁰, organizar o sistema de saúde fundamentado na lógica das necessidades, propõe admitir que estas necessidades são construídas, e que esta construção pode ser feita através dos diversos caminhos terapêuticos das pessoas comuns, em busca de alívio para o seu sofrimento e tratamento para suas doenças e incapacidades.

Em um estudo sobre acolhimento realizado por Sena-Chompré et al.⁴², foi identificado que há um distanciamento entre trabalhador de saúde e usuário, ficando evidente que estes não debatem sobre os conceitos de cidadania, público e privado, serviços, usuários e controle social, sendo o usuário visto como paciente e não como sujeito ativo no processo de trabalho em saúde. Tal identificação das autoras se contrapõe à perspectiva exposta por Ayres³³, já mencionada, a respeito da concepção de sujeito.

Para Mattos⁴³, os serviços de saúde, quando procuram utilizar o princípio da integralidade para sua organização, buscam ampliar as percepções das necessidades dos grupos, questionando sobre as melhores formas de responder a tais carências. Ainda sobre esse aspecto, o autor defende que as solicitações de serviços assistenciais não podem reduzir-se às necessidades de atendimento oportuno de seus sofrimentos e nem àquelas apreensíveis por uma única disciplina, devendo, assim, afastar qualquer tipo de pensamento reducionista.

Ainda sob a ótica de Mattos⁴³, integralidade não deve ser vista apenas como uma diretriz do SUS, mas sim com uma “bandeira de luta”, constituída por um conjunto de valores que visam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.

Desta forma, entendemos, por meio da revelação dos autores estudados até o momento, que o acolhimento, o vínculo e a humanização constituem fatores essenciais para a satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde. E, para a efetivação dessas práticas, exigem-se mudanças no processo de trabalho das equipes, na formação dos profissionais e, sobretudo na percepção e no entendimento do processo saúde-doença de cada indivíduo, de cada família e de cada trabalhador.

4 Metodologia



4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Seguimos neste estudo o método qualitativo, que é apresentado por Bogdam & Biklen⁴⁴ segundo suas características:

Na investigação qualitativa a fonte direta de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal; é descritiva; os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos; eles tendem a analisar os seus dados de forma indutiva e o significado é de importância vital nesta abordagem.

Para Minayo⁴⁵, a pesquisa qualitativa enfatiza a investigação da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, tendo como característica manifestar processos sociais, proporcionar a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias que serão descobertos durante o processo de investigação.

Segundo Gil⁴⁶, as pesquisas descritivas descrevem as características de uma população ou fenômeno, sendo incluídas, neste grupo, as investigações que têm como objetivo levantar as opiniões, as atitudes e crenças de uma população. É, também, exploratória, pois, conforme o mesmo autor, tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema; ao mesmo tempo, é flexível, de modo a possibilitar a comunicação entre vários aspectos relativos ao fato estudado. Também envolve entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado.

Para a análise dos dados, utilizamos a Análise de Conteúdo descrita por Bardin⁴⁷, fazendo a opção de focalizar uma das etapas da Análise de Enunciação: a Análise Temática.

4.2 INSTRUMENTO DE PESQUISA

Na realização deste estudo, foi utilizada a técnica de entrevista, que, segundo Minayo⁴⁵, é caracterizada como uma conversa a dois ou mais interlocutores, com o objetivo de construir informações relativas a um objeto de pesquisa. Esta técnica permite o processamento das narrativas de vida, tratando da reflexão do sujeito sobre a realidade vivenciada, na qual ele expõe suas idéias, crenças, maneiras de pensar, opiniões, sentimentos, comportamentos e outros.

Foi utilizada a entrevista semi-estruturada, baseada na elaboração de roteiro (APÊNDICE B), que segundo Minayo⁴⁵, serve para orientar, conduzir a interlocução, permitindo a flexibilidade nas conversas bem como a absorção de novos temas e questões levantadas pelo interlocutor.

Para o registro das falas obtidas através das entrevistas, foi utilizado o gravador.

O roteiro foi constituído pelas questões: O que você acha mais importante na sua prática cotidiana? Quais são as principais dificuldades em executá-la? Como você identifica a importância do seu trabalho para a população assistida?

4.3 LOCAL DE ESTUDO

O município de Lins possui área territorial de 571 Km², com uma população de 70.554 habitantes. Localiza-se na região noroeste do Estado de São Paulo, a uma distância de 466 km da capital, pela Rodovia Marechal Rondon. Tem acesso a importante afluente do Rio Tietê em sua parte despoluída, que é o Rio Dourado, próprio para atividades de lazer. Está a 35 km da hidrovía Tietê-Paraná.

Podemos apontar, também, como elemento importante, a rodovia Transbrasiliana (BR 153), que dá acesso ao município, e liga o sul ao norte do país. Há, também, a linha ferroviária Noroeste, ligando o Estado de São Paulo à Bolívia e o gasoduto Brasil-Bolívia, com o seu trajeto passando pela cidade.

Atualmente, a economia da cidade está baseada nas atividades industriais, comerciais e de agropecuárias, sendo estas organizadas para transformar o turismo e a agroindústria nas principais fontes de renda do município.

O município de Lins já habilitado na forma de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde do ano de 1996 (NOB-01/96)⁶, estava adequando-se à Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/02⁴⁸, como município pólo de uma microrregião composta por oito municípios: Lins, Guaiçara, Getulina, Promissão, Pongaí, Uru, Cafelândia e Sabino.

Em 2007, foi assinado, pelo Secretário Municipal de Saúde, o termo de compromisso com relação Pacto pela Saúde, cujo objetivo, segundo a Portaria nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006⁴⁹, é comprometer a União, os Estados e os Municípios a definirem responsabilidades e obrigações sociais conjuntamente, investindo na resolução dos principais problemas de saúde da população. Desta forma, o município passou a compor o Colegiado de Gestão Regional de Lins com os mesmos municípios citados.

O município é integrante do Departamento Regional de Saúde de Bauru (DRS VI) e possui, atualmente, em sua estrutura de atendimento à saúde, um Ambulatório de Especialidades (NGA-27), um Ambulatório de Saúde Mental, um CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial), um CAPS AD (Álcool e Droga), cinco Unidades Básicas de Saúde em área urbana e dois Mini-postos em área rural. Ainda conta com cinco Equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo uma para cada UBS, contando com nove a 30 ACS em cada equipe, perfazendo um total de 112 ACS no município.

As ações e serviços de média e alta complexidade e internações são realizados por instituições contratadas e/ou conveniadas, como: Santa Casa de Misericórdia de Lins, Laboratório de Análises Clínicas e Clínica de Hemodiálise que atendem a toda a microrregião, além das instituições de referência fora do município.

A implantação do PACS foi no ano de 2000, ocasião em que foram contratados, de início 35 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), atuando nas regiões periféricas da cidade. Em junho de 2002, com a integração do Programa de Agentes Comunitários de Saúde ao Programa de

Combate à Dengue, considerou-se necessário ampliar o número de ACS no município, e, desta forma, o programa passou a contar com 67 ACS, prevalecendo esse número até novembro de 2006. A partir de dezembro desse ano, devido à necessidade de ampliação e de extensão de cobertura, o programa passou a ter 112 ACS, distribuídos em todo o município, alocados nas cinco UBS. Estes compõem as equipes de PACS, que recebem supervisão direta de um enfermeiro direcionado para as atividades exclusivas do programa. Também fazem parte das atividades de supervisão, uma equipe de Agentes de Controle de Vetores, ligados ao Setor de Vigilância Epidemiológica, que direcionam o trabalho dos ACS em relação à prevenção de doenças transmitidas por vetores. A supervisão indireta é feita pela coordenação municipal do programa, realizando-se reuniões com todos os profissionais para avaliação das ações de saúde executadas pelos profissionais envolvidos com o programa.

Salientamos que, no momento de ampliação do programa no município, foi implantada uma equipe do PACS na UBS do Centro, sendo disponibilizados, a partir deste período, uma enfermeira e nove ACS para executarem as ações pertinentes ao programa, já que não havia sido possível atender esta população no momento anterior.

No período de coleta de dados, a cobertura do programa em todo o município, ou seja, na área de atuação das cinco equipes, correspondia, aproximadamente, a 16.505 famílias cadastradas, num total de 52.433 pessoas, com cobertura de 75,4% da população.

4.4 SUJEITOS DA PESQUISA

Dos 67 ACS que já atuavam no município nas quatro equipes, identificamos uma variação de tempo de serviço de um a sete anos. Desta forma, definimos que o material coletado através desses sujeitos contemplaria os objetivos desta pesquisa, podendo ser explicitada a sua experiência e rica vivência na sua prática cotidiana como ACS.

Foram entrevistados um total de 12 ACS, que se encontravam inseridos em quatro equipes alocadas nas UBS do município. Como critério para escolha dos sujeitos, foi considerado o seu tempo de trabalho junto ao PACS, sendo determinado o tempo mínimo de um ano de experiência no programa. Estipulado esse critério, e, após a realização do convite, recorremos à manifestação voluntária dos interessados em participar da pesquisa, ficando estabelecido que seriam entrevistados dois ACS de cada equipe. Com relação ao tempo de serviço, a maioria dos sujeitos apresentaram de cinco a sete anos de serviço e uma pequena parte com tempo menor, equivalente ao mínimo um ano.

Todos os ACS entrevistados nesta pesquisa receberam um treinamento introdutório ao serem inseridos nas equipes, sendo que, em nossa realidade, são planejados e organizados pela coordenação municipal do programa, com a participação e o apoio de uma equipe multiprofissional, principalmente para abordar o conteúdo proposto pelo Ministério da Saúde e outros pertinentes à realidade local.

Também é importante ressaltar que todos os sujeitos participaram do Curso de Formação Inicial do Agente Comunitário de Saúde, correspondendo à primeira etapa da formação técnica do ACS, cuja matriz curricular elaborada pelos CEFORs (Centros Formadores de Pessoal para Saúde), abordava os seguintes temas:

- Unidade de Saúde: processos de trabalho na unidade, relações de trabalho, organograma e funcionamento da unidade, trabalho em equipe, políticas públicas de saúde (SUS), organograma e funcionamento do sistema local de saúde, organização e funcionamento do SUS;
- Comunidade: território, determinantes de saúde, processo saúde-doença e promoção da saúde;
- Domicílio: o público e o privado, grupos sociais, família e abordagem.

É importante ressaltar que os educadores desse processo foram os enfermeiros da rede básica do município, como também a coordenadora do programa, que na época correspondia a minha pessoa, havendo uma grande disposição e satisfação de todos os ACS em percorrer esse caminho destinado a sua formação técnica e social.

4.5 COLETA DE DADOS

Para a realização das entrevistas, a pesquisadora entrou em contato com cada enfermeira responsável pela equipe do PACS e agendou uma reunião com todos para apresentação do projeto. Nessa ocasião, foi feito o convite para a participação na pesquisa, com o agendamento dos interessados para conversarem com a pesquisadora num momento posterior. Seguindo essa etapa, a pesquisadora compareceu no dia e hora marcados, na própria UBS, onde o profissional se encontrava lotado.

Na fase de realização, antecedendo a enquete, novamente foi esclarecido o propósito da pesquisa e, após anuência de cada sujeito com assinatura do Termo de Consentimento (APÊNDICE A), realizamos a entrevista.

Com a concordância dos sujeitos, utilizamos o gravador para o registro das falas. De acordo com as exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista, sendo aprovado em dezembro de 2004, segundo documento oficial 626/2006 (ANEXO A).

As entrevistas foram realizadas no período de abril a junho de 2007. As questões foram colocadas de forma gradativa, de acordo com as perguntas norteadoras. Foram inseridos no roteiro dados de identificação que contribuíram para a análise dos dados.

Iniciamos a coleta de dados com os ACS que tinham mais tempo de serviço (de cinco a sete anos) e de acordo com o interesse e disponibilidade desses, entrevistamos dois ACS de cada uma das quatro UBS. Terminada essa fase, retornamos às UBS para entrevistar aqueles que estavam há menos tempo na atividade, e determinamos um ACS por equipe.

Outras questões importantes que puderam contribuir para os objetivos do trabalho aconteceram de forma espontânea, em decorrência do interesse e da motivação dos entrevistados, sendo esse processo mediado pela pesquisadora. As entrevistas tiveram uma média de duração entre quatro a dez minutos.

Como citado anteriormente, após concordância dos sujeitos, utilizamos o gravador. Segundo Queiroz⁵⁰ (1988, p.17), "[...] o gravador parece à primeira vista um instrumento técnico próprio para anular ou pelo menos diminuir o possível desvio trazido pela intermediação do pesquisador"

Durante o momento das entrevistas, tomamos o cuidado de encontrar dentro das UBS, uma sala privativa, onde não seríamos interrompidos.

Após a realização de cada entrevista, a pesquisadora optou em transcrever na íntegra (APÊNDICE C) todo o conteúdo coletado, preservando o tom coloquial dos discursos, no menor tempo de intervalo possível. No processo de transcrição, cenas vivenciadas são lembradas, possibilitando observações que somente quem presenciou o relato consegue elaborar, facilitando a compreensão dos dados.

As gravações foram deletadas imediatamente após a finalização da pesquisa.

4.6 REFERENCIAL DE ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi iniciada com a sua ordenação partindo do conteúdo transcrito na íntegra das falas obtidas nas entrevistas.

Após leitura flutuante, entendida como o momento em que o pesquisador toma contato direto e intenso com o material, permitindo-se impregnar pelo seu conteúdo, recorremos à Análise Temática, que é a segunda etapa da Análise de Enunciação proposta por D' Urung. O processo de Análise de Enunciação diferencia-se de outras técnicas de Análise de Conteúdo, por se apoiar no conceito da comunicação como processo e não como dado imobilizado, manipulável e fragmentado. A Análise Temática consiste em "[...] descobrir os núcleos de sentido que compõe a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido"⁴⁷.

Para Bardin⁴⁷, na análise temática, o tema corresponde a:

[...] unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. A presença de determinados temas vem apontar os valores e modelos presentes no discurso.

Portanto a Análise Temática é transversal, recorta o conjunto das entrevistas através de uma grelha de categorias projetadas sobre os conteúdos. Bardin⁴⁷ afirma que esta análise organiza-se da seguinte forma: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados; inferência e a interpretação.

O material coletado apresentou-se rico em significados. Dessa forma, seqüenciando as etapas percorridas, emergiram dois temas e suas respectivas categorias:

Tema 1) A percepção dos ACS sobre sua prática cotidiana e as dificuldades em executá-la.

- a determinação do vínculo como instrumento de trabalho dos ACS;
- a prática voltada para as orientações sobre a prevenção das doenças e a promoção da saúde;
- a cuidado ampliado dos ACS;
- carência de ações resolutivas no cotidiano dos serviços;
- a sobrecarga do enfermeiro;
- as recusas dos usuários ao atendimento dos ACS.

Tema 2) A importância do trabalho dos ACS para a população assistida.

- a dependência dos ACS;
 - os ACS como ponte entre os usuários e os serviços.
-

5 Análise dos Dados



5.1 CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS DA PESQUISA

A caracterização dos sujeitos da pesquisa mostra-se importante para o nosso contexto, e alguns achados tornam-se decorrentes da característica da profissão, aos pré-requisitos exigidos perante a lei federal que rege a profissão e algumas condições pré-estabelecidas para exercer a atividade de ACS, no sistema local de saúde.

O quadro a seguir ilustra a característica de cada sujeito, segundo o sexo, a escolaridade, o estado civil, a idade, a religião e o tempo de serviço:

Quadro 1- Caracterização dos sujeitos da pesquisa

ACS	Sexo	Escolaridade	Estado civil	Idade	Religião	Tempo de serviço
1	Feminino	Superior completo	Casada	41 anos	Católica	5 anos
2	Feminino	Médio completo	Casada	50 anos	Católica	7 anos
3	Feminino	Médio incompleto	Viúva	56 anos	Católica	7 anos
4	Feminino	Médio completo	Casada	47 anos	Católica	7 anos
5	Feminino	Médio completo	Solteira	45 anos	Católica	6 anos
6	Feminino	Médio completo	Divorciada	40 anos	Evangélica	5 anos
7	Feminino	Médio completo	Casada	41 anos	Católica	7 anos
8	Feminino	Médio completo	Casada	43 anos	Católica	5 anos
9	Feminino	Superior completo	Casada	27 anos	Católica	1 ano
10	Feminino	Médio completo	Solteira	26 anos	Católica	1 ano
11	Feminino	Médio completo	Casada	38 anos	Evangélica	1 ano
12	Feminino	Superior incompleto	Casada	36 anos	Católica	1 ano

De acordo com os dados apresentados, podemos constatar que todos os sujeitos da pesquisa eram do sexo feminino. Esse achado pode ser justificado pelo forte predomínio de ACS do sexo feminino nas equipes do local onde foi realizado o nosso estudo. No momento da coleta de dados, havia somente um ACS do sexo masculino em uma das cinco equipes do PACS.

Quanto à faixa etária, observamos uma variação entre 26 e 56 anos, e maior concentração na faixa etária entre 40 a 47 anos. Outro aspecto também relevante ao fator idade está relacionado às ACS mais jovens e ao seu tempo de serviço de um ano, podendo esse acontecimento estar atribuído ao processo seletivo instituído para a seleção de ACS a partir do ano 2005, quando eram realizadas provas escritas e orais. No período anterior a esse, os ACS eram selecionados pela Pastoral da Criança, que, na época, tinha convênio com a Prefeitura Municipal. A princípio, o candidato deveria pertencer à comunidade que iria trabalhar e ter experiências em trabalhos comunitários na própria Pastoral da Criança, desenvolvendo, durante esse período, um serviço de voluntariado.

Quando avaliamos o aspecto relacionado ao nível de escolaridade, identificamos que quase todos os entrevistados possuem o ensino médio completo. Destaca-se que duas entrevistadas concluíram o nível superior. Esse fato está relacionado, também, ao critério para o processo seletivo realizado pelo município, a partir do ano de 2005, que determina, como requisito mínimo no âmbito da escolaridade, a conclusão do ensino médio, como também propõe o Ministério da Saúde, através da formação técnica dos ACS, que exige conclusão da escolaridade em nível médio no final da terceira etapa, qualificando-o como técnico. O sujeito que apresentou escolaridade inferior a essa exigência encontra-se complementando seus estudos em curso supletivo.

Tomaz¹¹ enfatiza que a ampliação do papel dos ACS, decorrente da implantação do PSF, exige novas competências no campo político e social, sendo necessário que ele tenha um grau de escolaridade mais elevado com vistas a atingir os objetivos complexos e abrangentes propostos nas suas atribuições.

Com relação ao estado civil e à religião dos entrevistados, podemos observar que há o predomínio de casados e católicos. A religião católica pode ser um fator determinado pela forte ligação anterior através do convênio firmado entre Pastoral da Criança e Prefeitura Municipal conforme dito anteriormente.

Em relação ao aspecto levantado quanto ao tempo de serviço, constatamos que este não foi inferior a um ano, conforme escolha dos sujeitos para a participação na pesquisa. Entretanto, a maioria das ACS possui cinco anos ou mais de experiência, o que foi fundamental para o enriquecimento dos conteúdos das falas.

5.2 AS REPRESENTAÇÕES DOS ACS SOBRE O PRÓPRIO TRABALHO

Os sujeitos deste estudo demonstraram, nos relatos, diferentes percepções acerca da própria prática de trabalho e as dificuldades encontradas no exercício da assistência, assim como relativo ao processo de identificação do próprio trabalho para a população. Desta forma, a partir das narrativas dos sujeitos, emergiram dois temas e suas respectivas categorias:

5.2.1 A percepção dos ACS sobre sua prática cotidiana e as dificuldades em executá-la

Através das falas dos sujeitos, foi possível identificar como os ACS percebem e traduzem a sua própria prática cotidiana da assistência e as dificuldades existentes durante essa prática, conforme é evidenciado nas categorias: a determinação do vínculo como instrumento de trabalho dos ACS, a prática voltada para as orientações sobre a prevenção das doenças e a promoção da saúde, o cuidado ampliado dos ACS, carência de ações resolutivas no cotidiano dos serviços, a sobrecarga do enfermeiro e as recusas dos usuários ao atendimento dos ACS.

5.2.1.1 A determinação do vínculo como instrumento de trabalho dos ACS

O vínculo aparece como núcleo central dos discursos dos ACS ouvidos, sendo a confiança o principal fator apontado como colaborador para o relacionamento entre as partes.

