

Ivana Regina Gonçalves

**O COTIDIANO DE TRABALHO DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: relações com os usuários e
equipe de saúde**

Dissertação de Mestrado apresentada
à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio
de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Terezinha Ferreira Martins

Botucatu-SP

2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

"Uma longa jornada começa com um único passo"
Lao-Tsé

Dedicatória

À Deus,

Por me confortar e direcionar toda a minha vida!

"A alegria está na luta, na tentativa, no sofrimento envolvido. Não na vitória propriamente dita." Ghandhi

Agradecimentos especiais

Aos meus pais Doralina e José Luiz

Por me ensinarem com exemplos o valor da palavra honestidade e garra, dentre muitas outras... Meu agradecimento pela estrutura sólida que me proporcionaram!

À Sueli Terezinha

À você minha orientadora que além de me acompanhar neste caminho, me acolheu e me mostrou outros tantos... Serei eternamente grata!

Ao Diego Samuel

Por existir e me ajudar em todas essas páginas. Por fazer dos meus sonhos os nossos. Por estar sempre por perto e ser meu escudeiro fiel... O meu coração é seu!

"Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra! Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso." Charles Chaplin

Agradecimentos

À minha eterna orientadora Dr. Maria José Dos Reis Lima, pois em cada passo que dou, sinto seus pés ainda comigo... espelho para mim!

À Professora Marli Terezinha Cassamássimo Duarte, por ser exemplo de ser humano e profissional, e ter peso em minhas mãos e me ajudado a começar este sonho!

À Professora Vera Tonete e Maria Helena Cappo Bianco pelas honrosas correções e contribuições na qualificação;

Aos funcionários da pós-graduação da UNESP Botucatu, pelos sorrisos e disponibilidade, sempre acolhedores;

Aos Docentes do Departamento de Saúde Coletiva de Botucatu, por todos os ensinamentos;

Aos amigos e amigas da pós-graduação especialmente as companheiras Maria Luiza, Regina, Danusa e Priscila, pois sem vocês, este pedaço da minha vida não teria tantas risadas e não seria tão bom de lembrar! Adoro vocês!

À minha amiga Micaela - um exemplo de confiança, um especial agradecimento... sem você esta fase de vida teria sido muito mais difícil... Obrigada!

Aos meus amigos Juliana e Fabio, por terem feito minha vida mais feliz neste período.

À minha amiga Shadia, por ser minha irmãzinha mesmo sendo árabe! Obrigada por todos os "sins" e todos os "nãos". Aprendo todos os dias com você!

Às bibliotecárias da UNESP, em especial à Meire, pela contribuição inigualável em todas as minhas pesquisas;

À Lucilene, Patricia, Wagner e os demais funcionários do Departamento de Saúde Coletiva da UNESP de Botucatu, obrigada por me acolherem em momentos de indecisão;

À Prefeitura de Botucatu, em especial as Enfermeiras... por abrirem as portas de todas as unidades para que eu pudesse, com apoio, aprender cada vez mais;

Aos Professores do Curso de Enfermagem da UNESP de Botucatu, por nos formarem tão bem! Tenho orgulho de vocês!

À todos os Agentes Comunitários do município de Botucatu meu eterno agradecimento e reconhecimento pelos grandes profissionais que são;

À minha irmã Kelly, agradeço pelos telefonemas sempre resolutivos e por ser minha segunda mãe!

À minha irmã Isabel, por sempre me proporcionar alguns ensinamentos os quais insisto em não aprender...

Aos meus cunhados e sobrinhas... pelo apoio...

Aos meus "quase" sogros Dona Toninha e Seu Narciso por me tratarem como uma filha...

À todos os funcionários do Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Central de Materiais e Esterilização pelo companheirismo e aprendizado diários.

Às Enfermeiras do Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica de Botucatu, em especial a Amanda e Marla:

Obrigada por terem me ajudado a iniciar e continuar este sonho, embora muitos dissessem não...

Obrigada a todas as enfermeiras por serem as companheiras mais fortes que já vi!
Juntas nós fazemos a diferença!

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização deste sonho!!!

Resumo

Nos últimos anos, o agente comunitário de saúde (ACS) tem sido objeto de estudos, voltados para a análise de sua identidade na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nesse contexto, o presente estudo buscou apreender como os agentes comunitários da ESF, da cidade de Botucatu/SP, se percebem em seu cotidiano de trabalho. A pesquisa incluiu ACS de todas as Unidades de Saúde da Família do referido município. Foram realizados três grupos focais com quinze ACS no total, sendo agrupados com um representante de cada unidade. Em cada reunião, o agrupamento ocorreu a partir da visita em cada unidade, sorteio dos sujeitos e convite para participação nos grupos focais, sendo definido de acordo com o tempo de experiência profissional. O conteúdo absorvido dos três grupos focais realizados foi sistematizado em oito temas e 19 subtemas para sua análise e discussão. A análise dos dados mostrou que as maiores dificuldades eram referentes às condições de trabalho, ao tipo de população atendida e a burocracia existente no cotidiano. No que tange as relações dos agentes comunitários com os usuários, a necessidade do vínculo ficou evidenciada para o exercício da profissão. O agente espera ser bem recepcionado e as relações muitas vezes se confundem e vão além da profissional, tornando-se por vezes relações de amizade. A falta de suporte e a troca de profissionais atuantes na equipe como um todo é relatada como um fator negativo levando a descontinuidade do trabalho desenvolvido. Para o ACS ele não parece ser visto com a devida importância na equipe e os difíceis casos encontrados nas visitas domiciliares não são considerados com o valor que precisariam ter, culminando assim na falta de resolutividade do serviço e no baixo suporte para ele. Algumas sugestões principais podem ser apontadas, como a melhora da elucidação dos propósitos da ESF para a população e para a própria equipe e o investimento na melhoria das relações interpessoais e do trabalho em equipe.

Palavras-chave: agente comunitário de saúde, trabalho, cotidiano, relações com usuários e equipe, Estratégia de Saúde da Família.

Abstract

In the last few years, community health agents (CHAs) have been the object of study in the analysis of their identity in the Family Health Strategy (FHS). In this context, the present study aimed at apprehending how community agents in the city of Botucatu/SP perceive themselves in their routine work. The study includes CHAs from all Family Health Units in the abovementioned city. Three focal groups consisting of a total number of fifteen CHAs were performed. The participants were grouped with one representative from each unit. In each meeting, grouping occurred from a visit to each unit, a random selection of subjects and an invitation to participate in the focal groups. Groups were defined according to the period of professional experience. The content absorbed from the three focal groups performed was systematized into eight themes and 19 sub-themes for analysis and discussion. Data analysis showed that the greatest difficulties were related to work conditions, the type of population assisted and the bureaucracy existing in routine work. As regards the relationship of community agents with users, the need for ties to exercise their profession was observed. Agents expect to be well received, and relationships are often mixed, reach beyond the professional sphere and, thus, sometimes become a friendship relation. The lack of support and the exchange of professionals working on the theme as a whole is reported as a negative factor that leads to discontinuity of the work developed. To the CHAs, they do not seem to be given their due importance on the team, and the difficult cases found during home visits are not as seriously considered as they should be, thus resulting in the lack of resolutivity in the service and little support to it. Some suggestions can be indicated, among which is the improvement in the elucidation of FHS purposes to the population and to the team itself and the investment on the improvement of interpersonal relationships and team work.

Key-words: healthcare community agent, work, everyday, relationship with users and the team, Family Healthcare Strategy.

Sumário

RESUMO	10
ABSTRACT.....	12
APRESENTAÇÃO	16
LISTA DE ABREVIATURAS	19
1. INTRODUÇÃO.....	21
1.1 Estratégia de saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde..	24
1.2 O Papel dos agentes comunitários de saúde na ESF	28
1.3 O trabalho do ACS na atenção básica	35
1.3.1 A importância do trabalho do ACS e seu cotidiano	36
1.3.2 A visita domiciliar e seu papel no trabalho dos ACS	41
2. OBJETIVOS.....	48
3. ASPECTOS METODOLÓGICOS	50
4. RESULTADOS E ANÁLISE DE DADOS	62
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
ANEXO 1 – Histórico ACS e ESF em atuação	113
ANEXO 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido	115
ANEXO 3 – Folha de caracterização do sujeito.....	117
ANEXO 4 – Roteiro do Grupo Focal - ACS.....	119
ANEXO 5 – Transcrições.....	121

Apresentação

Primeiramente, realizar uma apresentação é algo muito importante, pois dizer aqui quem eu sou e por que fiz essa pesquisa carece uma elucidação.

Lembro-me em todos os momentos da pesquisa e os que ainda virão, do que fez a temática ganhar cada vez mais força e acabar se movimentando para essas páginas...

Em 2004 e 2005 ainda nos anos da graduação minha atenção foi voltada com grande importância ao ainda Programa Saúde da Família, onde tínhamos estágios frequentes. Sentia-me bem com a atenção em nossas consultas de enfermagem e nosso caminhar com os agentes comunitários de saúde. Quanta terra, atalhos, casas, sol!

Foi neste tempo em que essa semente foi plantada... Como os agentes enxergam a necessidade de chamar a enfermeira, o médico, o auxiliar de enfermagem... e os tantos outros profissionais para os auxiliar no atendimento nessas visitas?

A semente havia sido plantada, mas ainda não cultivada...

Após o término da graduação, não havia dúvidas em minha cabeça que a pós graduação era um caminho a ser seguido. Tantas pesquisas feitas com tantos professores... como isso era bom!

Trabalhando em ambiente hospitalar, no próprio HC da Faculdade, desde o término da graduação, ainda via grande ligação entre os setores da saúde. Isto me fez aprender mais, entender mais a clientela que recedia, pois trabalhava com a população que muitas das vezes também era atendida nos postos de saúde.

Ao mesmo tempo ainda continuava realizando pesquisa científica na área da saúde. Em uma dessas pesquisas posteriores, minha querida professora Marli Cassamássimo me fala sobre a facilidade da pesquisa se tornar algo ainda maior...

Com todo seu desprendimento característico intermedia nosso encontro com Dra. Sueli Martins e pronto! Assim mesmo, tudo começa...

Dra. Sueli Martins atende ao pedido e começamos a pesquisa. Muitos ensinamentos, diante de paciência, carinho, saber científico e persistência característicos de minha orientadora.

Fomos então muito bem recebidos pela Secretária da Saúde, pelos postos e todas as equipes e a pesquisa não teve como ter outro rumo que senão o sucesso!

Inicialmente o foco de nossa pesquisa foi entender como os ACS enxergam a necessidade de chamar a enfermeira, o médico, o auxiliar de enfermagem... e os tantos outros profissionais para os auxiliar no atendimento nas visitas domiciliares. No entanto, durante a pesquisa observamos que nossa temática havia mudado, pois os dados apresentados pelos agentes sobre o cotidiano de seu trabalho eram muito expressivos e focamos então, nessa temática.

Assim, termino agradecendo a todos... orientadora, professores, colegas de trabalho, novos colegas, amigos, pessoas pesquisadas e tantas outras pessoas que trouxeram de tão bom grado um pedacinho de si, para que eu me tornasse uma pessoa melhor e contribuísse com o mundo científico.

De minha alma, muito obrigada!

Lista de abreviaturas

- ACS** - Agente Comunitário de Saúde
 - ESF** - Estratégia de Saúde da Família
 - FMB** - Faculdade de Medicina de Botucatu
 - HC** - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu
 - NOAS** - Normas de Operalização de Atenção à Saúde
 - NOB** - Normas de Operalização Básicas
 - OMS** - Organização Mundial de Saúde
 - PACS** - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
 - PSF** - Programa Saúde da Família
 - SIAB** - Sistema de Informação da Atenção Básica
 - SUS** - Sistema Único de Saúde
 - UBS** - Unidade Básica de Saúde
 - UNESP** - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
 - UNICEF** - Fundo das Nações Unidas para Infância
 - USF** - Unidades de Saúde da Família
 - VD** - Visita Domiciliar
-

1. Introdução

O Programa de Saúde da Família (PSF) tem sua origem em 1991 com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994 foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários cujo principal instrumento de trabalho é a visita domiciliar, um importante instrumento para a vigilância da saúde da população (BRASIL, 2006a).