É assim, eles depositam em nós uma confiança grande, a partir do momento que eles abriam o portão ali e deixam a gente entrar (ACS 12).

A importância do vínculo na prática cotidiana do ACS expressa-se nos discursos apresentados de forma enfática, ressaltando-se a confiança entre essas relações e o quanto isso é significativo para os

desdobramentos de ações frente aos problemas de saúde apresentados pelos usuários e seus familiares.

Também aparece, nos discursos, a relação estabelecida entre a credibilidade do usuário para com o ACS com o tempo de serviço destinado à comunidade. Deste modo, fica evidenciado que, com o passar do tempo de convivência entre as partes, o vínculo parece constituir-se de forma mais sólida e verdadeira.

Sabe, os primeiros contatos que tinha, dependendo você não conseguia nem entrar. Agora faz três meses que eu estou nessa área nova, tem gente que me espera na calçada. Que eu vou começar a quadra do outro lado, que eu vou... aí tem uma senhorinha mesmo, são duas, é a mãe e a filha, elas ficam me esperando no portão, pra ver que hora que eu vou entrar. Sabe, isso... nossa! Pra gente é ser reconhecido!... Sabe, já quer que você entra, não fica te recebendo ali no portão, nada.... É uma gratificação enorme.... (ACS 9)

Outro ponto retratado nas falas e que nos impulsiona a refletir mais sobre a confiança entre essas relações, é a forma indeterminada como usuários e familiares expõem questões particulares de vida e, muitas vezes, até intimidades, que são traduzidas pelos ACS em alguns momentos como gratidão e reconhecimento, mas também causam estranheza, espanto e surpresa.

“Mais importante... é o vínculo que a gente tem com a família, né?... São sete anos, que a família tem muita confiança, ela é capaz de falar coisas assim que você nem imagina que a pessoa vai te falar, né? Você leva até um susto. Fala: nossa! Está confiando isso, né? Pra mim... Então, eu acho mais importante é o vínculo” (ACS 7).

O vínculo que, foi identificado como essencial para alimentar as relações entre os ACS e a família, é destacado como um fator mais importante dentro dos serviços de saúde e das relações, quando comparado às atividades técnicas, como, por exemplo, orientar as formas de prevenção da dengue. Podemos observar, nas falas, que os ACS priorizam o relacionamento, o vínculo e a confiança deles para com a família e vice-versa, em detrimento das ações puramente técnicas, entendendo que assim conseguiram atingir melhor seu objetivo, suas metas na perspectiva do cuidado de cada família.

Conforme citam Lima et al.⁵¹, o vínculo usuário/serviço de saúde está relacionado ao bom atendimento, baseado na escuta do usuário e no bom desempenho profissional, otimizando, assim, o processo da assistência, de modo a facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, à medida que os profissionais passam a conhecer seus clientes e as prioridades de cada um. Os autores destacam que “o vínculo implica estabelecer relações tão próximas e tão claras que todo o sofrimento alheio causa sensibilização”.

Bachilli et al.¹⁹, em estudo realizado sobre a identidade do Agente Comunitário de Saúde, afirmam que o vínculo aparece como um dos significados mais profundos da experiência e da identidade deles. É ressaltado que o cotidiano do trabalho do agente é marcado pela abordagem dos problemas detectados quando utilizam mecanismos nas visitas domiciliares como a informação, a escuta, o conselho, a conversa e a conscientização para a prevenção.

Nos discursos, ficou evidente que os ACS identificam, na visita domiciliar, momentos importantes e estratégicos para se estabelecer uma

relação de vínculo com usuários e as famílias. É demonstrada, nas falas a seguir, a ênfase dada pelo ACS em realizar a visita, identificando esse espaço como oportunidade para a escuta das necessidades, para aproximação entre ambos, promovendo um melhor entendimento do próprio ACS sobre as questões peculiares da família assistida naquele momento.

“Bom, o que eu considero mais importante é... são as visitas mesmo, a atenção que a gente dá a cada família, o elo de ligação que nós somos entre a população assistida e a UBS...”
(ACS 9)

“Aí quando você vai na casa pra ver uma pessoa hipertensa, diabética. Aí você vai lá e já atende a família como um todo, né? Aí você já olha dengue, leishmaniose, mais... o principal pra mim é a família mesmo. A família, a gestante, a criança...pra mim” (ACS 5).

Esse apontamento também foi discutido no estudo realizado por Meira⁵², ficando evidenciado que ACS, enfermeiros, médicos e usuários consideram como atividades fundamentais ao desempenho do ACS, realizar visita domiciliar, ouvir necessidades da família e ser um elo de ligação entre a comunidade e a equipe de saúde.

Peres⁵³ enfatiza que através do vínculo com a comunidade, os ACS conseguem ver e entender a necessidade do outro, sendo possível fornecer ajuda e satisfazer suas necessidades de saúde. A autora também ressalta que os ACS identificam como ganho para o seu trabalho, o fato de conhecerem a comunidade e fazerem parte dela, o que lhes possibilita um olhar e uma escuta ampliada dos problemas e os coloca no lugar do outro.

Os relatos demonstram que os sujeitos têm certa dificuldade em colocar limites entre as ações ou atividades inerentes ao próprio trabalho e as ações solidárias.

É assim correr atrás. Às vezes o papel do Agente Comunitário é ter dó e comprar o remédio, tirar do bolso, chegar... e como a gente vive em comunidade na igreja, fala gente tem fulana que está precisando de uma cesta básica, tem pessoa que está precisando de fralda, mobiliza a população pra ajudar a gente naquele caso (ACS 3).

Nos discursos, conforme percebemos, os ACS fazem questão de enfatizar que, em algumas situações, colocam-se como amigos ou como membro da família, ou seja, lado a lado, em todos os momentos, dos que precisam da sua presença na hora da dúvida ou de dor. Essa interface do trabalho com as ações de solidariedade, pode estar relacionada ao fato de a maioria dos ACS do nosso estudo terem tido tempo de experiência significativo na profissão, por terem participado de ações voluntárias ligadas à pastoral da igreja católica, como também pelo comprometimento imbuído em cada ACS e pela própria exigência do Ministério da Saúde ao determinar dois anos como mínimo de tempo de moradia na comunidade, o que já os fazem precursores da luta pela cidadania.

“Sabe às vezes, a confiança adquirida é demais, porque às vezes uma mãe não fala um problema pra filha... Não é amiga da filha, como é amiga da gente. Às vezes você chega numa casa a pessoa fala assim: espera um pouquinho, minha filha vai trabalhar, eu preciso conversar. Olha! Eu estou assim com problema. Eu acho que eu estou com uma doença venérea, eu não entendo. Mas a senhora não fez o Papanicolaou, que a gente insiste todo ano de fazer? Ah, eu fiz. Quando eu fiz não tinha nada, mas agora estou vendo um negócio estranho. Então a gente vai marcar uma hora no ginecologista, a senhora vai? Eu vou. Olha, mas não deixa minha filha ficar sabendo. Então a confiança... é muito bom” (ACS 3).

“O convívio com a população, com a comunidade. A gente torna assim uma família na nossa microárea... É assim, a gente se torna tão da família, que a gente não vai assim às vezes como uma Agente Comunitária... Então a confiança... é muito bom. É muito gratificante, eu acho que... por isso que eu falo que, o Agente Comunitário de Saúde ..., mas é uma coisa que nunca pode acabar. Está dentro das casas pra pessoa poder se abrir...” (ACS 3)

Embasados na confiança que permeia suas relações com os usuários, os ACS buscam afirmar que são fundamentais na investigação dos problemas de saúde da população e que são onipotentes na busca da solução dos problemas encontrados.

“Ah, eu acho assim, que eu sou muito importante sim, porque eles passam a ter confiança em mim, passando todos os seus problemas, que a gente acaba resolvendo tudo os problemas deles numa simples conversa com eles ali. Então... eu sou importante sim, porque eu tô ali, eu tô vendo o que tá acontecendo, o problema daquela família” (ACS 2).

“Tem pessoas que são tão carentes de diálogo, que às vezes a sua companhia ali, a sua presença ali, pra eles, eles já ganharam o mundo!” (ACS 12)

Por outro lado, esse comprometimento com a vida das pessoas, com o bem-estar das famílias e com todas as questões que envolvem a comunidade no geral, podem, em alguns momentos, refletir sobre os ACS na vivência de situações de sofrimento, perdas ou das inúmeras dificuldades multifatoriais presentes nas famílias.

Segundo Jardim⁵⁴, a construção da credibilidade no trabalho desenvolvido pelos ACS, é essencial para a concretização da confiança por parte da comunidade, sendo este um processo contínuo e cotidiano de construção e reconstrução. Porém também segundo a autora, pode existir, por

parte dos sujeitos que desempenham a função de agente comunitário de saúde, a militância e o voluntarismo, podendo ser entendida pela comunidade como algo intrínseco à função, não se diferenciando o tempo de trabalho e de não trabalho do agente.

“Sabe e a gente sofre junto. Você lembra no curso que eu te falei: me ensina eu escrever Alzheimer, que eu escrevi errado. Eu perdi aquela pessoa, ela morreu. Então a gente sofre. De tanto a gente ficar junto, parece a mãe. Ontem à tarde eu estava num velório, de uma que nem era da minha área, só ia levar medicamento, né? Ajuda... E a gente sofre como se fosse um da família” (ACS 3).

Martines¹⁷ observou que os ACS não conseguem discernir sobre os seus limites, com relação à criação de vínculo, fato que os leva a vivenciar sensações e sentimentos como impotência, cansaço e solidão.

Segundo Lunardelo⁹, na medida em que os ACS se aproximam e se envolvem com as famílias, há transposição de problemas e das misérias humanas. Os ACS estabelecem uma relação igualitária com a comunidade, seja na proximidade física, intelectual e social das famílias e dos indivíduos, refletindo no seu trabalho, na criação de vínculos, na compreensão do ser e no entendimento da complexidade do meio onde vivem estas pessoas.

Jardim⁵⁴ relata como fator contribuinte para o sofrimento no trabalho dos ACS, o fato de este morar na comunidade, daí a valorização dos aspectos afetivos, transparecendo para a população que o agente compartilha daquela mesma realidade e encontra-se em tempo integral acessível à comunidade.

Algumas vezes o vínculo em relação às as famílias também propicia, aos ACS, estímulos para que o trabalho seja desenvolvido através de palavras, sorrisos ou gestos dos usuários, possibilitando em alguns momentos uma melhor reflexão do ACS a respeito da própria vida.

“Que às vezes você está tão desanimada e uma palavra que você tem de uma pessoa, você já muda totalmente, né? Aí você imagina assim: Nossa eu achei que o meu problema fosse tão grande e o daquela pessoa é bem maior! Fora o apoio que você tem” (ACS 12).

“É assim, eles depositam em nós uma confiança grande, a partir do momento que eles abriram o portão ali e deixa a gente entrar. Então isso é muito significativo, né? É muito importante isso daí. É uma responsabilidade minha de pegar as informações deles, né? Trazer pra cá. A confiança que eles têm, é muito importante isso” (ACS 12).

Fica evidenciado, nas falas analisadas, que os ACS valorizam a forma como abordam e como se relacionam com os usuários, enfatizando-se o vínculo como fator primordial para executarem suas ações de saúde. De acordo com as próprias diretrizes do Ministério da Saúde, os ACS possuem uma característica de trabalho diferenciada dos demais profissionais inseridos nos serviços da atenção básica, por pertencerem à comunidade e funcionarem como elo entre os serviços de saúde e a população.

Lunardelo⁹ afirma que para os ACS a satisfação com o trabalho está inerente ao papel social desempenhado junto a população, bem como o reconhecimento deste papel pela própria comunidade.

Nas falas dos sujeitos entrevistados, observamos a satisfação por parte dos agentes em estarem sempre por perto da comunidade, mesmo

que em períodos não coincidentes com o horário formalizado de trabalho. Ressaltam, também, uma satisfação em perceber que a comunidade os quer bem, e que estão ali para ajudarem e contribuírem com o bem-estar da população.

Nessa discussão sobre o papel proposto para os ACS, servindo como ponte entre ele e a comunidade, Jardim⁵⁴ destaca que o processo de conquista da credibilidade perante a população não é algo garantido, e sim algo conquistado. Ela defende que o fato de morar ou não na própria região não determina esse processo, quando questiona as condições estabelecidas pelo Ministério da Saúde de o agente ser morador da comunidade onde irá atuar.

Ferraz & Aertes¹⁸, por sua vez, elucidam que a qualidade da relação entre o agente e a comunidade deve ser parcialmente atribuída ao tempo de sua residência no local, prevalecendo, como fator importante para a integração dos ACS, a empatia como sentimento recíproco entre eles e a comunidade.

De fato, tal discussão é pertinente diante dessa extensa e valiosa construção de laços de confiança, credibilidade e vínculo. Em nosso estudo, identificamos que esse processo se dá a partir do convívio com as famílias, do esclarecimento da população em relação ao seu trabalho, da proposta dos serviços locais de saúde, do estímulo e do apoio dados pelos demais profissionais de saúde e, acima de tudo, pelo próprio interesse e comprometimento do próprio agente em compartilhar os problemas vivenciados pela comunidade, ou seja, concordamos com Jardim⁵⁴ e ressaltamos que o

vínculo não está assegurado pelo simples de fato o ACS morar na comunidade e, sim, pelo compartilhamento de compromissos, responsabilidades e solidariedade.

Gomes & Pinheiro³⁷, analisando os objetivos do PSF como novo modelo assistencial, destacam que o processo de trabalho deva estar associado à existência de profissionais que possam assimilar o papel de agente transformador, proporcionando, assim, a participação e o controle social, a transparência das informações, a criação de vínculos afetivos entre usuários e equipe, com o estabelecimento de relações de trocas e confiança.

5.2.1.2 A prática voltada para as orientações sobre a prevenção das doenças e a promoção da saúde

Fica evidenciado, nos relatos, que os ACS consideram as orientações quanto à prevenção de doenças e à promoção da saúde como atividades técnicas, estabelecidas como prioridade nos serviços básicos de saúde, objetivando minimizar a carência de informações obtidas pelas famílias e contribuindo para a melhoria da qualidade de sua vida. Os ACS sustentam que as informações e orientações veiculadas, facilitam a vida dos usuários e que, com essas ações, sentem-se mais úteis perante a pessoa e à família.

“A minha importância, eu acho muito importante, eu levar às famílias a prevenção, né? Prevenir sobre as doenças antes de acontecer, se não depois de acontecido... A gente vai falar, orientar, passar orientação tanto pra pessoa, pro paciente, como pra família. A prevenção. Você tem que prevenir antes de acontecer, não é?” (ACS 2)

“Ah, eu acho assim que eu sou útil, que eu sou bastante útil, porque a gente é útil para as famílias, porque qualquer tipo de informação que você leve eles ficam tão gratos porque eles são tão desinformados, desencontrados em situações assim, uma pequena ajuda que a gente dá pra eles clareia a mente deles. A visão de como se proceder, de como fazer” (ACS 4).

“É assim, no dia-a-dia, eu acabo assim ajudando sem problema, de alguma forma ou de outra, né? Principalmente as pessoas mais carentes e são menos informadas... Por exemplo, tem... agora que eu estou nesta área nova, tem idosos que estão comprando remédio, sendo que assim pelo SUS é de graça e eles compram remédio (ACS 6).

Mediante as questões visualizadas pelos ACS nas visitas e no contato com a comunidade, podemos perceber, por seus relatos, que a luta pela conquista dos direitos e o exercício da cidadania vem fomentar a conquista da autonomia dos indivíduos na tomada de decisão de sua própria vida ou na vida de seu familiar, como, por exemplo, em situações em que o indivíduo não consegue fazer suas próprias escolhas.

As informações emitidas e recebidas pelos ACS transmitem mensagens dos serviços de saúde para o usuário ou vice-versa, fortalecendo esse elo entre a comunidade e os serviços.

Segundo Bachilli et al.¹⁹, os ACS mediante a execução de seu trabalho, começam a compreender mais e melhor as circunstâncias envolvidas na produção ou supressão de saúde da população, fato que reflete no aprimoramento dos recursos utilizados para contribuir com a população, gerando conseqüentemente, gratificação por produzir resultados que culminam com a gratidão dos usuários.

Peres⁵³ ressalta que os ACS buscam atuar nos determinantes do processo saúde-doença, identificando a relação entre os problemas de saúde e as condições de vida, realizando atividades educativas, propondo e implementando ações intersetoriais. Além disso, identificam-se como educadores e são percebidos pelos usuários como trabalhadores qualificados, fato que se traduz, para os ACS, como valorização e crescimento pessoal.

Em algumas situações, as informações emitidas não são absorvidas e isto pode representar grandes obstáculos na prática cotidiana dos ACS, ficando evidente a dificuldade em atingir mudanças de hábito e comportamentos no que diz respeito ao cuidado com a prevenção das doenças e a promoção da saúde.

“... Com essa epidemia da dengue que está tendo em Lins, é uma coisa triste, porque mesmo na nossa micro-área que você passa todo o mês, o mês que a gente entra olha, agora com nós fizemos o arrastão, nós só estamos orientando... porque hoje eles botam reciclados e a gente vai pro arrastão tiramos tudo, e a gente volta, tá a mesma coisa. Mas nós como conhecemos nossa micro-área, a gente já sabe que numa determinada casa, você não pode só orientar, você tem que dar uma disfarçadinha e dar uma entradinha... Porque está difícil educar a população” (ACS 3).

“E as palestras também é muito gostoso, e eles... vê o carinho deles pela gente. Nessa sexta-feira da... nessa palestra da leishmaniose para as crianças, eles falaram: tia... Olhando assim pra gente: eu gostei tanto! E é bom... depois a gente encontrou uma mãe e a mãe falou, a mãe da criança que estava na palestra: ele chegou contando em casa e do bichinho da leishmaniose, o que tem que fazer e então... As crianças eles gravam e passam isso depois, né? (ACS 6)

Nos discursos apresentados, fica evidenciado que os ACS encontram satisfação em seu trabalho, quando os objetivos traçados nas ações educativas foram alcançados, as respostas e os desdobramentos de suas informações e orientações preencheram as lacunas existentes previamente.

Para Gomes & Pinheiro³⁷:

O maior desafio dos profissionais da estratégia saúde da família é concretizar, na prática cotidiana, a superação do monopólio do diagnóstico de necessidades e de se integrar à “voz do outro”, que é mais que a construção de um vínculo/responsabilização. Traduzindo em uma efetiva mudança na relação de poder técnico-usuário, evidenciando o ser social, com vida plena e digna como expressão de seu direito. A integralidade da atenção à saúde, em suas ações de promoção, prevenção e assistência poderá assim, representar um novo modo de “andar na vida”, numa perspectiva que coloca o usuário como sujeito de sua própria história.

A fala a seguir ilustra a importância dada pelo ACS no modo como são conduzidas as ações de educação em saúde.

“Mudança de hábito não é fácil, mas se você tiver uma convicção daquilo que você estiver falando, firmeza e demonstrar carinho pela pessoa e preocupação, interesse, eu acho que você vai ter um retorno melhor do seu trabalho” (ACS 11).

Em busca de contextualizar essa temática, recorremos a Freire (1996), autor emblemático, que sugere aos educadores práticas e possibilidades, dentre as quais destacaremos um de seus temas: ensinar exige bom senso. Nessa ótica, Freire⁵⁵ afirma:

Saber que devo o respeito à autonomia, à dignidade e a identidade do educando e, na prática, procurar a coerência com este saber, me leva inapelavelmente à criação de algumas virtudes ou qualidades sem as quais aquele saber vira inautêntico, palavreado vazio e inoperante.

Ainda na contextualização desta temática, estudiosos afirmam que a postura do usuário depende de vários fatores; outros apresentam alternativas para melhorar as ações de educação, e há, ainda, aqueles que

apontam o próprio agente na promoção de educadores como elemento passível de limitar ou, por outro lado, expandir esta ação educativa, dependendo dos meios utilizados ou do perfil dos ACS.

Assim é que Oliveira⁵⁶, em sua discussão sobre a influência da cultura na maneira como os indivíduos percebem a doença e estabelecem relações com os diversos sistemas de saúde, ressalta que o padrão de uso do sistema de saúde difere de acordo com o grupo social, com as família e mesmo com os indivíduos, de acordo com o grau de instrução, religião, com sua ocupação, com a rede social a que pertence e com as doenças existentes. Para ele, as comunidades podem apresentar comportamentos diferentes quanto aos cuidados com a saúde, e sua relação com os serviços de saúde vão depender da própria dinâmica de interação entre eles, sendo necessária a legitimação do serviço frente à comunidade, que, de certo modo, concede poder aos profissionais para lidar com alguns de seus problemas de saúde.