Dentro da organização do PSF, cada território está ligado à respectiva unidade e à equipe, que conforme necessidade, deverá realizar atendimento domiciliar. Desta forma o número de visitas ao domicílio, então, vai depender das condições de saúde de seus habitantes, de acordo com as necessidades identificadas pela equipe (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2006a).

É nesse contexto que Trad & Bastos (1998), indicam que no PSF a incorporação do atendimento domiciliar aponta para uma reestruturação e reorganização das práticas de saúde para além dos muros dos serviços de saúde, deslocando seu olhar para o espaço-domicílio das famílias e comunidades nas quais as práticas estão enraizadas e, desta forma, a família e seu contexto tornam-se alvos estratégicos de investigação para o PSF, hoje Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Após experiência acumulada com o programa, o Ministério da Saúde percebeu, que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) poderiam ser importantes para a organização da atenção básica nos municípios (ANDRADE, 2002), entendendo-se atenção básica como o conjunto de ações individuais e coletivas, situadas em um nível de alta complexidade e baixa densidade, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva, Silva & Dalmaso (2002) referem que nesse contexto o ACS aparece como personagem fruto da tentativa de juntar atenção primária e saúde comunitária, buscando resolver questões, como o acesso aos serviços, bem como integrar as dimensões de exclusão e cidadania, ou seja, o desafio de juntar o pólo técnico ao pólo político das propostas.

O ACS deve considerar em seu trabalho todos os moradores de cada casa, sendo responsável pelas visitas domiciliares frequentes, nas diferentes questões relacionadas com a saúde. Identifica problemas, orienta segundo

educação recebida, encaminha à unidade, e acompanha a realização dos procedimentos necessários à proteção, a promoção, a recuperação/reabilitação da saúde das pessoas daquela comunidade (BRASIL, 2004a; 2006).

Tomando por referência o reconhecido papel do ACS de ligação entre comunidade e os demais profissionais que compõem a equipe de saúde, justifica-se a pertinência desta pesquisa que visa conhecer o cotidiano de trabalho do ACS e suas relações com os usuários e equipe.

Para tanto, priorizamos os temas: Estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde¹; o papel dos ACS dentro da ESF e a importância do trabalho do ACS e seu cotidiano na atenção básica. Tais temas são apresentados a seguir, a luz da literatura correlata.

¹Nesse estudo, atenção básica é tomada como sinônimo de atenção primária.

*1.1 Estratégia de saúde da família como
modelo de atenção básica à saúde*

Aqui procuraremos explorar a ESF, sua história objetivando contextualizar seus objetivos, sua estrutura e os sujeitos envolvidos.

A história da Estratégia de Saúde da Família tem início em 1988, quando a própria Constituição Federal já exigia uma mudança contundente no modelo de atenção à saúde até então em vigência. Do modelo centralizado na medicalização, nos hospitais e no caráter curativo, passaria-se a um modelo voltado para as ações de prevenção e de promoção da saúde, baseado em atividades principalmente coletivas (GIACOMOZZI & LACERDA, 2006).

É preciso, ainda, reforçar que o Sistema Único de Saúde, embora tenha sido explicitado em sua formalização inicial, pela Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, operacionalizado por meio de legislação específica, tais como A Lei Orgânica de Saúde e pelas Normas de Operacionalização Básicas e de Atenção à Saúde (NOBs e NOAS), não é um modelo simples e estanque. O SUS é um processo, e como tal, é algo em constante construção, na busca por seu próprio aperfeiçoamento, objetivos e ideal (VALENTIM & KRUEL, 2006).

Nos anos 90, com a revalorização do tema família no debate político nacional, principalmente para fazer frente ao aumento da criminalidade entre crianças e adolescentes aliadas às epidemias de dengue e cólera é que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) se expande e intensifica sua ação (VASCONCELOS, 1999a).

Para Teixeira (2004), a mudança do modelo de atenção vem se desenvolvendo desde o início da década de 1990, principalmente a partir de 1993/1994, quando foi intensificado o processo de municipalização e desencadeado o processo do Programa de Saúde da Família (PSF). Este programa, foi adotado com a intenção de atender a todos os princípios legais do SUS, especialmente os de universalidade de acesso, de integralidade da assistência à saúde e de resolubilidade, englobando paulatinamente toda a rede de serviços básicos, por meio da ampliação e qualificação da atenção primária em saúde (GIACOMOZZI & LACERDA, 2006).

Em sua concepção inicial, o principal propósito do PSF era tornar-se a porta de entrada do usuário ao SUS e ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, de forma hierarquizada, por meio da atenção básica (VALENTIM & KRUEL, 2006).

A Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, do governo brasileiro estabelece que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica - que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2006c).

Em 2006/2007, com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica e a Portaria 1886/GM/MS, o Programa Saúde da Família parece ter tomado amplitude maior, deixando de ser visto como um simples programa, passando a ser orientador e estruturante na organização do SUS, sendo denominado então, Estratégia de Saúde da Família (VALENTIM & KRUEL, 2006).

A Estratégia de Saúde da Família adota uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida e, para o Ministério da Saúde, um dos seus objetivos é gerar práticas cujo desenvolvimento exige profissionais com visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade na qual ela está inserida, valorizando uma abordagem integral e resolutiva (ALEXANDRIA, 2004; BRASIL, 2006b).

Assim, para Bonassa & Campos (2001), visualizam-se três características fundamentais da ESF: em primeiro lugar, a ênfase na territorialização e na adscrição da clientela, responsabilizando cada equipe pelo cadastramento e acompanhamento das famílias do território de abrangência. Segundo, ela tem caráter substitutivo, por meio de suas unidades, uma vez que não constitui uma nova estrutura de serviços (excetuando-se as áreas anteriormente desprovidas de), mas sim substitui as práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde e na participação da comunidade e, por fim, ela faz parte orgânica do SUS, dentro do princípio da integralidade e da hierarquização. Por isso, deve estar vinculada à rede de serviços, de forma a garantir atenção integral aos indivíduos e às famílias, em todos os níveis de complexidade, sempre que necessário (VALENTIM & KRUEL, 2006).

Essa mudança configura uma nova prática de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, e implica ruptura da dicotomia entre as

ações de saúde pública e o atendimento médico individual, bem como entre as práticas educativas e assistenciais (TRAD et al. 2002).

Passados cerca de quinze anos do início da implantação do PSF, posteriormente identificado como estratégia, são mais de 75,2 % os municípios atendidos (BRASIL, 2008). Entretanto, ainda há desafios, dentre os quais a sua própria qualificação e a necessidade de se avançar na integralidade e na resolutividade da atenção em saúde (VALENTIM & KRUEL, 2006).

É necessário destacar que as mudanças em termos de modelo assistencial compreendem componentes técnicos e políticos. Entre estes últimos, podem-se incluir elementos qualitativos envolvendo os atores sociais e suas dificuldades, a estrutura política e sanitária do país, e outros fatores que repercutem sobre o objeto saúde e sua dimensão técnica (TRAD et al, 2002).

Assim, em relação aos atores sociais na ESF, além das atribuições específicas, os profissionais da equipe têm diversas responsabilidades em comum, como conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, identificar seus problemas de saúde e situações de risco mais comuns, e construir conjuntamente um plano local para o enfrentamento dos mesmos, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais (BRASIL, 2006b).

Nesse contexto de mudanças, surge a necessidade do conhecimento dos atores sociais como os ACS, e suas práticas, assim como seu trabalho, aprofundando o estudo sobre sua visão.

*1.2 O Papel dos agentes comunitários de
saúde na ESEf*

Como visto anteriormente, o ACS ocupa um espaço importante dentro da reformulação proposta para a atenção básica em saúde. Assim, apresentaremos agora questões acerca do ACS; as expectativas do Ministério da Saúde e reflexões que as envolvem.

Espera-se que cada equipe de Saúde da Família deve ser capacitada para conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na Unidade, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar e desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados (BRASIL, 2009).

A fim de atender tais objetivos o projeto oficial propõe que as equipes da ESF sejam compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e de quatro a seis ACS, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe. Outros profissionais - a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos - podem ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade (BRASIL, 2006c).

O trabalho em equipe torna-se pressuposto para a integralidade das ações de saúde, requerendo a construção de projeto assistencial comum para atender com qualidade as necessidades dos usuários (SCHRAIBER et al., 1999). Pedrosa & Teles, (2001), reconhecem que os indivíduos não escolhem arbitrariamente viver ou trabalhar juntos e que formam novo agrupamento diante de cada situação que se apresenta com todas as suas representações e vivências anteriores. É nesse contexto que surge a figura do agente comunitário de saúde. No Brasil, segundo os dados de 2007 havia cerca de 221 mil ACS em todo o território nacional (BRASIL, 2007).

De acordo com Alexandria (2004) o ACS é uma pessoa da própria comunidade, que vive vida igual a de seus vizinhos, mas que está preparado para orientar as famílias a cuidarem de sua própria saúde e também da saúde da comunidade. Deste modo, ele age em sintonia com a unidade de saúde mais próxima, sendo um trabalhador que faz parte da equipe de saúde local, desenvolvendo ações que buscam a integração entre equipe de saúde e a população (BRASIL, 2006a).

O ACS é um trabalhador de saúde que pode atuar no Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), os quais vem se consolidando no contexto da municipalização e descentralização das ações de atenção primária à saúde no Brasil (FERRAZ & AERTS, 2005). Para o Ministério da Saúde, o ACS ao fazer a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, deve visitar cada domicílio, desenvolvendo ações educativas, visando prevenção das doenças e promoção da saúde (BRASIL, 2006b). Além disso, os agentes têm sob sua responsabilidade, na maioria das vezes, o mapeamento de cada área, cadastramento das famílias e mobilização da comunidade para práticas que garantam melhores condições de vida (BRASIL, 2006c; FERRAZ & AERTS, 2005). Além de informar a unidade de saúde a qual está vinculado sobre as microáreas de risco, o ACS deve atuar com a equipe, junto às autoridades locais e à comunidade na busca de soluções para os problemas observados (BRASIL, 2004a; SUSAM, 2005; VALENTIM & KRUEL, 2006).

A portaria n^o 648 de 28 de março de 2006 dispõe que na Unidade de Saúde da Família, a equipe multiprofissional deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3000 habitantes, devendo o número de ACS ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada (BRASIL, 2006c). Assim, o ACS deve trabalhar com famílias de base geográfica definida (ALEXANDRIA, 2004).

Mendonça (2004, p. 3) destaca a característica singular do ACS no que se refere ao seu pertencimento à comunidade, como forma de “[...] garantir a vinculação e a identidade cultural de grupo com as famílias sob sua responsabilidade”.

As atribuições básicas dos ACS estão estabelecidas na Portaria GM/MS n^o 648 de 28 de março de 2006, sendo detalhadas. São mencionadas atribuições

que fazem parte do conhecimento da área (cadastramento, diagnóstico demográfico, definição do perfil socioeconômico, mapeamento e outras); atribuições que fazem parte do acompanhamento, monitoramento, prevenção de doenças e promoção da saúde, sendo detalhados os grupos populacionais que deverão ser acompanhados (gestantes, puérperas, hipertensos e outros), os temas que deverão ser abordados (aleitamento materno, imunização, reidratação oral e outros) e as necessidades de monitoramento (diarréias, infecções respiratórias agudas, tuberculose, hanseníase e outros). São mencionadas, ainda, ações educativas referentes à prevenção do câncer, métodos de planejamento familiar; saúde bucal, nutrição e atribuições que não são específicas da saúde, como ações educativas para preservação do meio ambiente; abordagem dos direitos humanos e estimulação à participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida (BORNSTEIN & STOTZ, 2008; BRASIL, 2006c).

Bornstein & Stotz (2008), afirmam que a maioria das “atribuições” mencionadas é composta por atividades relacionadas com os programas desenvolvidos pelas unidades de saúde e tem caráter biomédico e individual. Ainda que se mencione a necessidade de promover “ações coletivas”, os instrumentos de informação que devem ser preenchidos pelos ACS e que fazem parte do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) não detalham este tipo de trabalho. A ênfase do SIAB é feita sobre fichas que permitem a avaliação da produtividade baseada em ações individuais e avaliação de indicadores de saúde (BORNSTEIN & STOTZ, 2008).

Nogueira et al. (2000) trazem a discussão sobre o perfil do ACS e seu enquadramento em relação a outras profissões de saúde. Pontuam que existem duas interpretações: uma, em que o ACS é entendido como pertencendo ao grupo de enfermagem por realizar cuidados de saúde, e outra, em que o ACS é visto como um trabalhador genérico que não tem similar entre as profissões de saúde tradicionais.

Silva & Dalmaso (2002) referem-se a duas dimensões principais que podem ser identificadas na proposta de atuação do ACS: uma mais estritamente técnica, em que se situa o atendimento aos indivíduos e famílias, a prevenção de agravos e o monitoramento de grupos ou problemas específicos, e outra mais política, em que a saúde é entendida no contexto mais amplo e onde se insere a

organização da comunidade e a transformação das condições de vida. Mencionam também a dimensão de assistência social, esclarecendo que esta pode ser encontrada na prática, ainda que não constasse dos programas oficiais em 2002. Os autores entendem que, ao assumir estas dimensões, cria-se um dilema permanente para o agente, na medida em que a convivência entre as diferentes dimensões entra em conflito na dinâmica do cotidiano. Entendem que o saber sistematizado e os instrumentos existentes na área da saúde não são suficientes para suprir as necessidades de trabalho dos agentes, tanto no que se refere à abordagem familiar, como com relação ao contato com situações de vida precária. A falta de saberes sistematizados para o pólo mais político e de assistência social acaba fazendo com que os ACS trabalhem mais com o senso comum e com a religião. Ressaltam ainda a variedade de expectativas existentes sobre a função do ACS, que ora se vê como educador em saúde, ora como organizador de acesso, como “olheiro” da equipe na identificação e captação de necessidades.

Entre estas proposições e questionamentos podemos perceber que para tanto é primordial o processo permanente de capacitação desses profissionais.

Para Tomaz (2002), quando se pretende discutir o processo de formação ou qualificação de recursos humanos em saúde e, portanto, dos ACS, é fundamental se ter clareza de três aspectos: o perfil do profissional a ser capacitado, suas necessidades de formação e qualificação e que competências devem ser desenvolvidas ou adquiridas no processo educacional.

Dentre as atribuições dos ACS definidas pelo Ministério da Saúde, duas merecem uma atenção especial quando se discute a formação desses profissionais. A primeira, afirma que os ACS devem orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde e a segunda salienta que eles devem informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades, principalmente a respeito das situações de risco (BRASIL, 2006c). Curiosamente, nessas duas atribuições pode-se identificar o movimento bi-direcional dos agentes, aqueles que, de um lado, informam à população “modos de fazer” estabelecidos pelo sistema de saúde oficial e que, de outro lado, munem os profissionais de saúde de elementos chaves para a compreensão dos problemas de saúde das famílias e das necessidades da população (NUNES et al., 2002).

Nesse sentido, o treinamento desses agentes deve muní-los de conhecimentos diversos em torno da questão do processo saúde-doença, incorporando além da perspectiva biomédica, outros saberes que o habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades de saúde. Vale lembrar a distinção formulada por Jeffer et al. (1971), e reportada por Paim (1982), entre desejos, demandas e necessidades de serviços de saúde. Desejos e demandas seriam construções dos próprios usuários, sendo que desejos estariam ligados à percepção dos problemas de saúde que gerariam a necessidade de ter acesso a um serviço de saúde, enquanto que a demanda já incluiria uma avaliação da possibilidade concreta de ter acesso a esse serviço desejado. Por outro lado, as necessidades de serviços de saúde seriam a quantidade e o tipo desses serviços, definidos pelos profissionais (médicos), para serem consumidos pela população para permanecer ou tornar-se sadia (NUNES et al., 2002).

Segundo Matumoto (1998), o processo de qualificação do ACS, na década de 1990, ainda era desestruturado, fragmentado e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desenvolvimento de seu papel. Sendo assim, é neste momento que a qualificação do agente pesa em relação à percepção que este tem quanto à necessidade da população em domicílio, pois se este possuir um arcabouço teórico-científico fornecido pela equipe o qual lhe permita diferenciar e qualificar essa necessidade, haverá, de modo certo, uma maior qualidade no serviço oferecido.

Por outro lado, desde a implantação do PACS, os agentes comunitários de saúde vinham se organizando em busca do reconhecimento legal da profissão e, com a expansão do Programa Saúde da Família e a conseqüente incorporação destes trabalhadores nas equipes multiprofissionais, houve então, uma ampliação das aspirações do reconhecimento de sua identidade profissional e de seus direitos trabalhistas e sociais.

Desta forma, o contexto sócio-político em que se insere esta nova categoria profissional, as peculiaridades da lei de outubro de 2006 e as orientações da atual política de educação profissional do Ministério da Saúde explicitam claramente uma concepção de formação que possibilite ao trabalhador uma

elevação de sua escolaridade e de seu perfil de desempenho profissional (BRASIL, 2006b).

Portanto, como é possível observar, as atribuições e expectativas referentes aos ACS são bastante amplas, possibilitando várias ações no contexto da Saúde Coletiva. Assim, suas práticas e condutas são relevantes para o contexto atual, pois suas ações redirecionam a consolidação da Estratégia de Saúde da Família.

*1.3 O trabalho do APOS na atenção
básica*

1.3.1 A importância do trabalho do ACS e seu cotidiano

Exploraremos neste momento a última parte da problemática pesquisada, contextualizando a importância do trabalho do ACS, seu cotidiano na atenção básica e a prática da visita domiciliar (VD) com sua importância dentro da dinâmica de trabalho da equipe de saúde.

Para focar o cotidiano, procuramos entendê-lo a partir de Heller (1987) que em sua obra, busca conhecer o sistema dinâmico da atividade e do pensamento cotidiano. Para a autora a "vida cotidiana é um conjunto de atividades que caracterizam a reprodução dos indivíduos particulares², os quais por sua vez, criam a possibilidade da reprodução social" (HELLER, 1987, p. 19).

Deste modo, a vida cotidiana se compõe de atividades, que se interagem em movimento simultâneo. Dela, faz parte a vida privada, os lazeres, o descanso, atividade sistematizada, o intercâmbio e a organização do trabalho (BIANCO, 1999).

Codo, Sampaio & Hitomi (1993) afirmam que apesar da vida do indivíduo não ser sinônimo de trabalho, não é possível estudá-la na ausência dele.

Reportando ao processo de trabalho em saúde, Ribeiro, Pires & Blank (2004) defendem que o modelo de produção é historicamente contextualizado e caracteriza-se pela lógica taylorista, isto é, "da divisão do trabalho, do conteúdo, da tarefa, do sistema hierárquico, das modalidades de comando, das relações de poder, etc." (p. 439).

Desta forma, para que esse processo de trabalho se otimizasse cada vez mais, chegou-se à compartimentalização do trabalho, cada vez mais exercido em etapas, claramente delimitadas, sem que o trabalhador pudesse ter idéia do todo (HELOANI, 2003).

O trabalhador fica separado de sua obra, compreendida com o reconhecimento do seu trabalho, tanto para si mesmo, como para o usuário. Os atos parcelares de saúde, que são denominados procedimentos, distanciam muito o trabalhador do resultado do seu trabalho. Nas palavras de Campos (2002, p. 235)

² Heller (1992, p.20) afirma que a vida cotidiana é a vida do indivíduo, que é sempre, "*simultaneamente, ser particular e ser genérico*. [...] No caso do homem, a particularidade expressa não apenas seu ser 'isolado', mas também seu ser 'individual'". O que caracteriza a particularidade socialmente mediatizada, segundo a autora, é a 'unicidade' e 'irrepetibilidade', que se torna complexo, baseando-se na apropriação da realidade social e, ao mesmo tempo, das capacidades humanamente específicas de manipulação das coisas, a partir de suas necessidades e paixões. Ao mesmo tempo o indivíduo é um ser genérico "já que é produto e expressão de suas relações sociais, herdeiro e preservador do desenvolvimento humano" (p.21).

“não há vocação que resista à repetição mecânica de atos parcelares. Trabalhar em serviços de saúde assim estruturados costuma transformar-se em suplício insuportável”.

Outra questão permeada pela divisão do trabalho sob a ótica capitalista é a do poder. Observa-se a presença de embates na organização cotidiana do trabalho em Saúde da Família, com uma constituição de equipe formada por agentes de saúde com forças desiguais, sem articulação entre elas. A autoridade exercida hegemonicamente pelo gestor impede a manifestação do trabalhador e do usuário (RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004).

Na concepção de Peduzzi & Palma (1996), o trabalhador de saúde deve ser um “agente de trabalho” e não qualquer recurso humano, um profissional ou força de trabalho. Os autores afirmam que

A denominação *agente do trabalho* refere-se ao *trabalhador* como elemento constituinte do processo de trabalho, colocando em evidência as relações do agente com os demais elementos deste processo [...] permite a apreensão da dimensão transformadora do trabalhador em sua condição de sujeito histórico que, no trabalho e por meio do trabalho e por meio da ação, faz a finalidade social de sua intervenção realizar-se (PEDUZZI & PALMA, 1996, p. 237).

Essa configuração e posicionamento do trabalhador como “agente de trabalho” não é facilmente assumida. Requer um envolvimento de toda a equipe, enquanto um coletivo, em contraposição, ao modelo taylorista baseado na especialidade e na fragmentação do trabalho.

Afirmam Leopardi (1999) e Felli & Peduzzi (2005), que o trabalho em saúde não produz bens a serem estocados e comercializados, e sim, que são imediatamente utilizados ao serem produzidos. Historicamente esses trabalhos foram sendo menos valorizados, pois não produziam em consonância com uma ordem econômica instituída. E por serem menos valorizados, foram relegados em sua importância. No entanto, foram se diferenciando de outros trabalhos do setor de prestação de serviços na medida em que lidam com grupos sociais e populações que demandam ações relacionadas ao processo saúde-doença ou outros problemas de saúde.

Neste contexto, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) criados respectivamente em 1991 e 1994, com o objetivo de reorganização da prática de atenção à saúde com atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde, foram iniciativas que apontam de um lado para a expansão do mercado, e do outro para a reestruturação do processo de trabalho em saúde via o trabalho em equipe e criação de novas ocupações para o setor, entre elas o agente comunitário de saúde (LANZONI, SCHVEITZER & LINO, 2007).

Nos últimos anos, o ACS tem sido objeto de estudos, voltados para a análise de sua identidade e seu papel nos diferentes programas de saúde e, ainda, para a compreensão de seu processo de trabalho no âmbito de novas formas de execução de políticas sociais descentralizadas pelo Estado (CUNHA, 2008).

As características da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) exigem modalidades de contratação compatíveis com seus propósitos de trabalho, assegurando, acima de tudo, sua identificação e relacionamento com a comunidade. Não somente pela exigência de adequar as modalidades de contratação ao perfil social do agente, os dirigentes vêm utilizando as mais diversas formas para contratar o trabalho do Agente Comunitário. Por outro lado, desde a implantação do PACS, os agentes comunitários de saúde vêm se organizando em busca do reconhecimento legal da profissão e, com a expansão da saúde da família e a conseqüente incorporação destes trabalhadores nas equipes multiprofissionais, houve uma ampliação das aspirações do reconhecimento de sua identidade profissional e de seus direitos trabalhistas e sociais. A organização dos agentes comunitários propiciou a edição do Decreto Federal nº 3.189/99, que fixa as diretrizes para o exercício de suas atividades e, posteriormente, a elaboração de um projeto de lei que culminou na publicação da Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho de 2002 que cria a profissão de agente comunitário de saúde (BRASIL, 2004a).

Segundo dados de Queiroz et al. (2006), os ACS estão submetidos diariamente a diversos fatores de riscos, como: riscos físicos: temperaturas altas e baixas podendo causar manchas na pele e problemas respiratórios; riscos químicos: poeiras, fumaças, trazendo em conseqüência muitos problemas alérgicos; riscos biológicos, como vírus, bactérias, podendo provocar dengue, meningite viral; riscos psíquicos: monotonia e falta de lazer, produzindo cansaço e estresse; riscos de

acidentes: arranjos físicos inadequados, assaltos e balas perdidas, podendo levar a fraturas e escoriações; e riscos ergonômicos: longas caminhadas e excesso de atividades, ocasionando dores musculares e fadigas (QUEIROZ et al., 2006).