“Ah, quando a gente passa as orientações, quando a gente chega na casa leva as informação pra eles assim correta. Quando a gente não sabe, a gente busca essa informação e volta lá na casa, não você pode proceder assim, assim, assim dessa maneira, vai dar certo, vai ser o melhor caminho pra você e que eles recebem essa luz, eles ficam muito feliz, eles ficam contente, porque às vezes fica meio parado não sabe como proceder, como fazer. Como se fosse uma luz, né pra eles, né. Eles agradecem e eles ficam muito agradecidos. Ficam felizes” (ACS 4).

Para Nunes et al.⁵⁷, os ACS utilizam de estratégias para implementar ações de educação para a saúde, já que percebem várias formas de resistências por parte da população, sendo essas manifestadas quando não são adotados os comportamentos propostos (alimentares, higiênicos e outros) ou até no caso de oposição deliberada, demonstrada pela recusa em receber membros da equipe no domicílio.

“Bom, a maior dificuldade é você tentar educar o morador”
(ACS 3).

Ferraz & Aertes¹⁸ observaram, em sua pesquisa, que os ACS com mais idade, eram mais resistentes a mudanças relacionadas aos conceitos de promoção da saúde, devido ao fato de carregarem experiências próprias ou alheias. Os agentes, mais jovens, por sua vez, apresentavam-se mais abertos às mudanças relacionadas aos conceitos de saúde e doença, por não estarem muito arraigados, porém não possuíam conhecimento vasto sobre a comunidade, envolvendo-se menos com ela.

Refletindo sobre o desapontamento dos ACS, ao não atingirem seus objetivos com as ações pertinentes à educação em saúde, percebemos, nas suas falas, que, muito embora eles considerem importantes as referidas ações, encontram obstáculos em relação à resistência na mudança de hábito por parte da comunidade. Não foi referido, pelos sujeitos acima, algum tipo de sofrimento em vivenciar tais situações, porém, como vemos a seguir, outros estudos como de Wai¹⁶ e Lunardelo⁹ fizeram essa correlação.

Para Wai¹⁶, foi identificado como fator de sobrecarga aos ACS, a resistência e indiferença dos usuários em aceitarem e seguirem suas orientações, principalmente em relação a mudanças de hábito, sendo mais dificultosa a interação com os usuários ao abordar o tema quanto à higiene, referindo à preocupação dos ACS em tomarem atitudes mais enérgicas e sofrerem represália por parte dos usuários. Esta autora ressalta que, ao assumir o papel de profissional de saúde, os ACS tendem a carregar uma idealização da verdade absoluta relativamente ao que preconiza, não

enxergando o quanto é complexa essa tarefa de mudança de hábito da população, que está relacionada a outras práticas, outros saberes, outros profissionais trabalhando em equipe.

Nessa mesma perspectiva, Lunardelo⁹ identificou, em seus sujeitos de estudo, que apenas as orientações não interferem no modo de vida das pessoas, sendo necessária uma grande mobilização, que não é apenas responsabilidade dos ACS, mas também da família, do indivíduo e da equipe.

No estudo realizado por Peres⁵³, ficou evidenciado que o papel dos ACS é contribuir para a construção da autonomia da comunidade diante da própria saúde, e que há uma diversidade de obstáculos a interferirem na efetivação desse processo, fatores que podem estar ligados à carga cultural, a valores e às experiências vividas pelo indivíduo.

Nas ações de educação em saúde citadas pelos ACS, também podemos destacar uma ênfase por parte destes, aos aspectos biológicos e curativos, com envolvimento e dedicação à prática medicamentosa. Através dos encaminhamentos aos serviços de saúde ou das orientações fornecidas, percebemos uma tendência do fortalecimento do modelo hegemônico dos nossos serviços de saúde.

“A gente encontra muito hipertenso, muito diabético que não tem acompanhamento e a pessoa vive mal... E a hora que a gente fala: não vamos no médico fazer um acompanhamento... E depois já é dependente da insulina... A gente consegue aquele aparelhinho...” (ACS 3)

“(...) você leva o remédio, aí você fala assim: você toma o remédio assim, assim, de oito em oito horas. Igual a gente estava conversando aqui com a moça da farmácia. Eles pensam que oito horas, de oito em oito horas, é tomar agora e

daqui três horas toma de novo, depois daqui três horas toma de novo, o remédio não vai fazer efeito. Tem casas que você tem que ir olha: você toma o remédio assim, você toma o remédio assim, você toma o remédio assim. Tem que explicar, se fala que é de doze em doze horas, eles pensam que doze horas, eles têm que tomar assim o dia inteiro. Doze horas naquele dia. Então você tem que explicar. E tem gente aqui tem que explicar certas coisas também” (ACS 5).

5.2.1.3 O cuidado ampliado dos ACS

Ao nos debruçarmos sobre os discursos dos sujeitos, podemos observar que existe na prática cotidiana dos ACS a preocupação com um atendimento de forma humanizada os indivíduos e suas famílias, cujo enfoque se concentra em dar assistência direcionada à necessidade apresentada por eles, independentemente do seu planejamento das visitas do dia e do tempo gasto com cada uma delas.

“É igual quando a gente chega pra fazer uma visita, você chega, você fala: hoje eu vou fazer oito, dez visitas. Aí você chega e faz uma, porque... você chega... hoje eu fiz uma. Cheguei na casa, a pessoa estava precisando conversar, ela foi pra Bauru porque ela está indo fazer cirurgia no olho. Então eu fiquei lá, eu fiz uma casa! Foi o que eu consegui fazer! Eu me planejei pra oito e fiz uma, porque... porque ela queria conversar, queria me contar tudo o que aconteceu com ela. Aí ela me mostrou o quintal, aí ela falou pra mim arrumar saco pra ela, era pra mim dar recado pro neto dela, e eu fiquei lá... um tempão! Eu planejo uma coisa e sai totalmente diferente. Então não adianta falar aí... trabalhar igual uma máquina. Eu falo pra todo mundo não adianta você ser uma máquina. Você tem que trabalhar... quando eu sair pra trabalhar, faço o tanto que der pra mim fazer, porque eu não sou agente da dengue, eu sou agente de saúde!. É o que eu priorizo. É o que eu acho, né?” (ACS 5)

Entretanto fica evidente a existência de um conflito entre o quantitativo e o qualitativo, no que tange à essência do trabalho dos ACS. Todos os ACS sabem que, de acordo com a diretriz nacional do programa, é preciso cumprir a meta diária, semanal e mensal, e que suas atividades são direcionadas por um planejamento delineado por ele com a participação da enfermeira supervisora.

“Porque às vezes a gente fica tão preocupada assim, com o número de visita, tem que fazer... tem que fazer... Mas não é um trabalho mecânico. Você tem que ver que ali o importante é a pessoa... né? Fundamental a pessoa... que não é o número da tua família, mas sim uma família mesmo” (ACS 8).

“E procuro fazer o que ele está precisando. Se é de um médico, eu tento levar ele até o médico. Se é de um remédio, eu tento trazer o remédio até ele. Se é de conversar, as vezes é só conversar, as vezes precisa né? A gente fica ali, conversa... passa o tempo... Eu acho que é isso, o mais importante pra mim” (ACS 10).

Pensando no processo de trabalho dos ACS e nas intencionalidades destes trabalhadores, podemos identificar uma preocupação importante por parte dos destes na cobrança em relação ao seu desempenho, que, muitas vezes, está associado ao número de visitas realizadas.

Segundo Lunardelo⁹, a diretriz da estratégia saúde da família propõe, como meta para o agente, visitar mensalmente 100% das famílias cadastradas em sua área de abrangência. No entanto isso leva a uma preocupação com a qualidade do trabalho, pois é temido que a exigência quantitativa empobreça os subjetivos potenciais. Desse modo, Lunardelo

sugere a necessidade de outras formas de avaliação e controle a respeito da observação e da valorização do conjunto de atividades realizadas.

Retornando ao pensamento de Merhy²⁸ sobre as tecnologias de trabalho dura, leve-dura e leve, na tecnologia leve, o autor elucida que ela é caracterizada quando há um encontro entre duas pessoas, atuando uma sobre a outra, com a criação de inter-subjetividades, momentos de fala, de escuta, de interpretações, cumplicidade, confiabilidade, acolhimento, produção de vínculo e aceitação.

Embasados nesse conceito, podemos considerar pertinente à prática assistencial dos ACS, que ela seja conduzida pelos aspectos inter-subjetivos trazidos por Merhy²⁸, compondo-se a todo o momento na execução de seu próprio trabalho e em todos os ambientes, seja no domicílio, durante as visitas domiciliares, na UBS ou nos espaços comunitários que ocupam freqüentemente.

No que se refere à efetivação do cuidado ao usuário, aparece nos discursos a preocupação dos ACS com os aspectos subjetivos, procurando-se atender todas as necessidades dos usuários, não focalizando somente as técnicas e abordagens objetivas.

Teixeira⁵⁸, ao refletir sobre a subjetividade, afirma que esta “[...] é entendida como produção de sentido, com potencialidade de criação e não meramente como algo vago relacionado à introspecção individual”. Nessa perspectiva, o autor destaca que a relação terapêutica e a dimensão sensível do cuidado são favorecidas pela habilidade de ouvir e de se aproximar do cliente. Em sua opinião, não basta apenas adquirir o conhecimento técnico e científico para viver de forma saudável, torna-se essencial o conhecimento das

emoções, de modo que o sujeito possa entrar em contato com seus sentimentos, com seu corpo e com o próprio processo de cura.

Guareschi⁵⁹, ao conceituar subjetividade, enfatiza que está relacionada à constituição do conteúdo do nosso ser:

[...] a singularidade chama a atenção para o fato de que nós somos “os outros”, isto é, nos constituímos de relações, de experiências que estabelecemos e vamos estabelecendo a cada dia. Estamos, assim, em constante mudança.

Em busca de compreender as necessidades dos usuários, os ACS se propõem a atender as demandas advindas da população, seja em qual for o aspecto relacionado a essas necessidades.

Segundo Machado & Colvero⁶⁰, o cuidado possui diferentes facetas, sendo uma o cuidado técnico e outra, o subjetivo. Tais autoras destacam que, nas práticas, prevalece a existência de um olhar voltado para o tecnicismo, fazendo com que a prática da saúde seja insuficiente e incompleta. Desse modo, consideram importante o investimento na desconstrução dessa prática, bem como na construção de um paradigma mais ético, complexo, centrado, igualitariamente, na subjetivação e na racionalização.

Para conseguir enfrentar os contratempos e os acontecimentos inesperados no cotidiano, os ACS enfatizam a importância de planejar suas ações, priorizando-as de acordo com as necessidades apresentadas, para, assim, não serem surpreendidos por situações que poderiam ser pensadas e controladas anteriormente.

Rodrigues & Araújo⁶¹ elucidam que:

[...] o trabalho em saúde é um serviço que não se realiza sobre coisas ou sobre objetos, como acontece na indústria; dá-se, ao contrário, sobre pessoas, e, mais ainda, com base numa intercessão partilhada entre o usuário e o profissional, na qual o primeiro contribui para o processo de trabalho, ou seja, é parte desse processo.

As autoras ainda ressaltam que, para se pensar um novo modelo assistencial em saúde centrado no usuário, é fundamental re-significar o processo de trabalho, cuja finalidade deve ser mudada, passando a ser a produção do cuidado, na perspectiva da autonomização do sujeito, orientada pelo princípio da integralidade, demandando, dessa forma, instrumentos como a interdisciplinariedade, a intersetorialidade, o trabalho em equipe, a humanização dos serviços e a criação de vínculos usuário/profissional/equipe de saúde⁶¹.

É evidenciado, também, que os ACS deparam-se constantemente com situações inusitadas requerendo uma flexibilidade e um preparo para o enfrentamento desses imprevistos. Eles indicam a importância de planejarem as suas ações, como também a de ter condições de replanejá-las e reconstruí-las de acordo com as necessidades e acontecimentos existentes no dia-a-dia de trabalho.

“O planejamento, né? Que tenha plano A e plano B, porque assim muitas vezes, quando eu saio pra fazer as visitas, né? Eu planejo uma coisa e aí de repente me deparo com outra situação na área, né? Ou alguém até me para, né? Então o planejamento é bem importante no cotidiano, né?” (ACS 11)

Na pesquisa de Lunardelo⁹, conforme também elucidado os ACS consideram a visita domiciliar uma atividade que exige planejamento, mas passível de flexibilidade, de mudanças de estratégias e condutas, já que cada família possui a sua particularidade.

5.2.1.4 Carência de ações resolutivas no cotidiano dos serviços

A carência de ações resolutivas, a carência de respaldo por parte dos profissionais da UBS é relatada como fator negativo e impeditivo para o desenvolvimento do trabalho dos ACS, destacando-se os problemas relacionados ao mau atendimento e ao déficit na oferta de serviços, conforme podemos verificar:

“A falta de respaldo que eu encontro junto aos profissionais de saúde da UBS, porque a gente faz o trabalho casa a casa e quando eles vêm pra UBS eles encontram dificuldade de atendimento, a falta de educação, a falta de vaga, são mal tratados às vezes por profissionais de saúde como médico. Então esbarra nisso o meu trabalho. Dificuldade...” (ACS 1)

“E também a dificuldade é no balcão, o mau atendimento. As pessoas não sabem explicar, orientar o paciente direito. O paciente já vem com problema, chega aqui, toma né, uma resposta, que coitado sai chateado” (ACS 2).

Quanto ao aspecto referente ao atendimento dos outros profissionais, fica evidente que os ACS compreendem haver divergências quanto às orientações e informações fornecidas por eles durante as visitas domiciliares. Eles mencionam a importância do acolhimento, do vínculo e da

humanização nos serviços, cuja temática já foi destacada neste trabalho: e correlacionam a ausência dessas práticas no atendimento dos demais profissionais da UBS, com a dificuldade na efetivação das suas ações. Na ótica dos ACS, o aspecto propulsor desse atendimento deficitário está vinculado ao despreparo desses profissionais no atendimento, principalmente, na entrada da UBS, ou seja, na recepção, onde é feito o primeiro contato do usuário com o serviço.

Na perspectiva da integralidade, conforme afirma Cecílio³⁹, a equipe de saúde deve se empenhar em traduzir e atender as necessidades de saúde dos indivíduos. Para tal, exigem-se comportamentos de escuta e vínculo por parte de todos os profissionais para com os usuários que acessam os serviços de saúde.

Segundo Peres⁵³, as Unidades de Saúde da Família estão organizadas para apoiar os profissionais de saúde, pois utilizam o trabalho em equipe como estratégia de organização do trabalho. Situação contrária a essa é encontrada nos serviços cujo modelo de assistência à saúde ainda é pautado no tradicional.

Em nossos achados, podemos observar a ênfase que é dada pelos ACS ao modo como os indivíduos são tratados ao se dirigirem para o atendimento dentro da UBS, sendo este, explicitado através de palavras ríspidas ou até com indiferença o tratamento dado à necessidade apresentada pelo usuário. A insatisfação dos usuários em relação ao atendimento da UBS é vista pelos ACS como um reflexo desse processo, sendo uma de suas conseqüências a falta de resolubilidade no tocante às necessidades deles.

Para os sujeitos, essas ocorrências são as responsáveis pela descontinuidade do seu trabalho, que culminam com a diminuição da credibilidade do usuário no atendimento da UBS, como também a perda da confiança no ACS, gerando bloqueio ao seu trabalho.

Na construção da identidade dos ACS, define-se, como fator coadjuvante ao trabalho dos ACS, a busca pela construção da cidadania, gerando a autonomia na tomada de decisões dos indivíduos e comunidades. Nesse aspecto, ficam controversas as situações apresentadas pelos ACS, quando o usuário, mediante o estímulo e encaminhamento dado por eles, procura os serviços e não consegue acessá-los, seja pela falta de vaga, pelo mau atendimento ou pela falta do profissional.

“(...) que às vezes a gente não tem muito respaldo. Não só daqui da unidade. Assim, às vezes a gente leva todo o atendimento que tem aqui na unidade e às vezes a hora que a pessoa chega aqui, a pessoa vem aqui e não encontra tudo o que a gente falou...” (ACS 9)

“(...) acho que uma dificuldade é que as pessoas não acreditam muito no atendimento aqui da UBS, né? Então... aí você vai levar uma informação, a pessoa fala: Ah, mas aquele posto lá, né? Então, essa eu acho que é a principal dificuldade, que não tem muita credibilidade... Só que tem muita gente que eu passo lá e falo todo o mês: Olha vai fazer, que agora não precisa marcar! O pessoal fala: Mas eu já fui tão mal tratado! Às vezes marcava eu chegava lá e não me atendia!” (ACS 11)

Também podemos ressaltar que os ACS frequentemente chamam para si toda a responsabilidade do desdobramento no atendimento dentro da UBS, como se eles tivessem o poder de controlar todas as situações que ali ocorrem. São apresentadas, nas falas, situações em que os ACS se colocam diante do usuário como facilitadores do acesso e, ao mesmo tempo, responsáveis pela falta da conquista desse direito.

“E aí ele veio na unidade... ele também não lembrou de chamar por mim nada, mas aí meio que se recusaram a verificar a pressão dele naquela hora. E ele morava no Lins V. Então é longe, só o fato da distância de vir até aqui. Então é meio que naquela hora: Ah, o senhor aguarda, agora eu não vou poder!... Então eu acho que a maior dificuldade, além da aceitação, é o respaldo. Aí eu voltei lá e ele falou: Ah, eu não vou mais não!” (ACS 9)

“Às vezes, desanima também quando, você traz o problema pra cá e fica parado. Aí dá vontade de desistir. Porque eu acho que o meu trabalho não está sendo bem realizado. Então eu chego aqui, trago algum problema e não dá pra resolver. Nossa! Isso pra mim... Eu não tenho cara... eu não tenho cara de voltar na casa do morador e falar que não tem jeito, que não deu em nada”. (ACS 12)

Lima et al.⁵¹, ao escutar essa opinião de usuários a respeito do acesso e do acolhimento, detectaram que os principais fatores valorizados por eles estão relacionados ao desempenho profissional de quem presta o atendimento, como também o vínculo do usuário com o serviço de saúde, sendo, esses, essenciais para a resolubilidade e a satisfação de suas necessidades.

A carência de respaldo também foi mencionada pelos sujeitos no âmbito da intersetorialidade, ficando evidenciada a sua busca pela solução dos problemas detectados na comunidade. Nesse aspecto, os sujeitos procuram utilizar todos os meios disponíveis para conseguir amenizar o sofrimento e a angústia dos indivíduos, providências muitas vezes impossível, daí o sentimento de impotência por não conseguir solucionar os problemas existentes em sua microárea.

“(...) até um certo ponto a gente consegue caminhar, depois a gente é barrado, porque dali pra frente não tem o que fazer e como fazer e às vezes fica parado né. O que a gente começa

e precisa assim de outras Secretarias, de outras né, pra poder funcionar, pra poder ir pra frente o nosso trabalho muitas vezes a gente precisa de outras Secretarias e muitas vezes não acontece isso... Às vezes a pessoa que precisa de um médico né, vamos supor assim, que precisa de uma especialidade, demora bastante, é complicado né. Igual os programas que eles arrumam também, que a Prefeitura faz. Aqueles programas... A gente vê o sofrimento das pessoas né, o quanto é duro, vai, volta, vai, volta. A gente fica... Eu fico meio deprimida, porque por não poder ajudar mais, né. Porque são obstáculos que às vezes não tem fim, não tem, não dá pra ir. A gente não tem pernas pra ir até lá. A gente não pode, né? Fazer. Sem solução o problema" (ACS 4).

Portanto fica revelado o sofrimento dos ACS em relação às dificuldades encontradas para o alcance de suas metas, incluindo, aqui, a insatisfação dos usuários em não conseguir acessar os serviços, fato que gera, muitas vezes, sentimentos de frustração relativamente ao trabalho.

Na perspectiva de Jardim⁵⁴, existe uma correlação entre a inoperância do sistema frente as demandas da comunidade e a construção da credibilidade das famílias pra com os ACS. Ainda nessa discussão, a autora identificou, em seu estudo, que os ACS referem necessidade de mentir para conquistar a credibilidade da população, gerando neles um sofrimento muito grande. Essa falha no sistema de referência e contra-referência, segundo a autora, faz os ACS vivenciarem situações de constrangimento, refletindo-se em sofrimento psíquico ao executarem seu trabalho.