Fazem parte da atividade aliadas ao trabalho dos ACS: subir escadarias, ladeiras; circular em ruas sem calçamentos, com esgotos a céu aberto; visitar áreas com alto risco de acidentes e assaltos e preencher diversas fichas. Casos como tentativas de assaltos; sinais e sintomas de resfriados, febres, dores nas costas e pernas devido a terem que levar de casa em casa todos os materiais que precisam em um dia de trabalho, como fichas de diabéticos, hipertensos, etc e a entrega de exames nas casas das famílias foram bastante relatadas (QUEIROZ et al., 2006).

Isto tudo faz parte do trabalho real do ACS que se torna desgastante, cansativo e estressante, mas também tem as suas compensações, como o reconhecimento da comunidade pelo seu trabalho e da gestão da unidade que lhe atribui tarefas consideradas mais intelectualizadas, como conduzir palestras para comunidade (QUEIROZ et al., 2006).

O Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004a), por exemplo, afirma que a profissionalização desses trabalhadores deve considerar as novas perspectivas delineadas para a educação profissional no Brasil, que apontam para elevação da escolaridade e para uma concepção de formação que proporcione compreensão global do processo produtivo, com a apreensão do saber tecnológico, a valorização da cultura do trabalho e a mobilização dos valores necessários à tomada de decisões (BRASIL, 2004a).

Nesse documento argumenta-se que tal concepção de formação caracteriza a necessidade de elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional. Compreendemos, neste contexto, que a elevação de escolaridade dos ACS não se limita à satisfação de exigências de requisitos formais para formação profissional técnica de nível médio. Muito além disto, trata-se de reconhecer a educação básica como um direito de todos os trabalhadores e também como uma condição *sine qua non* para concretizar uma formação que possibilita o aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, o domínio do conhecimento técnico-científico, a capacidade de autoplanejamento de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade de trabalhar em equipe, de interagir com os

usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho (BRASIL, 2004a).

Entretanto, para alguns, partidários de uma visão comunitarista, o ACS não deveria, como os demais profissionais de saúde, possuir um perfil ocupacional pré-definido. O tipo de orientação dado ao seu trabalho dependerá das próprias necessidades do público a ser atendido nas comunidades em que irá intervir. Outros entendem que o ACS necessita de definições técnicas claras, estruturadas e uniformizadas em seu perfil para o alcance de metas assistenciais unificadas nacionalmente pelo sistema de saúde oficial, decorrentes de uma visão oposta à primeira, a concepção universalista. Ao se colocar entre o serviço de saúde e a população, o trabalho do ACS reflete essas duas dimensões: auto-organização comunitária e os sistemas oficiais de saúde (SANTOS, 2004).

Portanto, a inserção dos ACS nas equipes tem como pressuposto a idéia de que as atividades e o processo de trabalho são, por natureza, múltiplos. Os caracteres de identidade com a comunidade e de pendor para a ajuda solidária entre iguais, pré-requisitos formais da profissão, quando presentes, acabam por influenciar no desenho do seu perfil ocupacional. Sendo o perfil do ACS complexo, permeável, com fronteiras não bem definidas, fluidas, situado na interface entre as obrigações do Estado para com os seus cidadãos e o protagonismo político da população, é de esperar que o ACS execute um conjunto de ações mais extensivas do que as prescritas em seu perfil oficial e com características distintas, em função de necessidades diferentes, das especificidades locais de distintos contextos sociais e no que no seu perfil profissional predominem preocupações e ações voltadas para as necessidades e prioridades da comunidade (SANTOS, 2004).

Achamos importante explicitar a visita domiciliar (VD) e seu papel no trabalho dos ACS por tal prática ser essencial em seu cotidiano e ser fundamental para o atendimento das necessidades da população envolvida.

1.3.2 A visita domiciliar e seu papel no trabalho do ACS

As práticas da ESF, como a visita domiciliar, visam ter como foco do trabalho a família, assim como possuir ações de caráter preventivo sobre a demanda. Dessa forma, constitui uma prática menos reducionista sobre a saúde, avançando para além da simples intervenção médica, que busca a integração com a comunidade, numa atuação interdisciplinar dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família (GIACOMOZZI & LACERDA, 2006).

Amaro (2003, p. 1) denomina visita domiciliar como:

[...] uma atividade de campo realizada por meio familiar ou comunitário em que se insere o indivíduo focal do atendimento. É também uma prática profissional, investigativa ou de atendimento, realizada por um ou mais profissionais, junto ao indivíduo em seu próprio meio social ou familiar. No geral, a visita domiciliar, enquanto intervenção, reúne pelo menos três técnicas para desenvolver-se: a observação, a entrevista e a história ou relato oral.

Para Takahashi e Oliveira (2001, p. 1):

A visita domiciliar é uma categoria da atenção domiciliar à saúde que prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas. É um instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de assistência e/ ou atenção domiciliar à saúde, sendo programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações.

A inclusão da família como foco da atenção básica em saúde ultrapassa o cuidado individualizado focado na doença, contextualizando a saúde produzida num espaço físico, social e relacional, resgatando assim, as múltiplas dimensões do processo saúde-doença. Para tal, deve-se considerar o meio no qual o indivíduo e as famílias se inserem cotidianamente, conhecendo melhor as variáveis que direta ou indiretamente interferem no bem-estar e desenvolvimento (AZEREDO et al., 2007).

O trabalho interprofissional na ESF assume fundamental importância para a abordagem da saúde da família, em especial na assistência domiciliar à saúde, que envolve os profissionais e as pessoas/famílias atendidas. Sendo assim, as práticas da assistência domiciliar pelos profissionais da ESF devem ser consideradas de modo a lhes revelar suas perspectivas, possibilitando uma reflexão

acerca de sua prática profissional na ESF (GIACOMOZZI & LACERDA, 2006).

Schimith & Lima (2004) referem que é no encontro entre profissionais e usuário que se dá uma negociação que visa a identificação de suas necessidades, uma busca de produção de vínculo, com o objetivo de lhe estimular a autonomia, quanto à sua saúde. O vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço.

Nesse horizonte, desde os primórdios do Programa Saúde da Família (PSF), agora ESF, pode significar um processo instituinte de mudanças na atenção à saúde, resgatando conceitos fundamentais de vínculo, humanização, co-responsabilidade e outros, que apontam para a reorientação do modo de operar os serviços de saúde (RODRIGUES et al. 2008).

A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, sendo entendidas, famílias e comunidade, como entidades influenciadoras nos processos de saúde-doença dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações com o meio e com as pessoas. O "sair para comunidade" precisa ter impacto na maneira de atuação dos profissionais, questionando seus conceitos acerca do modo de vivência e sobrevivência das famílias (VASCONCELOS, 1999b).

No entanto, os dados de estudo sobre o trabalho realizado fora da unidade de saúde são diversos.

Em estudo feito em uma unidade de Saúde da Família no município de Ribeirão Preto/SP com a equipe de enfermagem e os ACS sobre o trabalho realizado fora da unidade, constatou-se que aproximadamente 89% das atividades externas observadas foram visitas domiciliares. Durante as visitas, houve predomínio dos aspectos biológicos na abordagem do processo de saúde e doença das famílias restringindo-se a aspectos padronizados para cada situação, tais como: hipertensão arterial, *diabetes melitus* e acompanhamento de crianças menores de 2 anos (LOPES, 2004).

Em outro estudo sobre assistência domiciliar verificou-se que esta não modifica apenas a maneira de trabalhar, somando mais uma tarefa aos serviços de saúde tão saturados, mas tem potencialidades para sensibilizar o modo de agir e pensar dos profissionais. A prática de prestar assistência nos domicílios, nos lares,

nos locais de vivência e trabalho das pessoas, favorece uma aproximação da realidade que é complexa e dinâmica, possibilitando, portanto, uma reflexão e revisão da própria atitude dos profissionais na busca de transformações do cuidado (PEREIRA, 2001).

Na discussão localizada no Piauí, Pedrosa & Teles (2001) comentam que os agentes de saúde com liderança e participação em movimentos sociais mudavam sua forma de relacionamento com a comunidade ao se tornarem agentes de saúde, ou seja, à medida que assumiam as regras instituídas no contrato e nas metas de produtividade dos serviços de saúde, acabavam por se tornarem mais passivos ao trabalho, refletindo os conceitos de alguns membros da equipe. Por outro lado, os mesmos autores, assinalam o risco de que, na intermediação entre unidade de saúde e usuários, os agentes reproduzam comportamentos calcados em velhas concepções de favores e de facilitação do acesso.

Bornstein & Stotz (2008) relatam que há pressão sofrida pelos ACS sobre seu trabalho por parte das organizações locais e, também, há rejeição por candidatos não selecionados e que vivem, portanto, no mesmo local daqueles que foram aprovados e contratados.

Ainda sobre a mediação do acesso no sentido de sua facilitação, Trad et al. (2002) referindo-se à avaliação qualitativa da satisfação de usuários de PSF em cinco municípios da Bahia, confirmam que os ACS são valorizados pelos usuários pela facilidade em transitar no sistema formal de atenção à saúde, o que por sua vez também pode facilitar o acesso ao cuidado dos moradores. No entanto, quando se trata do acesso a serviços de maior complexidade, a avaliação indica que, de uma forma geral, em todos os municípios pesquisados, o sistema de referência e contra-referência vem funcionando de modo informal, utilizando-se de contatos pessoais com profissionais ligados a setores de média e alta complexidade.

Mais do que uma duplicação dos serviços da rede por meio da ação dos ACS, a visita domiciliar é geralmente uma cobertura mais ampla do que a realizada normalmente (PEDROSA & TELES, 2001).

Sobre a prática educativa e seu caráter dominador ou transformador das visitas domiciliares, o risco da educação ser dominadora é colocado por Nogueira et al. (2000), na medida em que o ACS tem objetivos pré-definidos com relação à melhoria da saúde da população e procura convencê-la sobre o que deve ser feito.

Como aspecto favorável a uma educação transformadora, as autoras mencionam o fato da própria formação do ACS já ser uma “democratização do saber médico”.

Nunes et al. (2002), consideram que o ACS pode funcionar ora como facilitador, ora como empecilho nessa mediação e no diálogo entre os dois tipos de saberes e práticas. Por um lado, o ACS convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha e, por outro lado, a sua formação acontece geralmente a partir de referenciais biomédicos. Facilita também seu papel de mediador do conhecimento sobre as dinâmicas sociais da comunidade. Os autores apontam a importância de explorar melhor a mediação entre saberes realizada pelos ACS, alertando que esta pode ser entendida como uma tradução no sentido que vai do universo científico ao popular. A mediação poderia ser feita no sentido de encontrar uma melhor estratégia para que as normas e as metas dos serviços sejam entendidas e assimiladas pelas “classes populares” ou no sentido de encontrar nos serviços uma abertura para entender a lógica e a dinâmica local (BORNSTEIN & STOTZ, 2008).

As atividades educativas desenvolvidas autonomamente pelos ACS surgem da percepção de que as proposições de mudanças de hábitos e comportamentos (alimentar, higiênico e outros) encontram várias formas de resistência por parte da população. Pedrosa & Teles (2001), mencionam que diante de dificuldades de aceitação com relação a palestras para gestantes, idosos e hipertensos, os ACS criam alternativas através da promoção de outros tipos de eventos como passeios, cartazes e dramatizações.

Nogueira et al. (2000) ampliam o conceito de mediação, quando apontam que a função de “ponte” pode ser entendida também com relação à facilitação do acesso aos direitos de cidadania de modo geral. O fato do agente de saúde visitar os moradores da comunidade em suas casas e entrar em contato com situações que muitas vezes não estão diretamente relacionadas à capacidade de resposta do setor saúde estende seu papel de mediação a distintas esferas de organização da vida social. A visita no domicílio das famílias criaria também uma nova relação com a comunidade diferente do que quando a pessoa vai à Unidade de Saúde onde não se conhece sua origem. Com base nos depoimentos colhidos, os autores propõem que o papel de mediador social exercido pelo ACS seja assim resumido: é um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida

da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado (NOGUEIRA et al., 2000).

Em debate sobre o texto mencionado anteriormente, Tomaz (2002) alerta sobre a “super-heroização” e a “romantização” do ACS quando se atribui a este profissional o papel de ser a “mola propulsora da consolidação do SUS”. Entende que suas atribuições e seu papel têm sido distorcidos, sobrecarregando seu trabalho. Comenta, também, que o processo de transformação social é um processo lento e é papel de todos os cidadãos.

Neste sentido, pesquisa realizada por Ribeiro (2006) mostrou que há sofrimento psíquico do trabalhador na organização do trabalho na Saúde da Família, que é oriundo desde experiências pontuais até um processo contínuo, vivenciado diariamente. Para a autora, o desgaste emocional, advém do comprometimento com a privacidade e a vida pessoal do trabalhador, a impotência em diversas situações do dia-a-dia, desde os atendimentos de rotina até situações de crise e agravos da saúde do usuário, e falta de profissionais, cabendo nessa situação a desarticulação entre os profissionais já atuantes.

Meira (2008) fortalece esta idéia ao dizer que possivelmente a pressão emocional sofrida pelo agente, conseqüência de impotência frente às demandas, aliada a conflitos e perdas, foi percebida pelos médicos e enfermeiros, que ao definir o perfil do ACS citaram a necessidade de equilíbrio emocional.

Em seus comentários sobre o texto de Silva & Dalmaso (2002), Nogueira (2002) afirma que a sobrecarga de expectativas com relação ao ACS não decorre do fato de haver descrições discrepantes sobre suas funções, mas principalmente pelas diferenças nas concepções eticopolíticas sobre como a saúde pode ser promovida nessa interface entre auto-organização comunitária e sistemas de Estado. Identifica uma visão comunitarista, para a qual o que o ACS faz depende dos problemas relatados e também vivenciados pelas famílias, como prioridades que não emanam dos programas de Estado e uma visão para a qual o ACS precisa ter um perfil técnico bem estruturado, um preparo técnico uniforme e um cargo nas estruturas organizacionais do Estado. Concorda com Silva & Dalmaso (2002), sobre a falta de abordagens e instrumentos adequados de preparação do ACS de uma maneira

geral.

Para Schraiber & Mendes-Gonçalves (1996), a demanda nos serviços de saúde tem origem no carecimento, que corresponde ao que o indivíduo entende que deve ser corrigido em seu estado sócio-vital. O PSF propõe uma atenção para além do carecimento, ou seja, busca o reconhecimento das situações de risco visando a promoção da saúde. Neste sentido, portanto, o agente comunitário tem grande importância, pois está em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É também um elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular.

Lima et al. (2000) apontam que é nesse cenário também que estes profissionais têm que atuar junto às necessidades de saúde da população, pois estas são o aspecto mais importante e embasam a configuração geral da estrutura do PSF. Devem saber qualificá-las, buscando apoio de outros profissionais, quando necessário. Deve-se atentar ainda, segundo o mesmo autor, que pode haver reais conflitos entre a percepção dos usuários de suas necessidades e a percepção dos serviços quanto às necessidades daqueles (usuários).

Deste modo, a produção/reprodução de necessidades de saúde depende, também, ainda que não somente, de como se estabelece a relação entre os sujeitos envolvidos no encontro assistencial, (SCHRAIBER, MENDES-GONÇALVES & NEMES, 1996), e para tal, faz-se necessário conhecer o processo pelo qual o agente comunitário passa a ter ciência de como é realizado o reconhecimento de auxílio de outros profissionais à população visitada em domicílio.

A ESF tem como desafios não só ampliar o acesso às ações de saúde mas, dar forma concreta a uma interpretação ampla de saúde e às idéias de integralidade da atenção, promoção da saúde, enfoque familiar, desenvolvimento de co-responsabilidades, humanização da assistência, e formação de vínculo entre profissionais e população territorializada. Para dar corpo a esse novo modelo, entre as várias ações projetadas e em execução encontra-se a prática sistemática das visitas domiciliares, realizada pelas equipes de saúde da família. Na política nacional direcionada à ESF, cabe a toda a equipe realizar o cuidado em saúde da população adscrita, tanto no âmbito dos serviços, como do domicílio e demais espaços comunitários (MANDÚ et al., 2008).

Contudo, prestar assistência à saúde no domicílio é muito mais que simplesmente levar a equipe de saúde ao usuário com dificuldade de locomoção ou realizar orientações com relação à higiene e alimentação. É compreender o contexto sócio-econômico e cultural que envolve os hábitos de higiene e alimentação da família; o significado da dificuldade de locomoção para o paciente e sua influência na dinâmica familiar. É avançar na compreensão do contexto no qual estas pessoas se inserem, comprometer-se.

Diante da importância que o Agente Comunitário de Saúde apresenta para a consolidação da ESF, entendeu-se como fundamental apreender como os Agentes, da ESF da cidade de Botucatu, percebem seu trabalho no cotidiano da unidade de saúde e do território em que atuam e as relações existentes entre usuários, famílias e equipe após seis anos de implantação.

2. Objetivos

Objetivo geral

Apreender como os agentes comunitários da Estratégia de Saúde da Família, da cidade de Botucatu, se percebem em seu cotidiano de trabalho.

Objetivos específicos

- Identificar, na óptica dos ACS, as relações existentes em seu cotidiano;
 - Identificar aspectos relacionados à inserção do ACS em seu cotidiano de trabalho;
 - Identificar aspectos relacionados à formação que, na visão dos ACS, contribuem para a atuação no cotidiano;
 - Verificar se há diferença de concepção acerca dos assuntos abordados, de acordo com o tempo de experiência do ACS na ESF.
-

3. Aspectos Metodológicos

Campo e Sujeitos da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na cidade de Botucatu, localizada na região centro-oeste do Estado de São Paulo, dista 235 km da capital, a qual está ligada pelas Rodovias Castelo Branco e Marechal Rondon e pela linha férrea da antiga FEPASA.

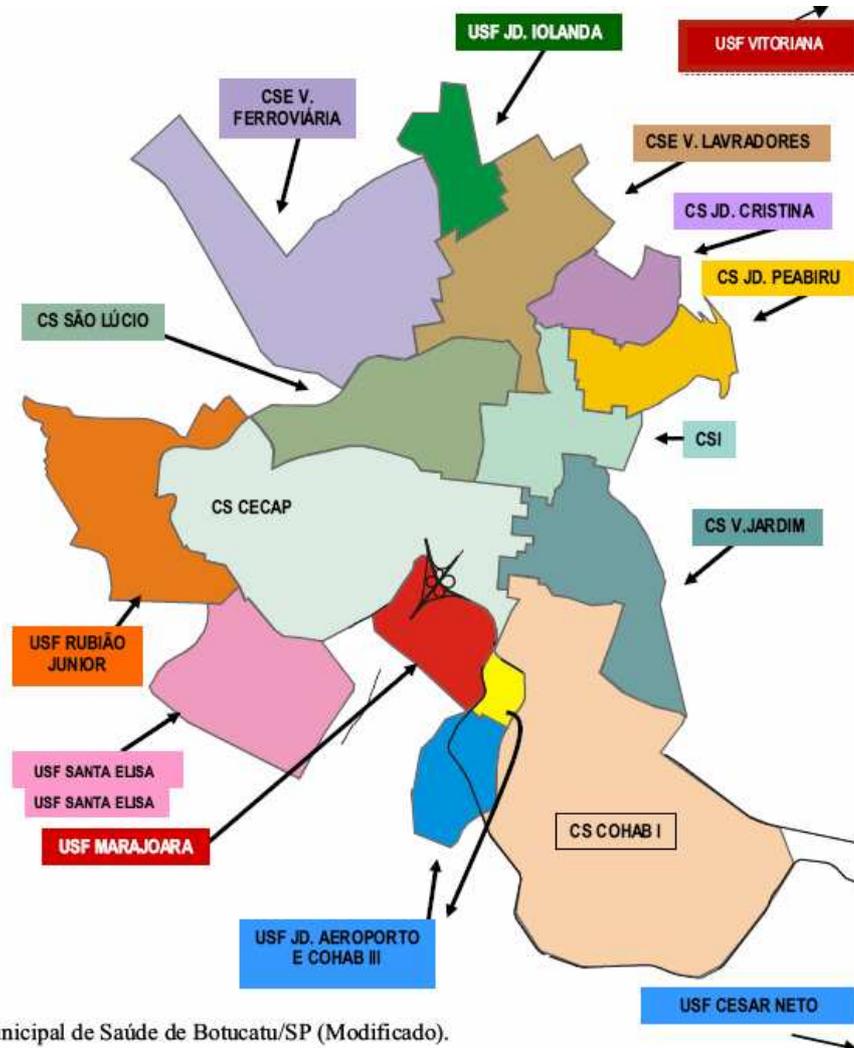
O município tem uma extensão de 1442,874 km², com área urbana de 154 km², às coordenadas da sede são: 22° 52' 48" de latitude sul e 48° 26' 24" de longitude oeste de Greenwich. A cidade é serrana, com clima subtropical úmido e invernos secos. Sua altitude média é de 711,5 metros do nível do mar, atingindo seu ponto mais alto aos 954 metros. As temperaturas variam entre as médias anuais de 25,6° C (máxima) e 15,4° C (mínima). A precipitação pluviométrica anual é de aproximadamente 1250 milímetros e os ventos dominantes são do sudoeste (IBGE, 2008).

Na atividade econômica predomina o setor terciário (serviços), seguido pelo secundário (industrial) e, por último, o primário (agricultura). A população de Botucatu passou de 55.596 habitantes, em 1970, para 108.112 habitantes em 2000 (dados do censo do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). O último censo, realizado em 2008, estima que a população de Botucatu seja de 128.397 habitantes (IBGE, 2008).

No Estado de São Paulo, segundo o último histórico (ANEXO 1), o número de equipes de Saúde da Família em 2008 era de 3134 e o de agentes comunitários de saúde era de 22.328, sendo um total de 75,2 % dos municípios que já implementaram a ESF (BRASIL, 2008). Em Botucatu neste mesmo ano havia 16 unidades do setor público prestadoras de serviços de Atenção Básica à Saúde, sendo: três Policlínicas (Cecap, Jardim Cristina e Centro de Saúde Central - CS1); três Centros de Saúde (Vila Jardim, Conjunto Habitacional – Cohab, e São Lúcio); dois Centros de Saúde Escola (Vila dos Lavradores e Vila Ferroviária); oito Unidades de Saúde da Família, com um total de 10 equipes implantadas contando com cerca de 63 ACS (Rubião Junior: com duas equipes; Parque Marajoara; Vitoriana; Santa Elisa; Jardim Peabiru: com duas equipes, Jardim Iolanda; Jardim Aeroporto: com duas equipes, sendo que uma atende César Neto) (BASSETO, 2008). Segundo

dados do Ministério da Saúde, em junho de 2009 a cobertura populacional estimada era de 26,87% e 71 era o número de ACS (BRASIL, 2009).

O mapa (Figura 1) ilustra a distribuição geográfica destas unidades:



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu/SP (Modificado).

Figura 1. Distribuição geográfica das USF no município de Botucatu.

A partir de dezembro de 2001, segundo Spagnuolo (2006), a Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu vinha discutindo a proposta de implantação do PSF incluindo a participação de profissionais de saúde e de lideranças comunitárias. O objetivo inicial do grupo foi estabelecer áreas prioritárias para a implantação do Programa. Após alguns encontros, o objetivo foi ampliado para ações de divulgação do PSF junto às populações-alvo e definição das características necessárias aos ACS.

A partir do início do ano de 2002, lideranças comunitárias foram convidadas para discussões sobre o PSF/PACS, ficando definida a importância de

sua implantação. Com o objetivo de esclarecer à comunidade sobre o PSF e debater as possíveis alterações a partir da implantação do novo modelo assistencial foram realizadas reuniões com as comunidades de algumas áreas pré-selecionadas. A partir desses encontros, acordou-se a respeito dos editais e datas para o início do processo seletivo para contratação das equipes e dos ACS.