Lunardelo⁹ enfatiza que o ACS caracteriza seu trabalho como difícil, pois o vê com possibilidades de ação limitada. Ele percebe que faz parte de uma equipe, sendo essa importante no convívio diário e capaz de encontrar alternativas e soluções para atender as necessidades das famílias.

Para Martines¹⁷, o ACS constrói uma idéia de onipotência diante da comunidade, idealizando qualidade, transformação, resultado, humanização, resolubilidade, poder e doação, desconsiderando a viabilidade dos recursos necessários além, de seus próprios.

“Até o remédio! Que a gente conhece a população, principalmente ali, onde a gente está todo o mês, a gente sabe que a pessoa é pobre, que a pessoa não tem condição de comprar o remédio. O difícil é até pra pedir pra prefeitura, pra ajudar. Olha, ela é, deficiente, está na cadeira de rodas, e ela precisa tomar um determinado remédio pra dor, e é difícil isso. É uma coisa que deixa a gente bem triste, sabe? A pessoa está precisando, e as vezes a gente vê até um que pode, conseguindo o que a Agente Comunitária luta e não consegue” (ACS 3).

“(...) a dificuldade maior é ver assim, que a gente não tem uma..., um respaldo mesmo. Se a gente tivesse aqui uma pessoa pra gente conversar. Nós temos aqui, a assistente social que agora é uma maravilha, a Aline tenta ajudar... E... é difícil. E a falta de médico também, às vezes a gente vai na área vê a pessoa doente, a gente tenta ajudar”. (ACS 4)

“Silêncio. Ah, nem sempre a gente tem o apoio, né? Que a gente pelo menos acha que deveria ter, né? Aqui na unidade, por exemplo, é... a gente encontra muitas dificuldades nessa unidade. Dificuldades, a gente é... Um idoso que a gente encaminha pra cá, muitas vezes ele não é bem atendido. E tudo que acontece... A gente coloca a nossa cara lá na rua e então tudo de mau que acontece, nos somos os primeiros a estar ali ouvindo, as coisas, as primeiras queixas, né? O mau atendimento, uma mal acolhida, nós somos os primeiros a estar ouvindo essas queixas, né? E... são essas dificuldades, não tem retorno do nosso trabalho”. (ACS 6)

Por estarem na comunidade com as famílias e usuários do sistema de saúde, estão mais predispostos ao enfrentamento das reclamações dos usuários em relação ao serviço, e são colocados pelos profissionais de

saúde e usuários, como também se colocam na posição de mediadores para o destempero que ocorre nas relações entre usuários e a UBS.

Peres⁵³ elucida que a dificuldade dos serviços em obter a integralidade do cuidado e a articulação dos diferentes níveis de atenção, acompanhada das fragilidades do sistema de referência e contra-referência, ocasionam interferências no trabalho dos ACS, que se deslocam aos domicílios e são questionados em relação às necessidades não atendidas.

Mesmo com essas dificuldades que os ACS enfrentam na composição de seu trabalho, ainda existe a expectativa de que o SUS, representado em âmbito local pelas UBS, seja, de fato, um sistema de saúde humanitário e resolutivo, proporcionando a prevenção e o tratamento das enfermidades da população.

“Eu tenho mesmo uma família que a moça, ela está numa depressão profunda, e ela está tratando pelo convênio, mas eu falei pra ela: você não quer ir para o SUS? Pra ver se tem um jeito, porque já fazem vários... tempos que ela está assim. E ela está no fundo do poço mesmo. Eu falei: quem sabe, você no SUS você vai ter”. (ACS 7)

“Tanto é que assim, esse mês mesmo eu mandei acho que quinze mulheres pra passar no ginecologista. Sabe aquela coisa assim, que tem mais acesso, você não precisa ficar pegando fila, de vez em quando a gente pode marcar. Mas assim, elas estão vindo mais, né? Então está assim, mais tranquilo. Aos poucos está dando pra mudar, mesmo porque o atendimento aqui está melhorando muito, né?” (ACS 11)

Os ACS defendem plenamente os direitos dos usuários em relação ao acesso aos serviços de saúde e mencionam a melhora do sistema quando o acesso ao serviço foi conquistado.

5.2.1.5 A sobrecarga do enfermeiro

A carga excessiva de trabalho destinada ao enfermeiro foi mencionada como fator dificultoso para os sujeitos executarem a prática cotidiana, deixando evidenciado que essa não se deve ao fato de o enfermeiro não se responsabilizar por suas ações, e sim pelo excesso de atividades que lhe são designadas.

Ao mencionar essa dificuldade, eles a correlacionam à falta de recursos humanos, destacando que apenas um profissional não é suficiente para atender a todas as demandas que são trazidas pelos ACS e outras encontradas na UBS. Essa dificuldade do enfermeiro em corresponder a todos, traz-lhe certa insatisfação, podendo estar relacionada à perda da credibilidade da família para com eles.

“São muitos acamados pra enfermeira cuidar e não dá tempo, né? Então assim, é isso daí o, porém. Aí, é não veio, já deu o mês, não é que são muitos não dá mesmo pra ela dar conta. Pra uma enfermeira só não dá” (ACS 2).

“Eu sei que pra ela é difícil, que pra ela aqui tem muito mais serviço, não dá pra ela fazer visita pra todos os pacientes...” (ACS 5)

O oposto a esta situação, ou seja, quando o enfermeiro está presente nas visitas domiciliares, é relatado pelos ACS como fator de conquista. Inúmeras expectativas são depositadas nas visitas do enfermeiro, por ser este um profissional técnico e representar o serviço de saúde, sendo esperado, portando, que ele possa corresponder aos anseios da família, levando o conhecimento técnico específico e buscando resolver os problemas encontrados nas mais diversas situações.

A importância da moça, da enfermeira. Olha na hora que a gente chega com a enfermeira numa casa, é difícil você não ouvir: um anjo chegou, de tão carente que a população é, tantos problemas (ACS 3).

Wai¹⁶ identificou que a sobrecarga de tarefas da enfermeira, é apontada pelos ACS como o principal motivo da falta de supervisão. Esta supervisão é considerada pela autora como uma atividade importante para discussão das adversidades encontradas no cotidiano do trabalho, como também representa um espaço para reflexão, onde a enfermeira pode avaliar a necessidade de informação, capacitação e educação continuada.

Em nosso local de estudo, o enfermeiro supervisor dos ACS está inserido em uma UBS, cumprindo atribuições específicas destinadas a eles, às vezes tomados pela rotina da unidade, principalmente quando há falta do enfermeiro responsável pela atividade. Além disso, é responsável por um grupo numeroso de ACS, com média de 20 a 30 por equipe e conseqüentemente um número significativo de famílias.

O Ministério da Saúde, publicou através da Portaria GM 648 de 28/03/2006, as atribuições do enfermeiro do Programa de Agentes Comunitários de Saúde:

- planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
 - supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções;
 - facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada;
 - realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;
 - solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
 - organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS;
e
 - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS ¹².
-

Também já foi mencionada neste estudo que a mesma Portaria estipulou a composição da equipe do PACS, sendo um enfermeiro para no máximo 30 ACS.

Apoiando-nos nas discussões provocadas até o momento dessa pesquisa, no tocante à prática cotidiana da assistência dos ACS, elucidamos que ela os direciona para o olhar minucioso das questões subjetivas. Ao executarem essas ações, os ACS enfrentam dificuldades e diversidades que precisam ser compartilhadas e canalizadas ao enfermeiro, com o objetivo de buscar as referências necessárias para a solução dos problemas. Ao mesmo tempo, esse mesmo profissional está inserido em atividades assistenciais e gerenciais dentro da UBS e no domicílio, como também nas atividades de educação em saúde com a comunidade, demandando grande parte do seu tempo para essas ações. Então é possível justificar a queixa apresentada pelos ACS, a partir das inúmeras demandas conferidas ao enfermeiro, ficando difícil estabelecer um planejamento sistematizado e ordenado para contemplar as necessidades explicitadas. Além disso, a queixa maior parece estar relacionada à dificuldade do enfermeiro em executar as visitas domiciliares, principalmente aos pacientes dependentes de cuidados, os acamados. É possível que, nestes casos, os ACS sofram algum tipo de pressão dos familiares ou cuidadores que se responsabilizam pelo cuidado domiciliar desses pacientes. A visita do enfermeiro tem caráter instrutivo, cujo objetivo é tranquilizar e orientar tecnicamente sobre os cuidados com o seu ente familiar, justificando a forma como tanto os usuários e familiares, como o próprio ACS a solicita categoricamente.

5.2.1.6 A rejeição sentida pelos ACS

Diante as dificuldades encontradas em executar sua prática diária, os sujeitos relatam que a postura de alguns usuários em não aceitarem o trabalho dos ACS é um elemento desencadeador do insucesso de suas práticas de assistência. Para os sujeitos, essa questão se deve ao fato de os usuários não entenderem o objetivo do trabalho e o delineamento das propostas geradoras das ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças. Os discursos sugerem que este fato pode estar relacionado à resistência dos usuários às estratégias inovadoras de saúde, bem como à falta de tempo em receber os ACS no domicílio. Nas falas podemos perceber o sofrimento vivido pelos ACS pela rejeição do usuário ao seu trabalho.

“Estou com uma gestante que quer ver o capeta, mas não quer me ver. Não conheço a mulher. Vi ela uma vez. Cadastrei. Ela não quer passar os dados. Vou na casa dela e ela não me atende... Pra mim parece que o meu serviço não está valendo nada. Olha que eu fui lá, expliquei para ela. Falei pra ela do meu serviço, que eu podia ajudar ela mais pra frente, quando o neném tivesse nascido. Pra ver uma data de vacina, se tivesse um remédio que ela tivesse que passar no médico eu trazia o remédio pra ela. Mas mesmo assim, ela não quer... ontem eu passei na casa dela o filho dela falou pra mim que estava de oito meses já...e eu vi ela no primeiro mês, não vi mais!” (ACS 5)

“Perante as dificuldades, porque às vezes você encontra pessoas que são... nossa! Que te deixam lá embaixo, no chão! Que não quer abrir a porta, você sabe que ele está ali, mas ele não quer abrir a porta. Quando abre te trata com uma má educação fora do comum. Eu falo pra ela assim: Isso pra mim é o fim, né? E isso acaba comigo e com as outras também! E isso acaba me desanimando, né? E você acha que isso nunca acontece, mas acaba... Mas ao mesmo tempo viu um que te deixa lá em baixo, você encontra cinco, seis lá que te... que te aceita, que te recebe muito bem, que fala que é importante, né? Então isso é gratificante, isso é muito bom” (ACS 12).

Para os ACS, a aceitação do seu trabalho pelos usuários tem significado profundo no que diz respeito à gratificação no trabalho e, por outro lado, na geração de sofrimentos. É evidente, nos discursos, um empenho e uma dedicação exaustiva, que são dirigidos aos usuários na tentativa de sensibilizá-los para as atividades realizadas pelos ACS. Parece existir certa produção imaginária do paciente idealizado, associada à idéia de que a experiência de anos de trabalho não permite aceitar a rejeição e a reprovação de suas práticas. Os sujeitos são enfáticos ao explicitarem que essa atitude dos usuários é inadmissível para o cumprimento de suas metas de trabalho e não se conformam em não conseguir acessar aquele domicílio e aquela família.

“É a aceitação da pessoa, né? Ela querer te atender... né? Porque eu encontro isso na minha área em algumas casas, assim que não querem me atender, mesmo depois de tanto tempo, né? Quatro anos e pouco... e a pessoa não quer te receber... ou fecha toda casa pra te atender só no quintal, entendeu? Então essa é a maior dificuldade. Você tem que ficar pedindo todo o mês para entrar, entendeu? Já tem uma que: Ah! É você! Tudo bem! Entra!... Você já entra pela sala, já sai pela cozinha e já vai no quintal, pronto! Está resolvido, né? Mas não... fecham a porta mesmo, prendem o cachorro dentro de casa... pra você não entrar. Então é duro... Mesmo depois de tanto tempo. E eu tenho gente, é incrível! Que abre o vitrô, te olha, fecha o vitrô e não te atende. Isso joga você lá embaixo, auto-estima, você fica frustrada, você acha que o seu trabalho... além de não estar sendo reconhecido... não tem o porque, né? Isso é complicado. Isso te... baqueia bastante, pelo menos pra mim”. (ACS 8)

Segundo Meira⁵², a maioria dos ACS relatam ter dificuldades em manter relações interpessoais com os usuários e percebem falta de compreensão das dificuldades, da dedicação e do empenho a eles dispensado. Também foi observado no mesmo estudo, que esse fato ocorre com maior frequência com os moradores de maior poder aquisitivo, dificultando as ações dos ACS na família.

... ela passa a gostar de você, às vezes ela num queria você ali. Ela tinha problemas, vocês foram convencendo ela. Aí você vê resultado disso na pessoa, ela passa a ter você como aliada dela, né? Está sempre te procurando... Oh, você pode fazer isso pra mim? Você ganha um amigo, né? ... Uma vizinha... ela meio que estava resistente... Não eu tenho convênio, não quero! Aí a outra vizinha foi e falou: Não, mas o trabalho dela é muito importante! Eu não conhecia, mas eu gosto dela, porque ela fez isso pra mim! E ela está sempre passando, às vezes eu estou sozinha a gente conversa, eu passo o tempo! Eu achei um resultado positivo, um vizinho passando pro outro, né? Levando conhecimento pro outro vizinho! (ACS 10)

Desse modo, o tempo de serviço caracterizou-se como fator facilitador para o processo de aproximação do ACS às famílias assistidas.

Outro ponto a ser discutido em virtude da aceitação do usuário ao trabalho dos ACS, está relacionado às questões socioeconômicas das famílias e aos equipamentos de saúde acessados por eles. Nos relatos abaixo apresentados, evidenciamos uma negação constante quando os ACS têm que adentrar o ambiente domiciliar. A família que têm acesso a serviços privados justifica a negativa de aceitação do SUS, dizendo ter acesso a planos de saúde e não precisar dos serviços prestados pelos ACS.

“A maior barreira é também em relação às pessoas idosas. Assim, principalmente as que vivem sozinhas. Num gostam de abrir a porta pra gente, tem medo de ser um ladrão, não conhece o trabalho, né? Até você explicar o que que é o seu trabalho, ele entender, leva tempo, né? Eu acho que essa é a maior barreira. Tem as pessoas também que tem convênio médico, que acha que não precisa do SUS, não precisa do agente comunitário, né? Não gostam de deixar a gente entrar... As pessoas estarem entendendo o nosso trabalho, né? Que a gente tem que fazer o trabalho, que tem que ser daquele jeito, né? Às vezes quer que a gente passa correndo... Ah, eu to com pressa, fala rapidinho! Mas não pode ser assim, não tem como ser, né? Rapidinho... Eu acho que essa é a maior barreira. E das pessoas que tem convênio, que acha que não precisa do agente comunitário, que acha que o agente comunitário só ta ali pra marcar consulta e pra levar no posto, só isso... eu acho que é essa!” (ACS 10)

“Ah... além da aceitação, dependendo do morador, que não são todos que tem boa aceitação, que assim, eu encontro muito assim, que a pessoa acha que ela tem convênio, ela não precisa ser cadastrada, principalmente como gestante, é a maior dificuldade que eu tenho é de cadastrar gestante que tem convênio, que ela acha que ela não vai precisar da unidade. Ah eu vou todo o mês no meu médico então eu não vou precisar” (ACS 9).

Nas falas apresentadas pelos sujeitos, fica evidenciado que os ACS possuem um bom entendimento sobre as diretrizes do SUS, principalmente sobre universalidade e integralidade. De modo que, baseando-se nessa perspectiva, ele tenta convencer o morador a compreender a importância do seu trabalho para ele, para a sua família e para toda a coletividade. Também fica explicitado que os ACS consideram essa população desinformada a respeito do seu papel perante os serviços de saúde, pois se referem aos ACS somente como facilitadores do acesso.

5.2.2 A importância do trabalho dos ACS para a população assistida

Há um núcleo central pertinente a essa temática nos discursos apresentados pelos sujeitos, que nos permitiu elucidar o modo como os ACS identifica a importância do seu trabalho para a população assistida por ele.

Para emanar essa discussão, foram estruturadas as seguintes categorias: a dependência dos ACS e os ACS como ponte entre os usuários e os serviços.

5.2.2.1 A dependência dos ACS

Observamos que existe intrinsecamente e extrinsecamente um elo muito forte entre os ACS e as famílias, podendo assim, ser esse um fator primordial na influência da dependência mútua. Isso é, embora exista uma luta pela conquista da autonomia do usuário, por outro lado, os relatos sugerem uma necessidade de os sujeitos sustentarem tal dependência.

“É a gente sai de férias um mês a gente não tem sossego, fulana chama, porque ali ela acostumou tanto que um mês faz falta. Então importante assim pra mim, saber assim, por exemplo, lá na casa da Dona Sebastiana, olha você estava de férias, o seu Joaquim quebrou a perna, meu Deus, coitado” (ACS 3).

“Eu acho que é de suma importância o papel do Agente Comunitário porque no que diz respeito a prevenção, a promoção e o vínculo que ele é, acaba adquirindo com o ACS, que eles ficam muito assim, dependente do ACS, as pessoas idosas que eu mais acompanho, né? Então eles sentem falta quando a gente tá em férias ou faz um trabalho fora, eles sentem muita falta” (ACS 1).

“A família gosta muito do que eu faço e até fala que eu estou demorando demais, mais não é. Uma vez por mês, só se ela precisa mais, a família precisa mais, a gente volta várias vezes. Agora nisso eu me acho sim muito importante fazer o meu trabalho. Eles passam, a conversa ali comigo, vai e eles fala que eles gostam muito do meu jeito porque eu sei resolver o problema deles. Confiança. Se eu falo assim brincando com eles assim, ah eu vou sair dessa área, eles falam que vão fazer baixo assinado pra mim não sai” (ACS 2).

“Ou quando você, por exemplo, quando a gente sai pra mutirão, fala: puxa vida você sumiu, o que aconteceu, achei que tinham tirado você daqui! Você faz falta! Isso é importante!” (ACS 8)

“Eles falam assim: O que seria de nós se não tivesse você! Às vezes nem pra levar um remédio, ou pra pegar o cartãozinho pra marcar uma consulta” (ACS 12).

Diante o exposto, conforme observamos a dependência do usuário em relação ao agente, neste caso, torna-se parte do trabalho dele, que enxerga essa dependência como um processo “natural” e importante para o seu trabalho. Também fica evidente a posição de onipotência sentida pelos ACS perante sua comunidade.

Wai¹⁶ observou que, em algumas situações, os agentes sentem ter perdido a liberdade dentro do bairro, devido à pressão da própria comunidade, que os reconhece como aliado e o procura ininterruptamente como porta-voz de suas necessidades. Nesta perspectiva, a autora discute que o papel social dos ACS, vistos como solidários, permite interpretações equivocadas, sendo estes abordados independentemente do horário de trabalho, em qualquer lugar onde estejam.

Peres⁵³ ressalta que, em busca de resolver os problemas da comunidade, os ACS são induzidos a reproduzir ações de cunho assistencialista, agindo de forma paternalista ao invés de tomar atitudes que promovam a autonomia da comunidade.

Outro aspecto importante a ponderar é a questão da dificuldade em separar o profissional do ser humano na pessoa dos ACS, que carregam consigo, a carga do sigilo a ser mantido de maneira permanente. Segundo Fortes & Spinetti⁶², ao abordarem a questão do agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários, ressaltam que:

[...] esse novo modelo assistencial traz uma importante questão, outrora não existente, referente à privacidade do próprio agente comunitário, ou seja, como preservá-la enquanto morador de uma determinada comunidade, já que, se está nessa função em certo momento, isto não significa que nela continuará por tempo indeterminado, mas continuará sendo morador e vizinho, ainda que deixe a função.

Desta forma, podemos destacar que, embora não tenha sido apontado pelos ACS um sofrimento em relação à dependência do usuário, Lunardelo⁹, Martines¹⁷, Wai¹⁶ e Jardim⁵⁴ demonstram que esse fator pode desencadear algum tipo de estresse no trabalho, principalmente, relacionado à perda da liberdade deste profissional enquanto morador daquela comunidade.

A fala apresentada abaixo relaciona o tempo de serviço e a experiência com as famílias, com a dependência gerada.