Prioridade na agenda de saúde, em maio de 2003, o PSF teve início efetivo no município de Botucatu, com as contratações e as composições das oito equipes planejadas, em regiões com dificuldade de acesso à rede municipal de saúde. Na época, eram bairros ainda não assistidos por outras unidades de saúde em virtude de constituírem áreas de expansão urbana e áreas rurais.

Em 2006, tendo em vista o Projeto de Expansão do Programa Saúde da Família, o município amplia suas equipes para um total de dez, até o momento, sendo estas (SPAGNUOLO, 2006; BOTUCATU, 2009):

1 - Unidade de Saúde da Família do Jardim Aeroporto e Cohab III/ César Neto

Localizada na periferia do município, possui uma população de 5846 pessoas, sendo 1619 famílias cadastradas. A instalação física desta unidade abriga duas equipes de saúde de família: uma atende os bairros Jardim Aeroporto, Cohab Mutirão, Santa Mônica, Santa Cecília e 24 de Maio. A outra equipe atende o bairro da Cohab III e também a zona rural de César Neto. A equipe do Jardim Aeroporto é composta por uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, dois auxiliares de serviços gerais, um auxiliar administrativo e um auxiliar de consultório dentário (no momento da coleta desses dados não há médico e dentista na equipe). Na equipe da Cohab III há um médico, uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem, um auxiliar administrativo, dois auxiliares de serviços gerais e dois agentes comunitários de saúde (não consta dentista).

2 - Unidade de Saúde da Família de Rubião Júnior e área rural de Rubião

Esta unidade também foi planejada para abrigar duas equipes: uma atuando na área urbana e outra na área rural, com um total de 4782 pessoas, sendo 1322 famílias cadastradas. A equipe de Rubião Júnior da área urbana possui uma

abrangência caracterizada como extensa e com muitos problemas sanitários (água e esgoto a céu aberto). A equipe urbana é composta por um médico, uma enfermeira, cinco auxiliares de enfermagem, um auxiliar administrativo, dois auxiliares de serviços gerais, sete agentes comunitários de saúde, um dentista e um auxiliar de consultório dentário.

A equipe da área rural de Rubião Júnior é composta por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde e um auxiliar de serviços gerais. A dificuldade de acesso é a principal barreira geográfica encontrada nessa área, sítios distantes um do outro e usuários com baixa escolaridade.

3 - Unidade Saúde de Família de Vitoriana

Caracterizada como área rural, é extensa e tem na dificuldade de acesso ao serviço de saúde a principal barreira. Possui uma população de 2769 pessoas, sendo 848 famílias cadastradas. A equipe é composta por um médico, uma enfermeira, cinco auxiliares de enfermagem, um auxiliar administrativo, um auxiliar de serviços gerais, sete agentes comunitários de saúde e um dentista (não consta auxiliar de consultório dentário).

4 - Unidade de Saúde da Família do Parque Marajoara

Caracterizada por área urbana, de periferia, uma rodovia divide sua área em duas partes (barreira geográfica), o que dificulta o acesso à unidade por parte da população. A população é de 3453, sendo 912 famílias cadastradas. A equipe é composta por uma enfermeira, cinco auxiliares de enfermagem, dois auxiliares administrativos, dois auxiliares de serviços gerais e oito agentes comunitários de saúde, um dentista e dois auxiliares de consultório dentário (não consta o médico).

5 - Unidade de Saúde da Família do Jardim Santa Elisa

Esta área caracteriza-se por precárias condições de moradia e saneamento básico e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Tem um total de

1830 pessoas, sendo 444 famílias cadastradas. A equipe é composta por um médico, uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem, um auxiliar administrativo, um auxiliar de serviços gerais e quatro agentes comunitários de saúde (não consta o dentista e o auxiliar de consultório dentário).

6 - Unidade de Saúde da Família do Jardim Iolanda

Localizada na periferia da cidade, tem a falta de saneamento básico e a baixa condição sócio-econômica como principais preocupações. A população é de 3499 pessoas, sendo 944 famílias cadastradas. Um médico, uma enfermeira, quatro auxiliares de enfermagem, um auxiliar administrativo, um auxiliar de serviços gerais, sete agentes comunitários de saúde, um dentista e um auxiliar de consultório dentário compõem a equipe.

7 - Unidade de Saúde da Família do Jardim Peabiru I e II

Inaugurada em maio de 2006, faz parte da etapa II do Programa de Expansão do Programa Saúde da Família deste município. Localizada em zona urbana, região periférica tem no tráfico de drogas, violência doméstica, alcoolismo e desemprego o principal risco da área.

Esta unidade abriga duas equipes compostas cada uma por dois médicos, três enfermeiras, seis auxiliares de enfermagem, quatorze agentes comunitários de saúde, dois auxiliares administrativos, dois auxiliares de serviços gerais, dois dentistas e dois auxiliares de consultório dentário. A população é de 7584 pessoas, sendo 2027 famílias cadastradas.

Esses dados informativos são dinâmicos e mutáveis a todo instante, característica inerente das populações das áreas que são instáveis e flutuantes e são notificadas diariamente pelos Agentes Comunitários de Saúde e pela Secretaria da Saúde que atualizam esses dados mensalmente.

Esta pesquisa incluiu todas as Unidades de Saúde da Família do município mencionadas e que compõem a rede de serviços de atenção primária à saúde do município de Botucatu/ São Paulo.

Os sujeitos da pesquisa foram quinze ACS, sendo agrupados com um representante de cada unidade, dependendo da categoria em cada reunião. As categorias foram definidas com separação dos sujeitos pelo tempo de experiência profissional na ESF, para elucidar alguma diferença de opinião das questões acerca da problemática. Desse modo, para o primeiro grupo, cujo tempo de experiência era até um ano, foram convidados quatro ACS, sendo o total de três participantes; para o segundo, cujo tempo de experiência era o intervalo de um a dois anos, foram convidados oito ACS, participando sete; e o terceiro grupo com tempo de experiência maior que dois anos, foram convidados 6 ACS, participando cinco deles. Apenas uma unidade não participou da pesquisa embora tivesse condições para enviar representantes para o segundo e terceiro grupos, devido ao não comparecimento injustificado; quanto ao primeiro houve ausência de um elemento, sem justificativa.

Quadro 1: Número de agentes comunitários de saúde separados pelo sorteio e número dos que participaram de acordo com o tempo de experiência em anos

USF	≤ 1 ano de experiência		> 1 até ≤ 2 anos de experiência		> 2 anos de experiência	
	aceitaram participar	participou	aceitaram participar	participou	aceitaram participar	participou
César Neto	não havia sujeito	-	1	1	2	1
Aeroporto	2	1	2	1	5	1
Iolanda	não havia sujeito	-	4	1	3	1
Peabiru I e II	5	1	10	1	não havia sujeito	-
Marajoara	2	1	3	1	4	0
Rubião Júnior	1	0	1	1	11	1
Santa Elisa	não havia sujeito	-	1	0	3	0
Vitoriana	não havia sujeito	-	2	1	4	1
Total	10	3	24	7	32	5

Foram convidados todos os possíveis sujeitos que atendiam as categorias propostas, bem como foram ordenados para participação. A comunicação foi feita por telefone apenas, com o primeiro sujeito de cada grupo, para o dia da coleta de dados.

Para participar da pesquisa foi assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 2).

Apresentamos um quadro, para melhor visualização dos sujeitos e suas características.

Quadro 2: Caracterização dos sujeitos que participaram dos grupos focais, segundo sexo, idade, escolaridade e tempo de experiência na ESF. Botucatu. 2009.

Grupo Focal	identificação	sexo	Idade	escolaridade	tempo de experiência na ESF
GF1 (≤ 1 ano de experiência)	IA	F	35	Ensino Médio completo	8 meses
	IB	F	27	Ensino Médio completo	1 ano
	IC	F	27	Ensino Médio completo	8 meses
GF2 (> 1 até ≤ 2 anos de experiência)	IIA	F	48	Ensino Médio completo	1 ano e 5 meses
	IIB	F	25	Ensino Médio completo	1 ano e 6 meses
	IIC	F	27	Ensino Médio completo	1 ano e 11 meses
	IID	F	26	Ensino Médio completo	1 ano e 6 meses
	IIE	F	29	Ensino Médio completo	2 anos e 5 meses
	IIF	F	23	Ensino Médio completo	2 anos e 3 meses
GF3 (> 2 anos de experiência)	IIG	F	22	Ensino Médio completo	2 anos e 4 meses
	IIIA	F	38	Superior incompleto	4 anos e 6 meses
	IIIB	F	31	Ensino Médio completo	3 anos e 1 mês
	IIIC	F	50	Ensino Médio completo	5 anos e 2 meses
	IIID	F	26	Ensino Médio completo	5 anos e 2 meses
	IIIE	M	30	Ensino Médio completo	5 anos e 2 meses

Os sujeitos foram divididos em suas respectivas categorias no mês de novembro (recrutamento) de 2007, sendo os grupos focais realizados no ano seguinte. Dessa forma, justifica-se o fato de no segundo grupo haver indivíduos com mais de dois anos de experiência, pois a caracterização foi feita no dia dos grupos focais.

Para obtenção dos dados relativos à óptica dos ACS sobre o tema em foco, seguindo os agrupamentos anteriormente descritos.

Para o recrutamento foi realizada uma visita em cada unidade de USF, quando foram expostos previamente os motivos da pesquisa, a técnica a ser utilizada e menção de sigilo aos que optaram livremente em participar. Após isto, entre os 63, dos 65 ACS existentes (um estava de licença médica por tempo indefinido e outro havia mudado de função) que concordaram, ocorreu um sorteio no qual todos participaram, de modo que na impossibilidade do primeiro comparecer ao grupo o seguinte poderia substituí-lo. Foram critérios de exclusão o ACS estar em férias ou qualquer licença no momento do chamado para o grupo. Para o dia do grupo, o chamado ocorreu por meio de telefonema para cada unidade havendo menção do dia, hora, local com verificação de disponibilidade do ACS e autorização da enfermeira responsável.

Tipo de Pesquisa

Para que a pesquisa pudesse ser contemplada utilizamos o modelo qualitativo que segundo Minayo (2002, p. 22) “implica considerar sujeito de estudo: gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados”.

Deste modo, seguindo as características da metodologia qualitativa, aprofundamo-nos e optamos por realizar o estudo com a técnica de Grupo Focal que segundo Carlini-Cotrim (1996, p. 287), “é um método de pesquisa qualitativa que pode ser utilizado no entendimento de como se formam diferentes percepções acerca de um fato, prática, produto ou serviços” e pode ser empregado tanto para temas específicos, cuja finalidade segundo Ressel et al. (2000, p. 54) é “deixar emergir as diferentes visões sobre o foco, ou ainda com um grupo, para apreender as diferentes visões de um mundo ou determinados temas, ou mesmo quando se quer entender em profundidade um comportamento dentro de determinado grupo”.

Assim, pode-se considerar que o grupo focal, por meio de um fórum de discussão, possibilita a construção de um conhecimento coletivo do grupo (GUALDA, 1995).

Tipicamente, o grupo focal é composto, em média, de seis a dez participantes que não são familiares uns dos outros. Sua duração típica é, em média, de uma hora e meia. Os participantes são selecionados de forma que apresentem certas características em comum associadas ao tópico pesquisado por meio do grupo focal (CARLINI-COTRIM, 1996, p. 288).

Para tanto, neste tipo de método de pesquisa, deve haver um moderador que irá desenvolver as discussões, por meio de uma intervenção discreta, contando com a presença de um assistente ao qual caberá observar a conduta do grupo, auxiliar na anotação de conhecimentos-chave e, eventualmente, intervir na condução do grupo, cobrindo o tópico de interesse (KITZINGER, 2000, p. 24). Nesta pesquisa, o tópico em questão está centrado em “como os agentes comunitários da Estratégia de Saúde da Família, da cidade de Botucatu, percebem seu trabalho no cotidiano da unidade de saúde e do território em que atuam e suas relações com os usuários e equipe de saúde”.

Para realização do grupo focal, primeiramente foi feita a caracterização dos sujeitos (ANEXO 3); um roteiro com nove questões norteadoras contendo os pontos principais da discussão foi seguido, tendo como base: apresentação dos participantes entre si, e questionamentos acerca da função dos sujeitos dentro do contexto de trabalho (ANEXO 4). Como é recomendado foram abordados alguns assuntos neutros, antes do início dos trabalhos: tópicos como clima, trânsito, facilidade de localizar o local da reunião, entre outros (CARLINI-COTRIM, 1996)

Em 2007, em uma das unidades foi realizado o piloto para a adequação do roteiro e outros aspectos metodológicos. Após a adequação e correção do roteiro, em 2008, nos dias 26 de fevereiro, 16 de abril e 15 de julho ocorreram os grupos focais com um membro de cada equipe, separados em categorias, conforme descrito anteriormente, no Centro Saúde Escola/FMB/UNESP. O local foi escolhido por ser um espaço diferente do local de trabalho dos participantes. A duração foi de uma hora e quarenta minutos para o primeiro grupo, duas horas e quinze para o segundo, e duas horas e meia para o terceiro.

As sessões foram gravadas em fitas magnéticas, sendo transcritas integralmente, logo após a realização de cada grupo. Visando maior compreensão e análise das falas, o grupo seguinte apenas se deu após realização da transcrição e pré-análise anterior dos resultados de cada grupo realizado.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina “Júlio de Mesquita Filho” de Botucatu (nº 224/2007-CEP). Os participantes do estudo foram orientados novamente no dia dos grupos em relação aos objetivos e procedimentos da pesquisa, e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A pesquisa obedeceu a Resolução 196/96, sobre Aspectos Éticos da Pesquisa envolvendo Seres Humanos, a qual implica aos indivíduos-alvo na autonomia com aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido, comprometimento com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; vantagens significativas e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, além da garantia de que danos previsíveis serão evitados (CNS, 1996).

Análise dos dados

O tratamento dos dados foi realizado pela Técnica Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977; MINAYO, 2004).

Dentre as diferentes modalidades de análise de conteúdo, utilizamos a análise temática, que consiste, segundo Blanchet e Gotman (1992), em fazer um recorte transversal do *corpus*, tendo o tema como unidade de recorte, desfazendo-se a singularidade do discurso, recortando-se, o que, de uma fala à outra, se refere ao mesmo tema.

Para tanto, foi necessário após transcrição das falas a utilização de três etapas para apreensão da constituição dos sentidos (MINAYO, 2004). Para a primeira etapa, com os três discursos já transcritos e após ouvi-los atentamente, para garantir a maior fidedignidade possível, foram feitas várias leituras flutuantes de modo a tornar o conteúdo próximo do pesquisador para construção do *Corpus* (MINAYO, 2004). Dessa forma almejou-se a exaustividade vertical do objeto em consideração aos objetivos da análise e sua temática (NOZAWA, 2005).

Após isto, para a segunda fase, foi feita a organização das falas pelas temáticas induzidas pelo roteiro, quando pudemos, assim, realizar a codificação das falas, aproximando-as, caminhando para a formação dos núcleos de sentido, que emergiram a partir das falas dos participantes.

Finalmente, ocorreu a terceira fase, quando houve a construção dos núcleos de sentido e análise interpretativa destes, considerando o quadro teórico constituído para esta finalidade.

4. Resultados e análise de dados

A partir da identificação das unidades de registro foram delineados oito temas e subtemas que integram o cotidiano dos ACS sobre o assunto em estudo.

Os temas e subtemas

- 1. Inserção na profissão**
 - 1.a. trabalho concursado
 - 1.b. falta de conhecimento/informações

 - 2. Formação do ACS**
 - 2.a. formação insuficiente
 - 2.b. informação por meio das unidades

 - 3. Relação dos agentes comunitários com os usuários**
 - 3.a. tratamento/expectativas
 - 3.b. relações de afeto

 - 4. Relação usuários com a unidade**
 - 4.a. dificuldades com encaminhamento
 - 4.b. dificuldades para atendimento

 - 5. Relação com respaldo e suporte**
 - 5.a. falta de suporte
 - 5.b. troca de profissionais
 - 5.c. falta de resolutividade

 - 6. Relação agente comunitário de saúde x USF x profissionais**
 - 6.a. cobrança do ACS
 - 6.b. dificuldades interpessoais
 - 6.c. relacionamento com a equipe

 - 7. Prioridades no atendimento domiciliar**
 - 7.a. dificuldade de locomoção
-

7.b. pacientes programáticos

8. Dificuldades do cotidiano

8.a. condições de trabalho

8.b. tipo de população

8.c. burocracia

Análise dos resultados

Na apresentação dos depoimentos foram utilizados para identificação dos grupos os números romanos e, para evidenciar o ACS daquele grupo, optou-se por letras do alfabeto arábico.

1. Inserção na profissão

1.a. trabalho concursado

Ao serem questionados sobre a sua inserção na profissão como agentes comunitários de saúde, os depoimentos evidenciam, no geral, a falta de conhecimento prévio sobre o trabalho. Chama a atenção o fato de ser um emprego concursado e acreditarem naquele momento que a profissão tinha menos atribuições do que realmente descobriram ao atuar.

“Foi porque é um serviço concursado, é bom, e na verdade eu nem sabia o que era né, e fui empurrada, e às vezes já era o destino mesmo né... e é isso, eu sou casada e tenho dois filhos, um casazinho.” IC

“Então, quando eu prestei, eu não tinha... a única noção que eu tinha era que fazia visita, né, ainda eu fiz no último dia correndo a inscrição.” IIID

“...é... eu não achava que fazia tanto...eu achava que era menos...eu achava que andava pouco... a gente anda muito no sol... pensando um pouquinho... eu acho que é isso... o sol... então eu achava... que era mais sossegado... vai na casa das pessoas... aí conversa...” IC

Além disso, aparece entre os depoimentos dois que evidenciam a escolha devido ao contato com o trabalho de outro Agente, indicando um processo de identificação com o trabalho, porém de forma superficial, apenas pelo que a atividade aparentava ser.

“Me tornei agente comunitária porque minha agente comunitária me

cativou. Do jeito que ela ia na minha casa... eu tinha uma idéia muito pequena do que era ser agente comunitário. Eu achava que era aquela pessoa que ia todo dia na minha casa, tentava resolver alguma coisa pra gente. Só que aí eu prestei o concurso, vou falar que era pra arrumar emprego. Só que depois que eu comecei a trabalhar, eu vi que era muito mais além do que eu via.” IIC

“Me tornei agente comunitário porque eu achava muito bonito, assim, eu achava muito bonito o grupo de caminhada. Na minha área tinha uma agente comunitária aí sempre quando ela vinha na minha casa também, mas também não tinha noção do trabalho que era. Eu achava que era ir nas visitas, ajudar mesmo, mas eu não, nunca imaginava as dificuldades que ia ter.” IIE

1.b. falta de conhecimento/informações

Há alguns relatos dos profissionais que mostram que eles percebem o que é a profissão meses após ingressarem nela. Persiste a procura da profissão devido a problemas financeiros e a falta de conhecimento da mesma.

Santos (2004) em seu estudo, refere que a inserção dos ACS nas equipes tem como pressuposto a idéia de que as atividades e o processo de trabalho e a vontade para a ajuda solidária entre iguais, pré-requisitos formais da profissão, quando presentes, acabam por influenciar no desenho do seu perfil ocupacional. Em contrapartida, neste estudo, o que foi observado é que o perfil profissional não é necessariamente um fator importante para contratação desses profissionais.

“Na verdade eu não tinha nem idéia né, do que era PSF. Sou de outra cidade, né. Lá, é totalmente diferente daqui.” IB

“...porque... eu prestei... meu pai que me inscreveu no concurso, me inscreveu sem eu saber. Não sabia nem o que era. Não tinha noção nenhuma, nenhuma mesmo. Foi depois que eu prestei, passei, não sabia, aí teve o curso que me deram, daí você tem uma noção mas você vai saber realmente o que é na rua. Eu acho que uns seis meses, três a seis meses para eu saber realmente o que era. Na verdade, eu não sei, às vezes até hoje ainda eu me pergunto. Você

acaba descobrindo as coisas acho que... o que é ser agente comunitário eu mesma às vezes não sei.” IIB

“Pra assim, foi um obstáculo, sabe, porque eu entrei no PSF como auxiliar de serviços gerais, né. Eu fiz o concurso, passei. Assim, eu tinha idéia assim, só que eu não me via como agente comunitária porque eu era muito tímida... eu, em uma fase muito difícil da minha vida, eu tenho nove filhos e tava difícil, a parte financeira, né...” IIIB

“Aí eu fiquei sabendo que ia ter um concurso lá pra agente comunitário, que assim, trabalhava, que tinha que morar no bairro, tal e que ia trabalhar com a população, que ia ajudar a população. Não sabia, nem tinha mínima idéia do que era ser um agente comunitário. Uma pessoa me falou que tava tendo inscrição no posto, daí eu fui, fiz a inscrição, não tinha idéia do que seria um agente comunitário, só sabia que trabalhava na comunidade e que ajudava as pessoas, assim, na área da saúde, era a única coisa que eu sabia.” IIIE

Ainda, segundo Santos (2004), o perfil do ACS é complexo, permeável, com fronteiras não bem definidas, fluidas, situado na interface entre as obrigações do Estado para com os seus cidadãos e o protagonismo político da população, e por isso é de esperar que o ACS execute um conjunto de ações mais extensivas do que as prescritas em seu perfil oficial e com características distintas, em função de necessidades diferentes, das especificidades locais de distintos contextos sociais e no que no seu perfil profissional predominem preocupações e ações voltadas para as necessidades e prioridades da comunidade (SANTOS, 2004).

Assim, percebemos que muitas vezes as necessidades e prioridades da comunidade não são necessariamente de explícitas, e a partir daí ocorrem dificuldades na execução do papel que o ACS presta a comunidade.

“Então, a gente não imagina o quanto é importante o agente comunitário... tinha uns cinco anos [inaudível] importante ver o diabético e o hipertenso, não tinha noção porque na minha casa não tinha diabético e não tinha hipertenso mas tinha na minha área.” IIE

“Isso é, eu fui assim, né... mas não tinha noção assim, diabetes, hipertenso [inaudível] gestantes, a afinidade que a gente tem com eles”. IIE

2. Formação do ACS

2.a. formação insuficiente

Os agentes englobados no estudo relatam a formação insuficiente em cursos e estes foram, quando oferecidos, desenvolvidos nas unidades de saúde. Alguns dos ACS tiveram cursos oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, outros tiveram alguns cursos em que foram abordadas temáticas mais freqüentes no cotidiano de trabalho.

Houve consenso em afirmar que os que participaram da implantação do programa no município tiveram curso de dois meses e meio e estes relatam que os treinamentos posteriores não abordaram os temas mais relevantes, ou seja, os que mais os afligem na prática.

“As mais antigas tiveram um curso... elas tiveram... um curso técnico... as mais antigas...” IA

“...mas não completaram ainda, né? Porque tem a segunda etapa...” IC (mencionando os agentes mais experientes)

“Aí, é... falaram que... a XXXX disse que a gente ia passar por um treinamento... com a psicóloga XXXX... Aí a gente teve esse treinamento de dois meses e meio, três meses, eu acho.” IIIE.

Para os profissionais a diferença na preparação para o trabalho entre os primeiros ACS e os que foram contratados posteriormente é nítida. Por um lado ressaltam a relação do primeiro treinamento se relacionar mais adequadamente com a realidade que eles se deparam no seu cotidiano. Por outro, indicam que muitos não têm nem mesmo uma preparação básica para o início de sua atuação.