(...) depois de tanto tempo que a gente tá, a gente percebe a importância do nosso trabalho pra eles, pelo o que eu te falei, da gente estar de férias e eles sentirem muita falta. De mandar ligar, mandar perguntar e de falar dá uma vontade de botar uma faixa de seja bem vindo. Isso é gratificante... A gente até ouve falar que não se vive mais sem você, eles falam” (ACS3).

Entretanto esse aspecto nos faz pensar que, na visão dos ACS quanto mais tempo eles se dedicam às famílias, mais reconhecidos eles serão, mais confiança e dependência os usuários terão com relação a eles. Parece não estar muito distante do esperado pelo Ministério da Saúde, onde podemos realçar tal discussão, referindo-nos novamente às atribuições descritas aos ACS na Portaria 648, dentre as quais destacaremos as duas que melhor enfatizam esse aspecto:

[...] estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando a promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe e acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe [...] ¹².

No discurso abaixo, pode ser observada essa necessidade da presença constante do ACS nos núcleos familiares:

“Na minha opinião o que mais... o que mostra mesmo que é importante eu estar ali, que eu penso um dia em sair, o que eu penso que ali eu sou importante e que ali eu vou fazer falta”.(ACS 9)

Segundo Martines¹⁷, ficou evidenciado em seu estudo que a dificuldade do ACS de estabelecer limites pode gerar renúncia, resignação e sacrifício, sendo necessário reconhecer e analisar esses fatores de forma cuidadosa, a fim de diferenciar a empatia disfuncional da funcional.

Para Jardim⁵⁴, o eixo principal do sofrimento dos ACS está relacionado ao fato de eles residirem na mesma comunidade e estarem em constante contato e exposição. Conforme a autora em seu estudo, mesmo que o sistema de saúde atendesse de forma adequada as necessidades da população, ainda haveria a solicitação dos serviços dos ACS, por parte dos usuários, a qualquer hora do dia ou da noite, e estes continuariam a interpelá-los na rua, no supermercado, na feira, em qualquer lugar. A autora também enfatiza que, devido à militância e ao voluntarismo destes profissionais, a população associa o trabalho e a disponibilidade dos ACS a um serviço oferecido 24 horas ao dia. É o que se depreende da fala do sujeito:

“E elas sentem falta. Eu fiquei afastada, fevereiro, depois março, né? da metade, pra estar trabalhando só na dengue. Entrei de férias, então eles iam na minha casa, perguntar né? Se eu tinha saído, e agora minhas visitas, estão assim... estão sendo longas, porque eles querem falar tudo, né? ...esse tempo perdido, e elas gostam muito, agradecem muito mesmo!” (ACS 7)

No estudo realizado por Wai¹⁶, ficou evidenciado que a gratificação dos ACS pelo seu trabalho pode estar relacionada não só à compensação ou comparação positiva ao visitar uma família que segue o

programa e progride no seu cuidado, como também ao seu entendimento de que o trabalho implicará certa perda de privacidade dentro do bairro, ganhando no quesito de notoriedade e de sua importância para a população.

Para Bachilli et al.¹⁹, porém a gratificação da população ao trabalho dos ACS ocorre pela disponibilidade destes em conversar, orientar, conhecer pessoas e ajudá-las.

“Eu acho que eles ficam vulneráveis quando não tem o agente comunitário de saúde” (ACS 11).

“Elas falam que a gente é o anjo da guarda delas... Então é muito importante!” (ACS 7)

A discussão da dependência dos usuários pelos ACS, evidenciada nos discursos, permeiam ambigüidades principalmente no que se refere aos conceitos de autonomia. Identificamos, em nosso estudo, que o ACS está ciente da sua importância em informar e orientar a população quanto aos seus direitos e deveres, reforçando e desenvolvendo a cada momento e oportunidade, o exercício da cidadania que deveria estar imbuído em cada usuário do SUS. Porém, identificamos uma forte importância dada pelo ACS à dependência gerada entre as partes, ficando ilustrada a satisfação que gera essa dependência.

Contrapondo-se a essa nossa realidade, no estudo realizado por Peres⁵³, ficou evidenciado, na fala dos ACS, que o paternalismo para com a população, presente nas ações de cunho estritamente assistencialista, inibe a busca de soluções às suas próprias necessidades de saúde, dificultando, assim, o trabalho do ACS.

5.2.2.2 O ACS como ponte entre os usuários e os serviços

Na discussão sobre a essência do trabalho dos ACS, evidencia-se o olhar do ACS sobre o próprio trabalho, correlacionando-o principalmente com a facilitação do usuário em acessar o serviço. Além disso, é explicitado que os ACS possuem uma condição de saber traduzir de que a família ou usuário está necessitando no momento, funcionando assim, como uma ponte importante e necessária no processo da assistência.

“Porque a gente que vai no dia a dia na casa, a gente encontra, mais a gente vai indo, com uma conversa aqui, sabe explicar, porque a gente sabe como é que é, e no fim, se trata melhor e se precisa de uma consulta, que não seja rápido, se for por uma coisa assim que ela dá pra espera, a gente conversa com a diretora do posto, ela carimba e a gente vai no balcão marca, mas no dia que pode, né?” (ACS 2)

“Mas nós como conhecemos nossa micro-área, a gente já sabe que numa determinada casa, você não pode só orientar, você tem que dar uma disfarçadinha e dar uma entradinha” (ACS 3).

É possível destacar, nas falas apresentadas, que os ACS estão constantemente sinalizando busca para a supressão das necessidades do usuário, sejam elas de cunho social, econômico, relacionado à saúde ou a outros fatores. Ele vivencia situações com as famílias, que são reconhecidas por ele, pois faz parte daquela comunidade e sente uma grande aproximação neste processo por saber das necessidades que afligem a todos.

Podemos, também, assinalar que, embora a relação entre usuário e ACS foi entendida nesse estudo como primordial para a efetivação do seu trabalho, fica explicitado na fala a seguir que ainda existem dúvidas a

permearem as atividades cotidianas dos ACS. Outra questão importante também já evidenciada em outros estudos, retrata a aproximação, ou, se não, pelo menos a tentativa dos ACS em se iguarem a profissionais de cunho técnico como os auxiliares ou técnicos de enfermagem.

“(...) nós não somos Agentes de Saúde? Quando a gente entrou a gente podia marcar consulta para os pacientes da gente, que é idoso, que é hipertenso, que é cadastrado... Só que agora a gente está sendo barrado. Isso afeta, porque você chega na casa quando a gente começou passar você podia fazer, você sabia o que você podia fazer. Agora as pessoas falam: Ah você pode? Ah não posso porque não está podendo mais. Com que cara você fica? O outro pedaço ficasse a desejar” (ACS 5).

“Um remédio eu encontrei aqui no posto o outro eu não achei, aí eu fico atrás da Z. e, ela fica atrás de remédio pra mim. Não vai achar Benerva, eu acho outro com os mesmos sais, com outro nome. É assim correr atrás. Às vezes o papel do Agente Comunitário, é ter dó e comprar o remédio, tirar do bolso, chegar... e como a gente vive em comunidade na igreja, fala: Gente tem fulana que está precisando de uma cesta básica! Tem pessoa que está precisando de fralda! Mobiliza a população pra ajudar a gente naquele caso. E a sorte que a gente está numa micro-área tão boa, que a gente já está a tantos anos que a gente consegue” (ACS 4).

“Desde um remédio que você leva, quando o acamado precisa, alguma coisa.” (ACS 9).

Segundo Lunardelo⁹, a falta de certeza no processo de formação dos ACS tem-no levado para a área da enfermagem, e esse processo da formação de técnicos em saúde, como os auxiliares e técnicos de enfermagem, desencadeia uma forte conotação do modelo de saúde hegemônico.

Em busca das diversas alternativas para sanar o problema das famílias e diminuir o sofrimento do outro, os ACS procuram os recursos existentes na própria comunidade; e quando essa busca não se processa de maneira satisfatória, sensibilizado a tal ponto, acaba oferecendo seus bens para usuários, doando alimentos, roupas e até seu próprio dinheiro.

Peres⁵³ ressalta que, em decorrência do vínculo dos ACS com a família assistida, em que eles presenciam pobreza e desigualdade social, afloram ações paternalistas, como o oferecimento de bens materiais, na tentativa de diminuir o sofrimento do outro e as suas próprias angústias frente a estas situações.

Para Meira⁵², os ACS sentem-se valorizados pela confiança que os usuários depositam nele. Porém esse pode ser um fator responsável pelo seu aprisionamento, levando até, em alguns casos, à renúncia da sua própria vida.

Na perspectiva de Lunardelo⁹, o sofrimento dos ACS é gerado pela cobrança institucional para o cumprimento de suas tarefas, como também pela própria comunidade por reconhecê-lo e buscá-lo a todo o momento como porta-voz de suas necessidades.

“Às vezes querem dar até presente pra gente, né? Eu tenho que falar que não eu só fiz o meu trabalho. Eu fiz o que eu tenho que fazer. Eu recebo pra isso, não precisa se preocupar com nada. Só de você me receber na sua casa, como você recebe. Eu também fico agradecida porque eu tenho que passar aqui todo o mês, mesmo que tiver tudo bem, que não precisar de mim, mas eu tenho que vir, ver a família como está, se vocês estão bem, se estão todos bem, se as crianças estão na escola... Eu já fazia esse serviço assim mesmo sem ganhar, a gente trabalhava na Pastoral na igreja, então eu já fazia isso gratuitamente, o fato de acompanhar os doentes, os

acamados. Então é uma coisa que eu gosto de fazer sabe? Quando as pessoas precisam a gente pode de estar ajudando e com o trabalho ficou melhor ainda, né? Ficou tudo de bom” (ACS 4).

“Bom, pra mim é quando eles chegam em mim e falam: muito obrigado, deu certo! Só isso! Pra mim não precisa mais nada! Eles falam assim: no final do ano eu vou te dar um presente. Eu falo assim: não quero nada... você pedindo pra Deus pra mim está ótimo, pra mim continuar do jeito que eu estou, louca, né?... Pra mim, ser agente comunitário você tem que ter várias coisas. Você tem que ter perfil, né? Ter ética, não sair daqui e falar ali na casa do vizinho o que aconteceu na casa do outro. E gostar do que faz. Eu gosto. Quando você gosta, você gosta, quando você não gosta, não tem jeito. Eu gosto do que eu faço... Ser agente de saúde eu acho que tem que gostar principalmente... tem que lidar com... doenças, internação, aborto...” (ACS 5)

Nos discursos evidencia-se, também, o sentimento de poder e onipotência perante as situações e as dificuldades encontradas.

“E ela é resistente... Briga com a mãe, briga com o pai, briga com todo o mundo. Só comigo que ela não brigou ainda” (ACS 5).

“Porque é nós, agentes de saúde que acaba, dando, colocando a cara lá, falando de tudo do que é... do que é preciso, estar vindo no médico sabe, promovendo porque se a pessoa esta doente pra ela não ficar mais” (ACS 9).

“Por exemplo, se é uma casa muito suja, se tem bastante... você vê que vai melhorando, mês após mês, entendeu? Ou quando a pessoa te solicita, sendo que você já passou na casa dela, e ela te chama por algum motivo ou outro, que você realmente se sente útil... não só pra você marcar uma consulta, ou tentar alguma coisa, mas alguma coisa dela mesmo, entendeu? Às vezes querer contar algum problema, né? Isso você vê que... que você está sendo útil, que a pessoa precisa de você. Porque eu acho muito frustrante você passar, por exemplo, eu tenho cento e cinquenta e cinco e ninguém... falar nada, né? Não saber de nada que você faz, ou não poder contar com você pra nada, aí fica, né? Invisível, né?... Acho que é o melhor quando a pessoa sabe... te dar presentinho... é gostoso também (risos)” (ACS 8).

Nunes et al⁵⁷ ressaltam que as práticas biomédicas, exemplificadas pelo poder dos ACS em marcar consultas para os usuários, podem gerar experiências e resultados negativos, levando a população a reconhecer essa prática como geradora de privilégios.

A sensação de poder ajudar a comunidade e ser reconhecido por ela mediante esse ato, é possivelmente um fator responsável por estresse, devido ao comprometimento excessivo com os problemas encontrados.

“(...) quando tem o Agente Comunitário de Saúde, né? A gente começa assim, a mostrar como que é, principalmente mostrar o SUS, né? Quando eu mesmo descobri como era o SUS, eu comecei a falar pra eles, a falar das facilidades, das coisas que eles podem ter mais acesso e alguns ficam mais animados, né?... Me torno assim, uma ponte mesmo assim entre a população e a unidade... E eu acho que tendo alguém fora daqui, que esteja representando a UBS lá fora, faz com que as pessoas se sintam mais esclarecidas, do funcionamento daqui. Eu estando passando lá, não é por panos quentes, mas é esclarecer mais, é pra incentivar um pouquinho mais, né?... Porque assim, até mesmo final de semana, às vezes eu fico pensando... (risos). Eu quero cuidar da minha cabeça... né? Então assim, dá a sensação que eles estão vulneráveis, sabe? É essa sensação que eu tenho. Assim, né? Às vezes a gente está indisposto, sair de casa, pra trabalhar, e não está disposto pra trabalhar, mas mesmo assim você faz por amor a eles. As vezes a assistente social vem com aquele papelzinho e fala: Ah você entrega esse encaminhamento? Da vontade de não entregar, porque às vezes é coisa tão fora da sua área, só que a gente pensa naquelas pessoas que estão esperando há muito tempo, então... é isso” (ACS 11).

Para Lunardelo⁹, a satisfação gerada pelos ACS em relação ao próprio trabalho, está ligada ao fato de este proporcionar seu crescimento humano, diante das questões de valorização da vida e da condição da mulher, da qualidade de vida e das mudanças das relações pessoais e interpessoais.

A percepção que têm os ACS a respeito de sua prática profissional e os conceitos éticos, aparecem, no discurso, como fatores essenciais para o trabalho, pois participam as informações dos usuários para a equipe de saúde e vice-versa.

“Então, assim, eu acho importante esse elo que nós temos, porque nós estamos num lugar privado, que é a casa de cada morador, e ali a gente tem a liberdade de tanto levar as informações e de trazer as informações pra a unidade de saúde” (ACS 9).

Lunardelo⁹ enfatiza que os ACS possuem uma particularidade muito grande ao exercer suas funções, pois respeitam o território privado, penetrando-o apenas com a permissão da família e fazendo grandes esforços para preservar essa conquista.

Mediante todas as questões expostas, podemos considerar que na ótica dos ACS, há uma valorização sobre a importância do seu papel à população assistida, principalmente no que se refere à solução das necessidades de saúde da população. Assim, fica ilustrado que ele sente-se responsabilizado e comprometido com a fortificação do elo entre os serviços de saúde e os usuários.

6 Considerações Finais



As propostas de construção e delineamento do papel dos ACS no SUS têm sido estudadas por pesquisadores, que, ao se interessarem pela temática, debruçam-se em conteúdos que envolvem as questões mais subjetivas peculiares a estes profissionais, objetivando contribuir com a qualificação do sistema de saúde do nosso país.

Pensar no trabalho dos ACS traz-nos inquietações, anseios, dúvidas e conflitos, tanto pessoais como profissionais que envolvem questões sensíveis ao nosso entendimento, como, por exemplo, vivenciar, no cotidiano do trabalho, situações de pobreza, de desigualdade social, de violência, de abandono e de doença.

Desta forma, o presente estudo teve, como objetivos, identificar as representações dos ACS acerca de suas práticas de saúde, conhecer as dificuldades sentidas pelos ACS no exercício da prática cotidiana da assistência e desvelar como os ACS identificam a importância do próprio trabalho, para a população assistida.

Ao mergulharmos nos discursos apresentados pelos sujeitos de nossa pesquisa, pudemos observar que os ACS declararam, de forma ostensiva, a importância do vínculo na sua prática diária. Na maioria dos relatos, ficou explícito que, sem a credibilidade e a confiança das famílias e dos usuários frente ao seu trabalho, não há efetivação de ações.

A importância dada pelos ACS no estabelecimento do vínculo em relação aos usuários nos encanta e ao mesmo tempo nos preocupa, pois é evidente, nos discursos, a dificuldade para o estabelecimento de limites entre

as ações exigidas pelo trabalho e a extensão da solidariedade inerente às ações de saúde. Ficou evidenciado, neste estudo, que os ACS são capazes de romper barreiras sociais, econômicas e até éticas, embora não esteja estabelecido nenhum código para a profissão. No entanto esse ímpeto na prática da assistência também pode favorecer os sentimentos de frustração e de angústia, conforme foi demonstrado nos relatos ouvidos. Vemos que a busca pela solução dos problemas encontrados na comunidade faz os ACS confrontarem-se com a carência de ações resolutivas nos serviços, seja de forma intersetorial ou no próprio serviço de saúde.

Outro aspecto desencadeador de fatores estressantes para os ACS está relacionado à forma como os usuários são tratados pelos profissionais que atendem na UBS. É evidente que esse confronto esteja presente, pois, conforme declarado seu trabalho depende do vínculo com a população, e então fica inaceitável que haja por parte de outros profissionais comportamentos desumanos e desrespeitosos com os usuários.

Perante essa questão, compreendemos que se faz necessário um melhor entendimento sobre as concepções dos profissionais de saúde, sobre suas limitações, autonomia, conceitos, para, assim, facilitar a relação usuário-paciente.

Portanto, nesta perspectiva da integralidade, propõe-se a agregar nas ações de saúde, além de atitudes puramente técnicas, comportamentos e atitudes como olhares, escutas, dizeres, toques e percepções que possam ajudar a identificar as dores, os sofrimentos, as necessidades ou demandas de saúde.

De acordo com as falas dos sujeitos ouvidos e os princípios teóricos que enfocam o acolhimento, o vínculo e a humanização, podemos considerar que há necessidade de os serviços de saúde discutirem de forma congruente sobre o assunto, com o propósito de melhorar a qualidade da assistência e a resolubilidade das ações.

Para tanto, julgamos que é imprescindível o alerta para que os ACS não sejam impelidos ou instigados ao domínio absoluto das questões técnicas, o que já ocorre com eles em relação à pressão sofrida para contribuir com o controle do mosquito *Aedes aegypti*. A dimensão técnica exigida para o cumprimento dessas ações, estabelecidas pelo sistema local de saúde, como também pelas diretrizes nacionais, pode ser um futuro elemento desencadeador do distanciamento dos ACS das questões sociais e políticas.

Foi mencionado pelos sujeitos, como fator de estímulo, satisfação e gratificação pelo trabalho, a resposta positiva dos usuários frente às orientações de prevenção de doenças e de promoção da saúde. Os ACS afirmam sentir-se úteis perante as mudanças favoráveis quanto às condições de saúde e de vida dos indivíduos e de suas respectivas famílias, principalmente quando estas foram desencadeadas pela sua prática de assistência voltada às orientações na comunidade.

Entretanto essas ações desenvolvidas pelos ACS são, muitas vezes, rejeitadas pelas famílias, o que dificulta e torna inoperante o cuidado ampliado com as famílias.

A resistência e a rejeição das famílias frente aos ACS desencadeiam sentimentos de frustração e sofrimento pelo trabalho, sendo este um fator agravante, pois interfere no resultado final do cumprimento de suas metas. Foi explicitado, através das falas dos sujeitos, que a relação entre usuários e ACS consolida-se com o tempo de serviço, ou seja, quanto mais tempo os ACS atuarem em determinada microárea, mais aceitação e sucesso do seu trabalho eles terão para com a população de abrangência.

O trabalho que o enfermeiro desenvolve no PACS é considerado pelos ACS como facilitador e articulador das relações dos usuários com os demais membros da equipe da UBS e até com os próprios ACS. Além disso, o saber clínico disposto pelo enfermeiro consegue, na visão dos ACS, corresponder a uma parte das necessidades de saúde da comunidade, o que os conforta frente ao sofrimento vivido pelas famílias.

Porém neste estudo foi identificado, pelos ACS, certa deficiência em tal processo, pelo acúmulo de funções a serem desenvolvidas pelos enfermeiros, uma vez que esses profissionais têm um número exacerbado de famílias sob sua responsabilidade e conseqüentemente, uma vasta dimensão dos problemas encontrados na comunidade.

Mediante essas questões, vemos que, acima de tudo, os ACS não devem limitar-se a executar ações com enfoque meramente técnicos e mecânicos, devendo ser o processo de qualificação e formação desses profissionais, uma construção ampla e sólida, abrangendo conteúdos que perpassem as dimensões sociais, políticas e técnicas.

Na busca pela valorização de sua identidade, os ACS tendem a alimentar a dependência gerada pelo usuário em relação ao seu papel, principalmente para favorecer-lhe o acesso aos serviços, seja para conseguir medicamentos, consultas, exames ou qualquer outro procedimento.

A dificuldade do usuário em acessar os serviços também é vista pelos ACS como aspecto dificultador do seu trabalho e, além disso, é um fator de sofrimento no dia-a-dia de trabalho.

Um aspecto importante que emergiu em nossa pesquisa, está relacionado ao bom entendimento e compreensão dos ACS sobre os princípios e diretrizes do SUS, facilitando seu papel de mediador, educador e comunicador perante os serviços de saúde e aos usuários.

Deste modo, podemos considerar que as políticas de saúde especificamente voltadas à assistência do indivíduo ou da família no âmbito da comunidade, os quais ocorre através da agregação dos ACS nos serviços de saúde, ainda se encontram em construção e podem ser consideradas imaturas as conclusões obtidas sobre as experiências existentes até o momento. Assim, as diretrizes e as normas estabelecidas para tal, funcionam como norteadoras desse processo, mas estão muito aquém, para responder questões mais subjetivas encontradas na assistência ao indivíduo-família-comunidade.

Todavia, torna-se importante considerar que, antes de mais nada, esses profissionais também são integrantes de outras relações pessoais e sociais básicas, fundamentais para a manutenção do equilíbrio do seu estado emocional frente ao trabalho. Assim, cada um procura, da forma como pode,

que considera melhor, e em que acredita, para dar conta das respostas jamais encontradas nos manuais técnicos do Ministério da Saúde, ou nos protocolos dos serviços, ou nas coordenações municipais ou nas recomendações das próprias enfermeiras supervisoras. É a vivência e a experiência de cada ACS que conduz a caminhos positivos e/ou de frustração do trabalho, sendo seus parceiros muitas vezes encontrados nas igrejas, nas associações de bairro, ou em outros espaços comunitários.

Acreditamos ser necessário desenvolver estudos que contemplem tal temática para a perpetuação dessa discussão. Isso pode impulsionar a busca de estratégias capazes de possibilitar a tão esperada e desejada consolidação dos princípios do SUS, sobretudo no que se refere aos aspectos abordados na universalização, integralidade e equidade.

Referências



-
1. Organização Mundial de Saúde. De Alma-Ata al año 2000: reflexiones a medio camino. Ginebra: OMS; 1991.
 2. Cunha JPP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde. Princípios In: Brasil. Ministério da Saúde. Gestão Municipal Saúde. Textos Básicos. Rio de Janeiro; 2001. p. 285-304.
 3. Brasil. Ministério da Saúde. Legislação do SUS. Lei 8.080/90 [homepage da internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1990 [acesso 10 ago 2006]. Disponível em: <http://drt2004.saude.gov.br/dab/legislação.php>
 4. Brasil. Ministério da Saúde. Legislação do SUS. Lei 8.142/90 [homepage da internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1990 [acesso 10 ago 2006]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/legislação.php>
 5. Carvalho BG, Martin GB, Cordoni LJr. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoni LJr, organizadores. Bases da Saúde Coletiva. Londrina: UEL; 2001. p. 27-59.
 6. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 6 nov 1996.
 7. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica [homepage da internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso 10 ago 2006]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab>.
 9. Lunardelo SR. O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto – São Paulo [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.
-

-
10. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7: 401-12.
 11. Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2002; 6(10): 84-7.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Legislação do SUS. Portaria GM 648, de 28 de março de 2006 [homepage da internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso 21 set 2006]. Disponível em: <http://drt2004.saude.gov.br/dab/legislação.php>
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Legislação do SUS. Lei 10.507, de 10 de julho de 2002 [homepage da internet]. Brasília Ministério da Saúde; 1990 [acesso 21 set 2006]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/legislação.php>
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Legislação do SUS. Portaria GM 2.527, de 19 de outubro de 2006 [homepage da internet]. Brasília Ministério da Saúde; 2006 [acesso 13 dez 2008]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria2527_19_10_06.pdf
 15. Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2002; 6(10): 75-83.
 16. Wai MFP. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
 17. Martines WRV. Compreendendo o processo de sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa Saúde da Família [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo; 2005.
-

-
18. Ferraz L, Aertes DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10: 347-55.
 19. Bachilli RG, Scavassa AJ, Spiri WC. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13: 51-60.
 20. Bornstein VJ, Stotz EM. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13: 259-68.
 21. Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41: 426-33.
 22. Ferreira ABH. Novo Dicionário Século XXI: o dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Série B. Textos Básicos de Saúde [monografia da internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso 21 set 2006] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf
 24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização [monografia da internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [acesso 20 nov 2007]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>
 25. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10: 599-613.
-

-
26. Matumoto S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.
 27. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência [monografia da Internet]. Belo Horizonte: Sistema Único de Saúde; 2007 [acesso 20 março 2007]. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/gids/perda.doc>.
 28. Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde [monografia da internet]. Campinas; 1999 [acesso 13 fev 2007]. Disponível em: <http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/textos/Cinaematocuidar.pdf>
 29. Campos GWS. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. Saúde debate. 1992; 37: 16-9.
 30. Freitas L. PSF como caminho: um olhar de quem cuida. 2ª ed. Santos: Comunicar; 2006.
 31. Malta DC, Ferreira LM, Reis AT, Merhy EE. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. Saúde Debate. 2000; 24: 21-34.
 32. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). Cad Saúde Pública. 1999; 15: 345-53.
 33. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2001; 6: 63-72.
-

-
34. Faiman CS, Danesi D, Rios IC, Zaher VL. Os cuidadores: a prática clínica dos profissionais de saúde. *O Mundo da Saúde*. 2003; 27: 254-7.
 35. Fracolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2004; 38: 143-51.
 36. Schimith MD, Lima MAD. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20: 1487-94.
 37. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2005; 9(17): 287-302.
 38. Chaves EC, Martines WRV. Humanização no Programa Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*. 2003; 27: 274-79.
 39. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Abrasco; 2001. p. 113-25.
 40. Stotz EN. Os desafios para o SUS e a educação popular. Uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades. In: VER-SUS/Brasil. *Caderno de Textos [monografia da internet]*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [acesso 10 mar 2007]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf
 41. Cecílio LCO. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2007; 11(22): 345-63.
-

-
42. Sena Chompré RR, Leite JCA, Maia CCA, Gonzaga RL, Santos FCO. O acolhimento como mecanismo de implementação do cuidado de enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2000; 5: 51-7.
 43. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Abrasco; 2001. p. 39-64.
 44. Bogdam RC, Biklen SK. *Investigação qualitativa em educação.* Porto: Porto; 1994.
 45. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
 46. Gil AC. *Projetos de Pesquisa.* São Paulo: Atlas S.A; 1996.
 47. Bardin L. *A análise de conteúdo.* Rio de Janeiro: Edições 70; 1994.
 48. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/02. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil.* 25 fev 2002.
 49. Brasil. Ministério da Saúde. Legislação do SUS. Portaria GM 399, de 22 de fevereiro de 2006 [homepage da internet]. Brasília Ministério da Saúde; 2006 [acesso 13 dez 2008]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>
 50. Queiroz MIP. *Variações sobre a técnica de gravador no registro de informação viva.* São Paulo: Coleção Textos; 1988.
-

-
51. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20: 12-7.
 52. Meira RMMBP. O agente comunitário de saúde: convergências e divergências, na percepção dos próprios agentes, dos médicos, enfermeiros e usuários do serviço [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2008.
 53. Peres CRFB. O trabalho do agente comunitário de saúde no município de Marília – SP [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2006.
 54. Jardim TA. Morar e trabalhar na comunidade: a realidade dos agentes comunitários de saúde [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007.
 55. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 27ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
 56. Oliveira FA. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2002; 6(10): 63-74.
 57. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública.* 2002; 18: 1639-46.
 58. Teixeira ER. A subjetividade na enfermagem: o discurso do sujeito no cuidado. *Rev Bras Enferm.* 2000; 53: 233-9.
 59. Guareschi P. Alteridade e relação: uma perspectiva crítica. In: Arruda A, organizador. *Representando a alteridade*. Petrópolis: Vozes; 1998. p. 149-61.
-

60. Machado AL, Colvero LA. O cuidado de enfermagem: olhando através da subjetividade. *Acta Paul Enferm.* 1999; 12: 66-72.
 61. Rodrigues MP, Araújo MSS. O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família [monografia da internet]. [acesso 10 jan 2008]. Disponível em: [http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf].
 62. Fortes PAC, Spinetti SR. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20: 1328-33.
-

Apêndices



APÊNCIDE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Para a realização da pesquisa “O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: REPRESENTAÇÕES E DIFICULDADES ACERCA DA PRÁTICA COTIDIANA DA ASSISTÊNCIA”, há a necessidade de se utilizar a entrevista como técnica de pesquisa. Serão entrevistados Agentes Comunitários de Saúde, integrantes das equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, alocadas nas Unidades Básicas de Saúde de Lins. Este estudo tem como objetivos identificar as representações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) acerca de suas práticas de saúde, conhecer as dificuldades sentidas pelos ACS no exercício da prática cotidiana da assistência e desvelar como os ACS identificam a importância do próprio trabalho, para a população assistida.

A participação nesta pesquisa é voluntária, podendo o entrevistado não concordar em participar dela, e finalizá-la antes, ou mesmo durante a entrevista. O entrevistado poderá, se quiser, tomar conhecimento do andamento do trabalho ou sua finalização, sendo, para tanto devidamente informado dos meios necessários para fazer contato com a entrevistadora.

A concordância em participar da pesquisa implica a possibilidade do uso das informações para divulgação em âmbito científico, sendo garantido o sigilo e o anonimato de todos os participantes.

A entrevista será gravada e posteriormente transcrita, para melhor análise dos dados. Os sons gravados não serão apresentados e as fitas serão destruídas após a transcrição.

Assim sendo, Eu _____, Identidade nº _____, após ter lido, recebido todas as explicações e esclarecidas todas as dúvidas, concordo em participar dessa pesquisa.

Local e data

Pesquisadora

Marilisa Baralhas
Rua da União, 28
e-mail: baralhas@uol.com.br

Entrevistado

Cep 16400-515
tel: 9739-0619

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA**A. Dados de Identificação**

Nome (iniciais): _____

Sexo: _____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Estado Civil: _____

Religião: _____

Há quanto tempo trabalha no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS): _____

B. Questões Norteadoras

1. O que você acha mais importante na sua prática cotidiana?
 2. Quais são as principais dificuldades em executá-la?
 3. Como você identifica a importância do seu trabalho para a população assistida?
-

APÊNDICE C - TRANSCRIÇÃO DOS DISCURSOS DOS SUJEITOS DA PESQUISA

ACS 1

1ª. QUESTÃO:

É o vínculo que o ACS tem com a família né? E esse respaldo que a gente está dando entre as orientações quanto a prevenção, promoção. Esse elo também que a gente faz entre a família e o serviço de saúde.

2ª. QUESTÃO:

A falta de respaldo que eu encontro junto aos profissionais de saúde da UBS, porque a gente faz o trabalho casa a casa e quando eles vêm pra UBS eles encontram dificuldade de atendimento, a falta de educação, a falta de vaga, são mal tratados às vezes por profissionais de saúde como médico. Então esbarra nisso o meu trabalho. Dificuldade...

3ª. QUESTÃO:

Eu acho que é de suma importância o papel do Agente Comunitário porque no que diz respeito a prevenção, a promoção e o vínculo que ele é, acaba adquirindo com o ACS, que eles ficam muito assim, dependente do ACS, as pessoas idosas que eu mais acompanho, né? Então eles sentem falta quando a gente tá em férias ou faz um trabalho fora, eles sentem muita falta.

ACS 2

1ª. QUESTÃO:

A minha importância, eu acho muito importante, deu leva às famílias a prevenção, né? Prevenir sobre as doenças antes de acontecer, se não depois de acontecido a gente vai fala, orienta, passa orientação tanto pra pessoa, pro paciente, como pra família. A prevenção. Você tem que prevenir antes de acontecer, não é?

2ª. QUESTÃO:

As principais dificuldades, pra mim é e não é. É em partes assim: os acamados. Os acamados porque não é que ela não queira. É muitos acamados pra enfermeira cuidar e não dá tempo, né? Então assim, é isso daí o porém. Ai, é, não veio, já deu o mês, não é que é muitos não dá mesmo pra ela da conta. Pra uma enfermeira só não dá. E também a dificuldade é no balcão, o mau atendimento. As pessoas não sabem explicar, orientar o paciente direito. O paciente já vem com problema, chega aqui, toma né? Uma resposta, que coitado sai chateado. Porque a gente que vai no dia a dia na casa a gente encontra, mais a gente vai indo com uma conversa aqui, sabe explica, porque a gente sabe como é que é, e no fim, se trata melhor e se precisa duma consulta, que não seja rápido, se for por uma coisa assim que ela dá pra espera, a gente conversa com a diretora do posto, ela carimba e a gente vai no balcão marca, mas no dia que pode, né? Mais... A dificuldade tá tanto da enfermeira ir visita os acamados e no balcão o mau atendimento.

3ª. QUESTÃO:

Ah, eu acho assim, que eu sou muito importante sim, porque eles passam a ter confiança em mim, passando todos os seus problemas, que a gente acaba resolvendo tudo os problemas deles numa simples conversa com eles ali. Então, eu sou importante sim, porque eu to ali, eu to vendo o que ta acontecendo, o problema daquela família. A família gosta muito do que eu faço e até fala que eu estou demorando demais, mais não é. Uma vez por mês, só se ela precisa mais, a família precisa mais, a gente volta várias vezes. Agora nisso eu me acho sim muito importante fazer o meu trabalho. Eles passam, a conversar ali comigo, vai e eles falam que eles gostam muito do meu jeito porque eu sei resolver o problema deles. Confiança. Se eu falo assim brincando com eles assim, ah eu vou sair dessa área, eles falam que vão fazer baixo assinado pra mim não sai.

ACS 3**1ª. QUESTÃO:**

Olha, o que eu acho muito gratificante, assim como Agente Comunitário de Saúde, é assim... O convívio com a população, com a comunidade. A gente torna assim uma família na nossa microárea. É a gente sai de férias um mês a gente não tem sossego, fulana chama, porque ali ela acostumou tanto que um mês faz falta. Então importante assim pra mim, saber assim, por exemplo, lá na casa da Dona Sebastiana, olha você estava de férias, o seu Joaquim quebrou a perna, meu Deus, coitado. Então, não é o trabalho em si, é a família que a gente cria. É eu sou suspeita falar né?... Eu gosto muito, eu gosto mesmo, eu vou de coração.

Você acha que esse vínculo é pra você... *Não, é muito importante. É assim, a gente se torna tão da família, que a gente não vai assim às vezes como uma Agente Comunitária. A gente ouve tanta coisa, a gente sofre junto, a gente fica sabendo... de tudo, como se fosse na nossa casa os problemas. Sabe às vezes, a confiança adquirida é demais, porque às vezes uma mãe não fala um problema pra filha... Não é amiga da filha, como é amiga da gente. Às vezes você chega numa casa a pessoa fala assim: espera um pouquinho, minha filha vai trabalhar, eu preciso conversar. Olha, eu estou assim com problema, eu acho que eu estou com uma doença venérea, eu não entendo. Mas a senhora não fez o Papanicolaou, que a gente insiste todo ano de fazer? Ah, eu fiz. Quando eu fiz não tinha nada, mas agora estou vendo um negócio estranho. Então a gente vai marcar uma hora no ginecologista, a senhora vai? Eu vou, olha, mas não deixa minha filha ficar sabendo. Então a confiança... é muito bom. É muito gratificante, eu acho que... por isso que eu falo que, o Agente Comunitário de Saúde, eu não. Eu acho que eu já estou no fim de carreira, mas é uma coisa que nunca pode acabar. Está dentro das casas pra pessoa poder se abrir... E o acompanhamento dos diabéticos, gestante, o hipertenso... é muito importante. Às vezes, que nem você acompanha uma criança, igual eu tenho na minha área. Eu acompanhei a gestante, porque ela deficiente física, ela teve paralisia, teve uma gravidez terrível e aí ela teve nenê prematuro. A Dra. S. fazia eu ir todo o dia lá... Ó vai todo dia ver se está amamentando, e aí você segue a criança, segue a criança vai tendo um aninho. Agora um ano e onze meses a criança não anda, já mandei fisioterapia. Eu cheguei lá... mas porque essa criança não ta andando? Olha o meu marido vive na droga e eu deficiente, como eu vou levar lá no Salesiano? Agora eu to conseguindo fazer a fisioterapia domiciliar... É umas coisas assim que você deita tranqüila... Sabe e a gente sofre junto. Você lembra no curso que eu te falei: me ensina eu escrever Alzheimer, que eu escrevi errado. Eu perdi aquela pessoa, ela morreu. Então a gente sofre. De tanto a gente ficar junto, parece a mãe. Ó ontem a tarde eu estava num velório, de uma que nem era da minha área, só ia levar medicamento, né? Ajuda... E a gente sofre como se fosse um da família.*

2ª. QUESTÃO:

Bom, a maior dificuldade é você tentar educar o morador. Com essa epidemia da dengue que está tendo em Lins, é uma coisa triste, porque mesmo na nossa micro-área que você passa todo o mês, o mês que a gente entra olha, agora com nós fizemos o arrastão, nós só estamos orientando. Mas nós como conhecemos nossa micro-área, a gente já sabe que numa determinada casa, você não pode só orientar, você tem que dar uma disfarçadinha e dar uma entradinha. Mesmo com o arrastão, a gente tem que dar uma olhadinha naqueles quintais que a gente conhece. Porque está difícil educar a população.

Pra que eles mudem o comportamento? *Muda, porque hoje eles botam reciclados e a gente vai pro arrastão tiramos tudo, e a gente volta, tá a mesma coisa. Então, uma das dificuldades é essa: educar a população. E a dificuldade que a gente também tem, é assim, a gente queria ajudar, coisas que a gente vê que o SUS oferece e que tudo se torna muito difícil. O acesso? Chegar até lá, isso é difícil também... E...*

Seria o respaldo também? *Até o remédio, que a gente conhece a população, principalmente ali onde a gente está todo o mês, a gente sabe que a pessoa é pobre, que a pessoa não tem condição de comprar o remédio. O difícil é até pra pedir pra prefeitura, pra ajudar. Olha, ela é deficiente, está na cadeira de rodas, e ela precisa tomar um determinado remédio pra dor, e é difícil isso. É uma coisa que deixa a gente bem triste, sabe? A pessoa está precisando, e as vezes a gente vê até um que pode, conseguindo o que a Agente Comunitária luta e não consegue.*

Alguma outra questão? *Não eu acho assim, a dificuldade maior, é ver assim que a gente não tem uma..., um respaldo mesmo. Se a gente tivesse aqui uma pessoa pra gente conversar. Nós temos aqui, a assistente social que agora é uma maravilha, a A. tenta ajudar... E... é difícil. E a falta de médico também, às vezes a gente vai na área vê a pessoa doente, a gente tenta ajudar. No balcão a gente encontra muito...*

Quando você está perante a uma situação desta, o que você sente? *Eu corro atrás, pergunta pra Z., que ontem era nove e meia da noite eu tava falando como marido dela, porque a mulher teve paralisia facial... Um remédio eu encontrei aqui no posto o outro eu não achei, aí eu fico atrás da Z., ela fica atrás de remédio pra mim não vai achar Benerva eu acho outro com os mesmos sais, com outro nome. É assim correr atrás. Às vezes o papel do Agente Comunitário é ter dó e comprar o remédio, tirar do bolso, chegar... e como a gente vive em comunidade na igreja, fala gente tem fulana que está precisando de uma cesta básica, tem pessoa que está precisando de fralda, mobiliza a população pra ajudar a gente naquele caso. E a sorte que a gente está numa micro-área tão boa que a gente já está a tantos anos que a gente consegue.*

3ª. QUESTÃO:

O meu trabalho, olha depois de tanto tempo que a gente tá, a gente percebe a importância do nosso trabalho pra eles, pelo o que eu te falei, da gente estar de férias e eles sentirem muita falta. De mandar ligar, mandar perguntar e de falar dá uma vontade de botar uma faixa de seja bem vindo. Isso é gratificante, mas também na... A gente encontra muito hipertenso, muito diabético que não tem acompanhamento e a pessoa vive mal e a hora que a gente fala: não vamos no médico fazer um acompanhamento, e depois já é dependente da insulina, a gente consegue aquele aparelhinho. A importância da moça, da enfermeira. Olha na hora que a gente chega com a enfermeira numa casa, é difícil você não ouvir: um anjo chegou, de tão carente que a população é, tantos problemas. Então, assim às vezes você pega uma... que nem desse que eu falei do menininho, você sabe que a mãe é uma deficiente, que não anda, grávida. Então, ali ela demonstra aquela

confiança, parece que a hora que a gente chega pra falar o pouco que a gente sabe, a atenção que ouvem. É lógico que na nossa profissão tem muitos ossos também a gente ouve muito não, né? Mas mais gratificação do que... A gente até ouve falar que não se vive mais sem você eles falam. Nunca fomos chamadas de Agente Comunitária, é as moças da dengue. Pegou, não tem como... ficou.

ACS 4**1ª. QUESTÃO:**

Eu acho que tudo é importante, uma coisa completa a outra. Eu acho que as visitas assim no dia a dia são bastante importante, principalmente, bom no meu ponto de vista que são os acamados, doentes, né? E eu gosto assim muito de trabalhar com as gestantes, porque se nesse tempo não passar as informações corretas, passa em branco né? Sem todas as informações.

O que é ser Agente Comunitário de Saúde para você? *Ah, eu acho assim que eu sou útil, que eu sou bastante útil, porque a gente é útil para as famílias, porque qualquer tipo de informação que você leve eles ficam tão gratos porque eles são tão desinformados, desencontrados em situações assim, uma pequena ajuda que a gente dá pra eles clareia a mente deles, a visão de como se proceder, de como fazer. Eu acho que nós somos importantes, né? Eu acho que a gente é bastante útil. Eu amo o que eu faço.*

2ª. QUESTÃO:

Ah! Os obstáculos são bastante, porque até um certo ponto a gente consegue caminhar, depois a gente é barrado, porque dali pra frente não tem o que fazer e como fazer e às vezes fica parado né? O que a gente começa e precisa assim de outras Secretarias, de outras né? Pra poder funcionar, pra poder ir pra frente o nosso trabalho muitas vezes a gente precisa de outras Secretarias e muitas vezes não acontece isso.

Você tem algum exemplo? *Às vezes a pessoa que precisa de um médico né? Vamos supor assim, que precisa de uma especialidade, demora bastante, é complicado né? Igual os programas que eles arrumam também, que a Prefeitura faz, aqueles programas. A gente encaminha, vai atrás e às vezes não é resolvido, é parado por ali. A gente vê o sofrimento das pessoas né? O quanto é duro, vai, volta, vai, volta. A gente fica... Eu fico meio deprimida, porque por não poder ajudar mais, né? Porque são obstáculos que às vezes não tem fim, não tem, não dá pra ir. A gente não tem pernas pra ir até lá. A gente não pode né? Fazer... Sem solução o problema. E a gente fica triste. Eu aprendi uma coisa muito boa com o Dr.A., ele sempre falava: G. você não pode ficar assim, as coisa são assim mesmo. Precisa né? Ter paciência, tudo resolvido. Mas tem situações que precisava ser de imediato né?*

3ª. QUESTÃO:

Ah, quando a gente passa as orientações, quando a gente chega na casa leva as informação pra eles assim correta. Quando a gente não sabe, a gente busca essa informação e volta lá na casa não você pode proceder assim, assim, assim dessa maneira, vai dar certo, vai ser o melhor caminho pra você e que eles recebem essa luz, eles ficam muito feliz, eles ficam contente, porque às vezes fica meio parado não sabe como proceder, como fazer. Como se fosse uma luz, né? Pra eles, né? Eles agradecem e eles ficam muito agradecidos. Ficam felizes. Às vezes

querem dar até presente pra gente, né? Eu tenho que falar que não eu só fiz o meu trabalho. Eu fiz o que eu tenho que fazer. Eu recebo pra isso, não precisa se preocupar com nada. Só de você me receber na sua casa, como você recebe. Eu também fico agradecida porque eu tenho que passar aqui todo o mês, mesmo que tiver tudo bem, que não precisar de mim, mas eu tenho que vir, ver a família como está, se vocês estão bem, se estão todos bem, se as crianças estão na escola. Só de vocês também passarem essas informações, que a gente tem que passar né? Para a coordenação, a gente também fica feliz, fico agradecida, e fico mais feliz de ajudar a resolver o problema né? Às vezes eles pensam sabe que a gente pode estar recebendo alguma coisa em troca e a gente deixa bem claro que não, que a gente ganha pra isso, pra fazer esse serviço de levar a informação, de está orientando, eu acho que... eles falam bastante. Eu já fazia esse serviço assim mesmo sem ganhar, a gente trabalhava na Pastoral na igreja, então eu já fazia isso gratuitamente, o fato de acompanhar os doentes, os acamados. Então é uma coisa que eu gosto de fazer sabe? Quando as pessoas precisam a gente pode de estar ajudando e com o trabalho ficou melhor ainda, né? Ficou tudo de bom.

ACS 5**1ª. QUESTÃO:**

O que eu acho mais importante? Eu acho...Pra mim o mais importante é ver os pacientes, que é assistido por mim, mais ...Tudo né? Aí quando você vai na casa pra ver uma pessoa hipertensa, diabética, aí você vai lá e já atende a família como um todo, né? Aí você já olha dengue, leishmaniose, mais... o principal pra mim é a família mesmo. A família, a gestante, a criança...pra mim. Porque dengue a gente passa a informação né? Mas eu acho que a gente tem que correr atrás da saúde mesmo dos pacientes da gente.

Quando você fala a família, que você acha importante a família, aí você falou dos aspectos que você observa na família. Existe mais alguma outra coisa que você gostaria de acrescentar? É igual quando a gente chega pra fazer uma visita, você chega, você fala: hoje eu vou fazer oito, dez visitas. Aí você chega e faz uma, porque... você chega... hoje eu fiz uma. Cheguei na casa, a pessoa estava precisando conversar, ela foi pra Bauru porque ela está indo fazer cirurgia no olho. Então eu fiquei lá, eu fiz uma casa! Foi o que eu consegui fazer! Eu me planejei pra oito e fiz uma, porque... porque ela queria conversar, queria me contar tudo o que aconteceu com ela. Aí ela me mostrou o quintal, aí ela falou pra mim arrumar saco pra ela, era pra mim dar recado pro neto dela, e eu fiquei lá... um tempão! Eu planejo uma coisa e sai totalmente diferente. Então não adianta falar aí... trabalhar igual uma máquina. Eu falo pra todo mundo não adianta você ser uma máquina. Você tem que trabalhar... quando eu sair pra trabalhar, faço o tanto que der pra mim fazer, porque eu não sou agente da dengue, eu sou agente de saúde!. É o que eu priorizo. É o que eu acho né?

2ª. QUESTÃO:

Eu nunca tive dificuldade, mas agora eu estou tendo. Eu estou com um gestante de doze anos... Estou com uma gestante que quer ver o capeta, mas não quer me ver. Não conheço a mulher, vi ela uma vez, cadastrei, ela não quer passar os dados, vou na casa dela ela não me atende. Mas o resto nunca tive dificuldade. São só essas duas mesmo.

E isso representa o que para você? *Pra mim parece que o meu serviço não está valendo nada. Olha que eu fui lá, expliquei para ela. Falei pra ela do meu serviço, que eu podia ajudar ela mais pra frente, quando o neném tivesse nascido. Pra ver uma data de vacina, se tivesse um remédio que ela tivesse que passar no médico eu trazia o remédio pra ela. Mas mesmo assim, ela não quer... ontem eu passei na casa dela o filho dela falou pra mim que estava de oito meses já...e eu vi ela no primeiro mês, ano vi mais! E outra coisa também, nós não somos Agentes de Saúde... quando a gente entrou a gente não podia marcar consulta para nos pacientes da gente, que é idoso, que é hipertenso, que é cadastrado... só que agora a gente está sendo barrado. Isso afeta, porque você chega na casa quando a gente começou passar você podia fazer, você sabia o que você podia fazer. Agora as pessoas falam: Ah você pode? Ah não posso porque não está podendo mais. Com que cara você fica? O outro pedaço ficasse a desejar. O ano passado... Igual a vacinação, o ano passado, acabou a campanha, tem assim as outras pessoas que não tem sessenta anos, mas tem menos saúde, podia tomar. A minha neta... faz quatro anos que ela toma. Esse ano a A.P. falou que ela não ia tomar. É indicado pelo médico, a Dra. Z. já deu a carta. Falou para ela tomar sexta-feira. É muita burocracia! Tanto de a gente sair daqui, ir lá pra escola. Ali é apertado? A gente sabe que é. Só que os pacientes da gente procura a gente aqui... e aí? Vai procurar a gente aonde? Aqui a gente está sendo barrado demais, mas só aqui... todas as UBS não tem um monte de agente de saúde, porque só aqui... que estão querendo barrar a gente? Eu não acho justo a gente ir para a escola. Tanto que as vezes eu falo pra Helena... porque não dá. Eu sei que pra ela é difícil, que pra ela aqui tem muito mais serviço, não dá pra ela fazer visita pra todos os pacientes, mas pra nós... o nosso relatório fica aqui, a gente vai levar os nossos relatórios pra onde? Pra escola? Não tem jeito. Mas pra mim o que está sendo pior mesmo é essas duas gestantes... Como que eu oriento uma pessoa que está... ela tem anemia. Aquela anemia de pessoa escura, como é?*

Falciforme? *Falciforme? Ela tem anemia falciforme, tem que tomar, sulfato ferroso e... aquele outro... como é que chama?*

Ácido fólico? *Ácido fólico. Deu uma infecção super brava na bexiga dela, ela não tomou o remédio. Eu já fui na casa dela... Eu passo na casa dela um dia sim um dia não. E ela é resistente... Briga com a mãe, briga com o pai, briga com todo o mundo. Só comigo que ela não brigou ainda.*

3ª. QUESTÃO:

Bom, pra mim é quando eles chegam em mim e fala: muito obrigado, deu certo! Só isso! Pra mim não precisa mais nada! Eles falam assim: no final do ano eu vou te dar um presente. Eu falo assim: não quero nada... você pedindo pra Deus pra mim está ótimo, pra mim continuar do jeito que eu estou, louca, né? É importante. É igual se você pede alguma um negócio pra mim. Eu vou lá... se não der pra eu fazer hoje, eu tento fazer amanhã. Aí você chega em mim e fala: Mônica obrigada! Não precisa mais nada. É o agradecimento, só isso... não quero mais nada de ninguém. Eu graças a Deus sou reconhecida no meu trabalho, sou meio chata, sou louca. O povo gosta de mim. Você foi na minha área, você sabe.

O que é ser Agente Comunitária de Saúde pra você? *(Silêncio). Eu gosto de ser agente, né? (Silêncio). Sei lá, pra mim ser agente quer dizer tanta coisa. (Silêncio).*

Tem alguma coisa que resume tudo o que você faz? O que é estar com as famílias, o que é estar com as pessoas? É fácil, é difícil? *Não, não é fácil. Não é fácil não. Mas, também não assim aquele bicho de sete cabeças que não sabe contornar. Pra mim, ser agente comunitário você tem que ter várias coisas. Você tem que ter perfil, né? Ter ética, não sair daqui e falar ali na casa do vizinho o que aconteceu na casa do outro. E gostar do que faz. Eu gosto. Quando você gosta,*

você gosta, quando você não gosta, não tem jeito. Eu gosto do que eu faço. Eu sou briguenta, sou, mas eu gosto. Porque ah, você leva o remédio, aí você fala assim: você toma o remédio assim, assim, de oito em oito horas. Igual a gente estava conversando aqui com a moça da farmácia. Eles pensam que oito horas, de oito em oito horas, é tomar agora e daqui três horas toma de novo, depois daqui três horas toma de novo, o remédio não vai fazer efeito. Tem casas que você tem que ir olha: você toma o remédio assim, você toma o remédio assim, você toma o remédio assim. Tem que explicar, se fala que é de doze em doze horas, eles pensam que doze horas, eles tem que tomar assim o dia inteiro. Doze horas naquele dia. Então você tem que explicar. E tem gente aqui tem que explicar certas coisas também. Ser agente de saúde eu acho que tem que gostar principalmente... tem que lidar com... doenças, internação, aborto. Minha gestante está grávida de novo, aquela uma, está de quatro, vai fazer quatro meses. Sabe aquela uma que eu falei pra você no curso, que ela já estava de novo meses e ela foi pra ter neném e o neném estava morto. Ela está de quatro meses!

ACS 6**1ª. QUESTÃO:**

É assim, no dia a dia, eu acabo assim ajudando sem problema de alguma forma ou de outra, né? Principalmente as pessoas mais carentes e são menos informadas. É... Pode dar um exemplo? Por exemplo, tem... agora que eu estou nesta área nova, tem idosos que estão comprando remédio, sendo que assim pelo SUS é de graça e eles compram remédio. Porque os filhos é... trabalham não tem tempo, por algum motivo, compram na farmácia lá os remédios deles, né? Passam uma vez por ano no médico deles, já sabem que tem que tomar a medicação pra pressão alta e vão e não... né? Às vezes reclamam porque... os idosos reclamam que ganham pouco e tudo mais, né? Então a gente acaba ajudando de uma forma ou de outra, a gente acaba descobrindo muita coisa, né? Que eles... problemas deles e a gente está sempre procurando ajudar.

2ª. QUESTÃO:

Silêncio. Ah, nem sempre a gente tem o apoio, né? Que a gente pelo menos acha que deveria ter né? Aqui na unidade, por exemplo, é... a gente encontra muitas dificuldades nessa unidade. Dificuldades, a gente é... Um idoso que a gente encaminha pra cá, muitas vezes ele não é bem atendido e tudo que acontece... A gente coloca a nossa cara lá na rua e então tudo de mau que acontece nos somos os primeiros a estar ali ouvindo, as coisas, as primeiras queixas, né? O mau atendimento, uma mal acolhida, nós somos os primeiros a estar ouvindo essas queixas, né? E... são essas dificuldades, não tem retorno do nosso trabalho. Não sei se você entendeu?

O que isso significa pra você? *Eu fico frustrada, eu acho que o meu trabalho não está sendo bem... não está sendo reconhecido. E deixa de dar andamento também no processo. Às vezes é uma coisa até simples e o idoso fica andando tanto... e não tem né? Silêncio.*

O que isso causa em você? *Olha... a gente fica chateada, revoltada. As vezes é uma coisa simples que poderia ser resolvido com papel, com poucas palavras e de repente, né? Uma coisa que ficou... a pessoa o tempo todo andando... A gente pensa mais assim nos idosos, porque eu adoro idoso, né? Eu amo eles. E às vezes, eles já têm aquela vida sofrida e as vezes a gente quer ajudar... Silêncio.*

3ª. QUESTÃO:

Silêncio. Ah, quando eles conseguem alguma coisa, né?. Um encaminhamento que foi... bem sucedido né? Que ele teve respaldo. Então eles vêm e agradecem a gente. E as palestras também é muito gostoso, e eles... vê o carinho deles pela gente. Nessa sexta-feira da... nessa palestra da leishmaniose para as crianças, eles falaram: tia... Olhando assim pra gente: eu gostei tanto! E é bom... depois a gente encontrou uma mãe e a mãe falou, a mãe da criança que estava na palestra: ele chegou contando em casa e do bichinho da leishmaniose, o que tem que fazer e então... As crianças eles gravam e passam isso depois, né?

Mais alguma outra consideração? *No caso da dengue e da leishmaniose, né? A gente bate muito nisso com as pessoas, né? Aí o pratinho que eles ou furaram, né? E está lá com terra, né? Isso pra mim é uma forma de, né?... Eles entenderam o meu trabalho, né? E eles estão respeitando, né? Eu acho bonitinho, quando eu chego lá, está tudo... Os pratinhos com terra, os que não estão com terra, eles falam: olha eu furei! Eu acho super legal!*

E o que é ser Agente Comunitária de Saúde pra você? *Então, estar levando informação, sobre... é... prevenção das doenças, das coisas que estão acontecendo aí, né? Exames preventivos, estar levando essa informação para as pessoas mesmo. Do meu jeito assim eu tenho conseguido passar, as informações e o que a gente acha necessário para aquela determinada família.*

ACS 7**1ª. QUESTÃO:**

Mais importante... é o vínculo que a gente tem com a família, né? São sete anos, que a família tem muita confiança, ela é capaz de falar coisas assim que você nem imagina que a pessoa vai te falar, né? Você leva até um susto. Fala: nossa! Está confiando isso, né? Pra mim... Então eu acho mais importante é o vínculo.

2ª. QUESTÃO:

Barreiras? (Silêncio). Ah... Às vezes você não conseguir assim, resolver o problema daquela família, de você num... Sabe? Tem aquela barreira assim, não tem jeito, você não consegue... Tem muita dificuldade. Porque apoio a gente tem, né? Mas não é tudo que a gente consegue resolver, né? Então...

Seria a questão da continuidade do seu trabalho? *É... E às vezes também a gente tem dificuldade nas famílias que tem, por exemplo, convênio médico. Eu tenho mesmo uma família que a moça, ela está numa depressão profunda, e ela está tratando pelo convênio, mas eu falei pra ela: você não quer ir para o SUS? Pra ver se tem um jeito, porque já faz vários tempos que ela está assim. E ela está no fundo do posso mesmo. Eu falei: quem sabe, você no SUS você vai ter...? Porque o CAPS ele está, né? Já assim capacitado, pra tratar. Então eu estou tentando... Esse aí é o meu dilema, agora dessa semana foi esse. É uma dificuldade! Eu estou tentando que ela queira vir mesmo para o SUS, pra gente conseguir que... ela sai desta!*

3ª. QUESTÃO:

A gente faz né? As nossas... né? Conversa com as famílias, tem as visitas, tudo... E a pessoa mesmo fala pra gente, né? Agora a campanha de Papanicolaou, é... está sendo muito importante, as mulheres estão vindo, porque está abrindo pra elas num horário que elas não trabalham, e a gente está avisando elas estão agradecendo muito... E elas sentem falta. Eu fiquei afastada, fevereiro, depois março, né? Da metade, pra estar trabalhando só na dengue. Entrei de férias, então eles iam na minha casa, perguntar né? Se eu tinha saído, e agora minhas visitas, estão assim... estão sendo longas, porque eles querem falar tudo, né? Esse tempo perdido, e elas gostam muito, agradecem muito mesmo!

Agradecem o seu trabalho? *É o meu trabalho, de ter agente. Elas falam que a gente é o anjo da guarda delas... Então é muito importante!*

ACS 8**1ª. QUESTÃO:**

É poder ajudar as pessoas, né? Poder ajudar as pessoas... é... apesar assim, de ser importante você estar levando as informações e tudo..., mas quando você pode ajudar de uma maneira mais eficaz, assim...

Estar nas casas? *Nas casas, nas orientações, ou quando a pessoa mesmo conversa com você e se abre de um problema ou outro.*

Ajudar para você é o mais importante? *Mais importante, né? Porque às vezes a gente fica tão preocupada assim, com o número de visita, tem que fazer... tem que fazer... Mas não é um trabalho mecânico. Você tem que ver que ali o importante é a pessoa... né? Fundamental a pessoa... que não é o numero da tua família, mas sim uma família mesmo.*

Isso é o essencial para o trabalho de Agente? *É... Porque assim, se você vai lá e faz aquela visita relâmpago, entendeu? Só despeja as coisas para a pessoa, olha o quintal e tudo e vai embora... sei lá... pra mim... né? Não ia ser um trabalho bom. Você tem que ver se... se a pessoa... é... entendeu, ou se a pessoa está com outro problema... Por exemplo, você vai na casa, está tudo impecável lá, você não tem muito assunto, mas se a pessoa está com problema, por exemplo, de depressão, ou um problema entre casal, alguma outra coisa e você pode estar ajudando, as vezes simplesmente escutando... então o seu trabalho foi válido... não é? Porque se não tem nada de dengue, não tem nada de leishmaniose, não tem HA, não tem DIA, não tem nada. Você entra e sai... vazia... Não é importante?*

2ª. QUESTÃO:

É a aceitação da pessoa, né? Ela querer te atender... né? Porque eu encontro isso na minha área em algumas casas, assim que não querem me atender, mesmo depois de tanto tempo, né? Quatro anos e pouco... e a pessoa não quer te receber... ou fecha toda casa pra te atender só no quintal, entendeu? Então essa é a maior dificuldade. Você tem que ficar pedindo todo o mês para entrar, entendeu? Já tem uma que: Ah! É você. Tudo bem, entra... Você já entra pela sala, já sai pela cozinha e já vai no quintal, pronto! Está resolvido, né? Mas não...

fecham a porta mesmo, prendem o cachorro dentro de casa... pra você não entrar. Então é duro...

A maior barreira que você encontrou foi essa? *É essa. Mesmo depois de tanto tempo. E eu tenho gente, é incrível! Que abre o vitrô, te olha, fecha o vitrô e não te atende. Isso joga você lá embaixo, auto-estima, você fica frustrada, você acha que o seu trabalho... além de não estar sendo reconhecido... não tem o porque, né? Isso é complicado. Isso te... baqueia bastante, pelo menos pra mim.*

3ª. QUESTÃO:

Quando você vê o retorno, né? Por exemplo, se é uma casa muito suja, se tem bastante... você vê que vai melhorando, mês após mês, entendeu? Ou quando a pessoa te solicita, sendo que você já passou na casa dela, e ela te chama por algum motivo ou outro, que você realmente se sente útil... não só pra você marcar uma consulta, ou tentar alguma coisa, mas alguma coisa dela mesmo, entendeu? Às vezes querer contar algum problema, né? Isso você vê que... que você está sendo útil, que a pessoa precisa de você. Porque eu acho muito frustrante você passar, por exemplo, eu tenho cento e cinquenta e cinco e ninguém... falar nada, né? Não saber de nada que você faz, ou não poder contar com você pra nada, aí fica, né? Invisível, né? Mas se te chama... se... Ou quando você, por exemplo, quando a gente sai pra mutirão, fala: puxa vida você sumiu, o que aconteceu, achei que tinham tirado você daqui! Você faz falta! Isso é importante! Acho que é o melhor quando a pessoa sabe... te dar presentinho... é gostoso também (risos).

ACS 9

1ª. QUESTÃO:

Bom, o que eu considero mais importante, é... são as visitas mesmo, a atenção que a gente dá a cada família, o elo de ligação que nós somos entre a população assistida e a UBS, é... como...o que mais que eu vou dizer...

Você falou elo de ligação...? *É o elo... porque nós... nós somos considerados como elo de ligação entre a população e a Unidade Básica de Saúde. Então assim, eu acho importante esse elo que nós temos, porque nós estamos num lugar privado, que é a casa de cada morador, e ali a gente tem a liberdade de tanto levar as informações e de trazer as informações pra a unidade de saúde. Então eu acho mais importante na prática, são as visitas domiciliares mesmo e esse elo de ligação que a gente tem com a família e a gente pode estar trazendo pra unidade e levando da unidade pra eles. Promoção da saúde, prevenção... e o vínculo que a gente cria com a família.*

2ª. QUESTÃO:

Ah... além da aceitação, dependendo do morador, que não são todos que tem boa aceitação, que assim, eu encontro muito assim, que a pessoa acha que ela tem convênio, ela não precisa ser cadastrada, principalmente como gestante, é a maior dificuldade que eu tenho é de cadastrar gestante que tem convênio, que ela acha que ela não vai precisar da unidade. Ah eu vou todo o mês no meu médico então eu não vou precisar. Então assim, além da aceitação às vezes é o respaldo, que às vezes a gente não tem muito respaldo. Não só daqui da unidade. Assim, às vezes a gente leva todo o atendimento que tem aqui na unidade e as vezes a hora que a pessoa chega aqui, a pessoa vem aqui e não encontra tudo o que a

gente falou. Porque eu acredito no que eu trabalho, então eu levo a unidade do Ribeiro a melhor que existe pro morador. E às vezes ele vem aqui e não encontra... E teve um caso que... que aconteceu comigo, de uma senhora... de eu ir lá e ele ser hipertenso e ele só tomar chá de mato. E eu falava pra ele da importância dele estar vindo verificar a pressão, dele estar passando por um médico pra tomar a medicação correta. E aí depois de muita insistência... ele veio. Ele veio na unidade e eu não estava aqui. E aí ele veio na unidade... ele também não lembrou de chamar por mim nada, mas aí meio que se recusaram a verificar a pressão dele naquela hora. E ele morava no Lins V. Então é longe, só o fato da distância de vir até aqui. Então é meio que naquela hora: Ah o senhor aguarda, agora eu não vou poder... Então eu acho que a maior dificuldade, além da aceitação, é o respaldo. Aí eu voltei lá e ele falou: Ah, eu não vou mais não! Porque aí, acaba que... Porque é nós agentes de saúde que acaba, dando, colocando a cara lá, falando de tudo do que é... do que é preciso, estar vindo no médico sabe, promovendo porque se a pessoa esta doente pra ela não ficar mais. Promovendo sempre a saúde. Então eu acho, na minha opinião é o respaldo. É a única dificuldade. Do mais, todos os problemas que aparecem aqui a gente está conseguindo resolver.

3ª. QUESTÃO:

Eu acho que é muito assim pela gratidão que eles tem. Que depois que nós fizemos aquele curso de... do primeiro módulo de técnico de agentes, que foi todo aquele direitos que todos os usuários do SUS tem, que nós levamos aquilo e que eles achavam que todo o trabalho, tudo o que eles recebiam de unidade, de entidade, assim, era um favor que eles faziam. E que na verdade não é assim. De todo o conhecimento que eles tem uma gratidão muito grande, a gente tem... É muito gratificante, a gente fazer e a gente tem esse retorno. Pelo menos eu no meu trabalho, tudo o que a gente faz. Desde de um remédio que você leva, quando o acamado precisa, alguma coisa. A gratidão que eles tem assim... é demais. Na minha opinião o que mais... o que mostra mesmo que é importante eu estar ali, que eu penso um dia em sair, o que eu penso que ali eu sou importante e que ali eu vou fazer falta. Que eles têm gratidão mesmo pelo trabalho que a gente faz.

Como eles manifestam essa gratidão? Ah! Sabe, os primeiros contatos que tinha, dependendo você não conseguia nem entrar. Agora faz três meses que eu estou nessa área nova, tem gente que me espera na calçada. Que eu vou começar a quadra do outro lado, que eu vou... aí tem uma senhorinha mesmo, são duas, é a mãe e a filha, elas ficam me esperando no portão, pra ver que hora que eu vou entrar. Sabe, isso... nossa! Pra gente é ser reconhecido! Sabe, a hora que você chega eles conversam demais. Sabe, já quer que você entra, não fica te recebendo ali no portão, nada. E aí onde eu estou agora, nossa! Pra mim, falei pra Eliane que agora eu estou no céu! É uma gratificação enorme. O pouco que a gente faz!

ACS 10**1ª. QUESTÃO:**

O mais importante (silêncio). Bom, o mais importante é assistir as famílias né? Porque tem pessoas mais humildes, tem aquelas mais bem de vida, que tem entendimento, são estudadas, mas acho que todas têm suas necessidades, né? Assim, algumas que não tem conhecimento da UBS, que às vezes está precisando de um médico, de um remédio, não sabe até aonde encontrar, aonde chegar né? Eu acho que isso é o mais importante...

E dentro do que você falou o que seria o papel do agente comunitário de saúde? *E como vocês costumam dizer que o agente comunitário é o elo entre a comunidade, né? E o SUS, não só a UBS, o SUS né? No geral, porque a gente leva eles aonde precisa chegar.*

E o que seria esse elo? *Assim, é como eu acabei de falar. Ta lá o idoso, ta doente, ta sozinho, ta carente eu chego até ele, converso, vejo a necessidade dele naquele momento, né? E procuro fazer o que ele está precisando. Se é de um médico, eu tento levar ele até o médico. Se é de um remédio, eu tento trazer o remédio até ele. Se é de conversar, as vezes é só conversar, as vezes precisa né? A gente fica ali, conversa... passa o tempo... Eu acho que é isso, o mais importante pra mim.*

2ª. QUESTÃO:

A maior barreira é também em relação as pessoas idosas. Assim, principalmente as que vivem sozinhas. Num gostam de abrir a porta pra gente, tem medo de ser um ladrão, não conhece o trabalho, né? Até você explicar o que que é o seu trabalho, ele entender, leva tempo, né? Eu acho que essa é a maior barreira. Tem as pessoas também que tem convênio médico, que acha que não precisa do SUS, não precisa do agente comunitário, né? Não gostam de deixar a gente entrar...

Alguma outra dificuldade, obstáculo? *Não, pro meu a barreira é essa mesmo. As pessoas estarem entendendo o nosso trabalho, né? Que a gente tem que fazer o trabalho, que tem que ser daquele jeito, né? Às vezes quer que a gente passa correndo... Ah, eu to com pressa, fala rapidinho! Mas não pode ser assim, não tem como ser, né? Rapidinho... Eu acho que essa é a maior barreira. E das pessoas que tem convênio, que acha que não precisa do agente comunitário, que acha que o agente comunitário só ta ali pra marcar consulta e pra levar no posto, só isso... eu acho que é essa!*

3ª. QUESTÃO:

Em geral assim, na satisfação da pessoa, né? Você vê os resultados positivos, você vê que fez um trabalho bem feito, que a pessoa... Ah não sei... ela passa a gostar de você, às vezes ela num queria você ali. Ela tinha problemas, vocês foram convencendo ela. Aí você vê resultado disso na pessoa, ela passa a ter você como aliado dela, né? Está sempre te procurando... Oh, você pode fazer isso pra mim? Você ganha um amigo, né? Eu penso assim.

Essa importância é manifestada? *Sim, eu tive caso assim, de uma vizinha pra outra, né? Uma vizinha... ela meio que estava resistente... Não eu tenho convênio, não quero! Aí a outra vizinha foi e falou: Não, mas o trabalho dela é muito importante! Eu não conhecia, mas eu gosto dela, porque ela fez isso pra mim! E ela está sempre passando, às vezes eu estou sozinha a gente conversa, eu passo o tempo! Eu achei um resultado positivo, um vizinho passando pro outro, né? Levando conhecimento pro outro vizinho!*

ACS 11**1ª. QUESTÃO:**

O planejamento, né? Que tenha plano A e plano B, porque assim muitas vezes, quando eu saio pra fazer as visitas, né? Eu planejo uma coisa e aí de repente me deparo com outra situação na área, né? Ou alguém até me para, né? Então o planejamento é bem importante no cotidiano, né? E as visitas, né? E... estar sempre disposta, né? Independente do que acontece em casa, né? Separar as coisas que acontecem em casa, né? Do trabalho, porque é... é assim, você precisa, né? Estar centrada naquilo, senão você nem consegue captar a necessidade daquela ... daquela pessoa que você vai visitar.

***Quando vai visitar?** É porque, assim ter... como eu posso falar... desenvolver um laço de confiança, né? Porque desenvolvido esse laço de confiança acredito que tudo que eu passar pra ele, ele vai sentir... vai confiar naquilo e vai ter o desejo de fazer, por mais que é mudança de hábito. Mudança de hábito não é fácil, mas se você tiver uma convicção daquilo que você estiver falando, firmeza e demonstrar carinho pela pessoa e preocupação, interesse, eu acho que você vai ter um retorno melhor do seu trabalho.*

2ª. QUESTÃO:

Olha! Sinceramente... (pausa e risos), até hoje não tive muita dificuldade. No começo, quando eu comecei a trabalhar foi o relacionamento, né? Com a equipe, mas depois quando eu me senti e quando eles se sentiram também, e eu fiquei mais tranqüila, pude desenvolver um trabalho assim, que não tenho dificuldades assim pra... e mesmo se tenho, eu tento burlar elas. Mas assim, a minha microárea é perto, né? Da UBS, as pessoas sempre me receberam muito bem, né? Até quando eu estava substituindo outra pessoa, não tive muita dificuldade. É... às vezes a falta de conhecimento, né? Que pode dificultar, mas assim eu sempre estou tentando buscar pra estar já sabendo das coisas, né? Mas assim, as pessoas, muitas... acho que uma dificuldade é que as pessoas não acreditam muito no atendimento aqui da UBS, né? Então... aí você vai levar uma informação, a pessoa fala: Ah, mas aquele posto lá, né?... Então, essa eu acho que é a principal dificuldade, que não tem muita credibilidade. Está mudando, né? Mas assim, às vezes passa de pai pra filho, de avó pra neto, então é isso. Isso interfere um pouco, um pouco. Porque as pessoas não dão o retorno, né? Por exemplo, o Papanicolaou, há muito tempo atrás... Agora não, agora já está assim, bem mais fácil. Só que tem muita gente que eu passo lá e falo todo o mês: Olha vai fazer, que agora não precisa marcar! O pessoal fala: Mas eu já fui tão mal tratado! Às vezes marcava eu chegava lá e não me atendia! Né? Mas está mudando bastante. Tanto é que assim, esse mês mesmo eu mandei acho que quinze mulheres pra passar no ginecologista. Sabe aquela coisa assim, que tem mais acesso, você não precisa ficar pegando fila, de vez em quando a gente pode marcar. Mas assim, elas estão vindo mais, né. Então está assim, mais tranqüilo. Aos poucos está dando pra mudar, mesmo porque o atendimento aqui está melhorando muito, né?

3ª. QUESTÃO:

Pegando o gancho da outra pergunta, porque muita gente não gosta de vir aqui pro posto, né? Ou não tem costume ou até por meios culturais assim, acredita mais em outros, né? Meios, mas assim, quando tem o Agente Comunitário de Saúde, né? A gente começa assim, a mostrar como que é, principalmente mostrar o SUS, né? Quando eu mesmo descobri como era o SUS, eu comecei a falar pra eles, a falar das facilidades, das coisas que eles podem ter mais acesso e alguns ficam mais animados, né? O que mais...? Me torno assim, uma ponte mesmo assim entre a população e a unidade.

Isso é manifestado? *Oh, essa semana mesmo eu tive uma experiência. Eu estava ajudando eu uma outra microárea, aí passou uma mulher que já foi... que era de uma microárea minha, eu visitava ela. Ela estava muito nervosa, passou por mim e falou: Ah, aquele posto... porque eu preciso de uma consulta... e não fui atendida! Eu falei assim: O que você queria fazer no posto? Aí ela falou: Eu precisava de um medicamento que só tem na saúde mental! E hoje não tem consulta! Aí eu expliquei pra ela, que realmente na saúde mental é só com... eu expliquei pra ela... o funcionamento, o fluxo daqui, como funciona aqui o posto, né? Mas ela... ela estava nervosa. Ela queria assim, encontrar uma coisa. Ela mesmo sabia, que tinha que ter a receita, marcar uma consulta, e ela queria pular essa barreira. E eu acho que tendo alguém fora daqui, que esteja representando a UBS lá fora, faz com que as pessoas se sintam mais esclarecidas, do funcionamento daqui. Eu estando passando lá, não é por panos quentes, mas é esclarecer mais, é pra incentivar um pouquinho mais, né? Isso eu estava fora da minha área, mas eu tenho segurança de falar: Olha! De defender também aqui, né? Porque eu sei que as pessoas aqui se esforçam muito pra atender. E muitas vezes as pessoas saem daqui achando que a gente não está fazendo nada, que o funcionário não está fazendo nada, mas não é.*

E o quando o agente de saúde não pode estar? *Complicado, né? Esse mês eu já assim, eu já fiquei pensando em muita gente. Então quando eu estava fazendo minhas visitas, eu já falei: Esse mês eu não vou vir, se precisar de alguma coisa... vai lá! Principalmente os diabéticos e os hipertensos. Porque assim, até mesmo final de semana, às vezes eu fico pensando... (risos). Eu quero cuidar da minha cabeça... né? Então assim, dá a sensação que eles estão vulneráveis, sabe? É essa sensação que eu tenho. Assim, né? Às vezes a gente está indisposto, sair de casa, pra trabalhar, e não está disposto pra trabalhar, mas mesmo assim você faz por amor a eles. As vezes a assistente social vem com aquele papelzinho e fala: Ah você entrega esse encaminhamento? Da vontade de não entregar, porque as vezes é coisa tão fora da sua área, só que a gente pensa naquelas pessoas que estão esperando a muito tempo, então... é isso. Eu acho que eles ficam vulneráveis quando não tem o agente comunitário de saúde. Mesmo porque a gente consegue detectar onde tem mais necessidade, aonde está em risco. Então é isso, eu acho que...*

ACS 12**1ª. QUESTÃO:**

O que é importante é esse convívio que a gente tem com as famílias, né? Que às vezes você está tão desanimada e uma palavra que você tem de uma pessoa, você já muda totalmente, né? Aí você imagina assim: Nossa eu achei que o meu problema fosse tão grande e o daquela pessoa é bem maior! Fora o apoio que você tem. Principalmente quando você pega uma pessoa de idade, eles te dão

uma força muito grande, né? Tem os altos e baixos, mas os pontos positivos são maiores, graças a Deus do que os negativos. Então a parte que eu gosto é isso, quando eu encontro pessoas de idade e eles conversam muito, tem uma experiência de vida muito grande pra passar pra gente. É muito gratificante.

O que significa pra você estar com as famílias? *Nossa! É assim, eles depositam em nós uma confiança grande, a partir do momento que eles abriram o portão ali e deixa a gente entrar. Então isso é muito significativo, né? É muito importante isso daí. É uma responsabilidade minha de pegar as informações deles, né? Trazer pra cá. A confiança que eles tem, é muito importante isso.*

2ª. QUESTÃO:

Olha! Às vezes a gente, que nem... às vezes a gente cai num desanimo, né? Eu estava comentando com a Helena que eu estava um pouco desanimada. Perante as dificuldades, porque às vezes você encontra pessoas que são... nossa! Que te deixam lá embaixo, no chão! Que não quer abrir a porta, você sabe que ele está ali, mas ele não quer abrir a porta. Quando abre te trata com uma má educação fora do comum. Eu falo pra ela assim: Isso pra mim é o fim! Né? E isso acaba comigo e com as outras também! E isso acaba me desanimando. Né? E você acha que isso nunca acontece, mas acaba... Eu estava até comentando com a Helena, ou eu decido pela faculdade ou pelo trabalho! Porque não está dando não é muita coisa pra minha cabeça e fora as pessoas que a gente encontra que não tão nem aí. Mas ao mesmo tempo viu um que te deixa lá em baixo, você encontra cinco, seis lá que te... que te aceita, que te recebe muito bem, que fala que é importante, né? Então isso é gratificante, isso é muito bom. Fora isso...?

3ª. QUESTÃO:

Quando tem essa troca, né? Quando tem uma troca e aí você vê que está dando resultado. Quando você pega o problema dele lá e traz pra cá. E isso né? Tem uma troca, tem um respaldo, né? Então aí sim você vê que tem resultado. As vezes desanima também quando, você traz o problema pra cá e fica parado. Aí dá vontade de desistir. Porque eu acho que o meu trabalho não está sendo bem realizado. Então eu chego aqui, trago algum problema e não dá pra resolver. Nossa! Isso pra mim... Eu não tenho cara... eu não tenho cara de voltar na casa do morador e falar que não tem jeito, que não deu em nada.

Eles manifestam de alguma forma que você é importante? *Nossa! E como! Eles falam assim: O que seria de nós se não tivesse você! Às vezes nem pra levar um remédio, ou pra pegar o cartãozinho pra marcar uma consulta. Tem pessoas que são tão carentes de diálogo, que às vezes a sua companhia ali, a sua presença ali, pra eles, eles já ganharam o mundo!*

Anexo



ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM 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 1997

Botucatu, 04 de dezembro de 2.006

OF.626/2006-CEP

*Ilustríssima Senhora
Profª. Drª. Maria Alice Ornellas Pereira
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu*

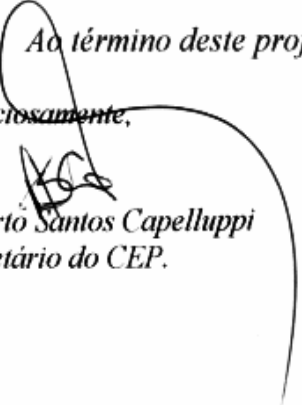
Prezada Drª Maria Alice,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP informo que o Projeto de Pesquisa “O agente comunitário de saúde: representações e dificuldades acerca da prática cotidiana da assistência”, a ser conduzido por Marilisa Barralhas, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 04/12/2006.

Situação do Projeto: APROVADO.

- Ao término deste projeto, apresentar ao CEP Relatório Final de Atividades.*

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](#)