“Hoje infelizmente, eu falo infelizmente, infelizmente mesmo, os agentes comunitários que entraram, o pessoal do XXXX que entrou, o pessoal novo, não tem esse treinamento, não tiveram esse

treinamento. Eles têm um treinamento totalmente básico, das leis, do que o agente comunitário tem que fazer, das atribuições, tal, mas esse treinamento, né, que a gente teve, de dois meses, dois meses e meio, vivia a realidade, fazendo teatro, se expressando através de cartolinas, de frases, de teatro mudo, né...” III E

“Foi uns três meses. Eu acho que de uma profissão, eu tenho pouco tempo de trabalho, mas assim, foi o melhor treinamento que eu fiz em toda minha vida. Esses cinco anos que eu tô no Saúde da Família, foi o melhor treinamento que eu fiz em todo o Saúde da Família. Coisas que hoje a gente passa na comunidade, que a gente vê na comunidade e... a reação e o procedimento que você tem que tomar na hora, aquele treinamento nos ajudou muito que a gente fez um treinamento de abordagem, como abordar uma família que você chega pra fazer visita e que tá discutindo... a mulher discutindo com o marido alcoólatra ou que a mulher... ou que o marido tá acabando de bater na filha, ou espancou a filha, né, abordagem de como você chega na família que a filha é gestante e o pai e a mãe não sabem...”

III E

“Eu lembro do treinamento que eu aprendi como lidar com o paciente e o que é o Saúde da Família que hoje eu vejo que as pessoas entram e não fazem nem idéia do que é isso, o que é o Saúde da Família” III E

2.b. informação por meio das unidades de saúde

Como citado anteriormente, grande parte das iniciativas de formação ocorre na UBS, fundamentalmente realizados pela coordenação³ da mesma, sem apoio externo, seja da gestão ou de outros grupos ou instituições.

“Ah, eu não peguei nenhum curso, não. O único curso que eu peguei no ano passado foi o de amamentação, só. Da unidade...” IIG

“Logo quando eu entrei, nem um mês que eu tava, teve um curso de DST/Aids, né, de orientação, e acho que até você fez comigo, né, e depois eu fiz o curso de agente, né, mas a gente na Unidade, tem

³ No município de Botucatu, a coordenação das ESF é de responsabilidade do enfermeiro.

educação continuada, sabe, a gente escolhe um tema e a enfermeira discute, ou o médico, dependendo da, da prioridade, acaba discutindo com a gente, desnutrição, a gente, tem muita dúvida sobre criança que é desnutrida, porque tem criança que é gorda e ela tá desnutrida, e a gente conta muito na criança magrinha e às vezes não é, e aí o médico começou a falar pra gente a enfermeira vai dar continuidade pra gente, mas é bem assim, é bom... tira dúvidas, perguntas. Igual tem uma família da minha área que a família inteira tem cerostose [inaudível], e toda a família tem e nem a XXXX sabia o que era, ela foi, pegou livro, aí trouxe o livro pra mim ver, fala falou, então é uma coisa interessante.” IIF

“Teve um curso de orientação, né? Mais de agente mesmo... Quando eu entrei a XXXX tava dando uns cursos... mais assim por ela mesmo né?! e trouxe também pessoas de fora também... sobre hepatite... lá dentro da unidade” IC

O treinamento realizado nas unidades para os novos agentes não é regular, ficando dependente de cada equipe. Em relação a capacitação nas unidades não há, pela secretaria algum roteiro pré-estabelecido.

Assim, Sousa (2001) em sua obra “Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo” reafirma o que foi observado, verificando que há dificuldade para a realização de capacitação do ACS, destacando que um dos aspectos mais polêmicos do Programa de Saúde da Família foi a definição do perfil dos ACS e seu treinamento. Segundo a autora, as falas dos diferentes profissionais de saúde eram conflitantes: uns afirmavam que o agente deveria ser treinado para ter capacidade de resolver problemas básicos com sua comunidade; outros queriam que os agentes se tornassem auxiliares de enfermagem comunitários, podendo atuar na assistência a comunidade com qualidade técnica.

Apesar das tentativas de definição do Ministério da Saúde e dos anos de implantação do programa, a discussão sobre o treinamento do ACS ainda continua. Nesta pesquisa há os relatos de que os treinamentos para os agentes novos são baseados em atividades rotineiras, prioritariamente no aprendizado das questões burocráticas.

“Sabe qual é o curso? Tem dentro da Unidade o curso, mas assim, eu entro de agente comunitário novo lá no XXXX, a XXXX vai me ensinar, a XXXX que é agente comunitária vai me ensinar: ‘ó, o cadastro é assim, vamos lá que eu te ensino a fazer o cadastro’, vai numa casa e faz um cadastro, ‘a visita é assim que você tem que fazer, esses é os procedimentos que você tem que tomar com hipertenso, diabético, é assim’, hoje os treinamentos são assim.” III E

“Então falaram assim, que quem quiser ajudar a fazer cadastro, você ficou sabendo? Eles falaram que vai ser no sábado pra a gente, nós irmos lá ajudar eles a fazer o cadastro e ensinar os... entendeu?! Pega os coitado na marra e nós vamos ensinar na hora. ‘Ó, a folha é essa, você faz assim, assim, assim’, a prática, viu...” III C

2.c. Dificuldades devido a formação insuficiente

Apesar das diferentes propostas de capacitação profissional, segundo Oliveira e Spiri (2006), elas ainda não apresentam clareza. Por mais que os assuntos abordados sejam pertinentes à Estratégia de Saúde da Família, não são suficientes para a compreensão do funcionamento ideal do programa.

Partindo da influência da capacitação, Duarte et al. (2007) relatam que outro atributo importante relacionado ao cotidiano do trabalho do ACS seria o da liderança, entendida como atributo natural, na realidade pode advir, após ser objetivo central dos programas de capacitação. Compartilhando dessa mesma visão sobre a importância da formação, Rios (2007) sinaliza que já se vai o tempo em que se acreditava que a relação profissional/paciente, na área de saúde não dependia da aprendizagem, mas apenas da espontaneidade, da vocação, do sexto sentido profissional. A competência para uma boa relação passa necessariamente pela aquisição de conhecimentos sobre comunicação humana e construção de vínculos, o desenvolvimento de habilidades interativas e atitudes sustentadas em uma reflexão ética, que precisam ser planejados nos cursos de formação, conforme verificamos no discurso:

“E a gente não teve treinamento igual o XXXX... o XXXX teve, então tem certas situações que eu ainda não sei... Se eu chegar numa

casa e ver uma briga assim, eu não sei como que agir, eu acho que eu vou embora. Eu acho que eu vou embora e volto numa outra hora mais tranquilo, porque eu não sei assim, a gente não teve esse treinamento, igual eles falaram que foi muito bom.” III B

3. Relação dos agentes comunitários com os usuários

3.a. tratamento/expectativas

Os entrevistados percebem que em maioria o Agente Comunitário aparece como um profissional esperado e elogiado ao entrar em contato com os usuários.

“E eles são bastante assim... eles convidam, falam pra gente entrar na casa... Se tem reclamação? Tem. Mas, eles são bastante assim, eles... quando você vai na casa eles não te vêem como assim... vê como agente de saúde sim, mas... entra!!! Né, sabe? vê como uma pessoa assim, ou como uma amiga.” IC

“É legal quando você chega assim. Oi! Mas você... é muito prestativa! Aí, entra! Entra! Às vezes a pessoa... acontece muito da pessoa ta atrás no ponto, aí você chega lá e eles te tratam bem.” IC

“...tem os prós e os contras né... é gostoso quando você chega na casa e a pessoa te elogia né... Ah... eu tava esperando você... achei que você não viesse mais... que você não fosse passar mais... às vezes dentro do mês você passa duas, três, quatro vezes na casa da mesma pessoa...” IA

Os depoimentos demonstram valorização pelas famílias visitadas pelo ACS e conseqüente preocupação destes com a forma com que a família irá recebê-lo, criando expectativas. Para Levy et al. (2004), isto faz sentido pois a valorização da família e da comunidade em que se insere, além de estimular a participação do ACS na promoção da saúde e na prevenção de doenças, é a linha-eixo da filosofia da Saúde da Família, e por isso talvez essa preocupação acabe sendo em alguns momentos benéfica.

Em outras situações, os ACS deixam mais explícito que há, também,

dificuldades interpessoais entre eles e a comunidade com que trabalham no cotidiano, relatando que são tratados de maneira mais rude, por moradores que não aceitam a suas visitas domiciliares ou que questionam a validade e eficácia dessa atividade.

“...tem uma paciente ela não aceita, não tem como... Ela é ‘barraqueira’. E agora a filha agora tá gestante, tá acompanhando pra ver o que tá acontecendo com ela, assim, ela vai quando, quando ela tá sozinha ali na rua, ela cumprimenta, tudo, normal... Mas não recebe quando a mãe tá em casa também, não tem como... Se eu converso com ela, a gente só conversa assim, quando eu encontro ela na rua, na Unidade, mas na casa não... porque a mãe, é bem ‘barraqueira’ mesmo...” IIE

“Teve uma paciente minha, uma vez eu tava conversando com uma senhorinha da minha área, perguntando sobre a pressão da filha dela, aí ela vinha de lado, eu tava virada pra baixo e ela ‘num fala com esse povo não, dona XXXX, tudo incompetente, esse povo num sabe nada... vem na casa da gente, enchendo o saco’, sabe, xingou, xingou e eu fiquei vendo, ‘meu Deus, se eu não tivesse esse uniforme, eu ia (risos)’, aí peguei, fiquei quieta e falei: ‘e aí dona XXXX, a senhora entendeu?!’, porque ela não sabe ler, né, ‘ah, eu entendi, eu vou falar com a minha nora’, ‘ah, então tá bom, muito obrigada, tá, eu vou embora’, aí eu peguei e fui embora, daí teve grupo do XXXX, aí fui e falei desse caso, [inaudível] de a gente, a gente conversa bastante, aí, num sei, chegou no ouvido da chefe aí a chefe queria falar sobre isso... aí eu disse ‘não quero falar sobre o assunto’, né, aí teve outra reunião do XXXX... aí ela falava... ah, não... tem que falar, tem que falar... aí a gente discutiu...” IIF

Nesses depoimentos, aparecem dificuldades interpessoais entre os ACS e os usuários do serviço. No estudo de Meira (2008), essas dificuldades também foram apontadas, pois mais da metade dos entrevistados citou dificuldades em manter relações interpessoais com os usuários, que não têm compreensão das dificuldades e, principalmente, não levam em conta toda a dedicação e empenho do

Agente. Os depoimentos trazem a idéia que os agentes esperam da população maior gratidão pelos sacrifícios que fazem.

“...O que incomoda na rua é que assim, por mais que você já esteja acostumada, pôxa, já é quase onze e meia, alguém tá com a porta toda aberta, você bate, bate, bate, o sol tá quente, você chama, até quer ajudar a pessoa, às vezes uma informação, ela não está, ou então o filho chega: ‘a mamãe não tá’, e você sabe que tá, isso é ruim, isso não é uma situação atípica não, sempre tem isso.” IIIA

“Tem uma paciente lá na minha área que falava “porque é uma ‘bosta’, num sei o que, esse posto não serve pra nada, vocês agente comunitário que não cheira nem fede também”, “ninguém num sei o que, ninguém num sei o que”, tudo mentira. Ela não faz nada que é falado pra ela...” IIE

Nessa mesma perspectiva, Wai (2007), 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 freqüência 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.

3.b. relações de afeto

Por outro lado, os participantes da pesquisa informam que muitas vezes são tratados como amigos e as relações são gratificantes.

Assim como observado neste estudo, o estudo de Peres (2006) indicou que o agente coloca as relações interpessoais, como a amizade, a credibilidade e a comunicação como facilitadores do seu trabalho com as famílias.

“A amizade com a população... O contato que a gente tem, também, você tem muito a oportunidade de saber da vida deles, de ajudar, o que eu posso, eu faço por eles, e aquilo te, deixa você feliz, entendeu, ter o contato, igual essa senhora que ela é acamada, ela

tem 90 anos e cuida de uma filha de 60. Ela é a paixão lá da minha área. E numa UBS num tem isso, eu falo, a gente tem muito mais contato que o médico, que o enfermeiro, porque às vezes eles vão lá num mês, eu não, todo mês eu tô lá eu acredito nisso...” IIB

“E aí assim, eu acho gratificante, todo mundo gosta da gente. Tudo, agora... e a gente é como amiga, hoje mesmo cheguei numa casa, né, e fui fazer visita, era onze hora já, eu falei: ‘ah, mas acho que ainda dá tempo de fazer a visita’. Aí cheguei na casa da senhora, aí as crianças: ‘ah, vem aqui’, tô acostumada que a mulher vem me esperar no portão, ‘entra aqui’, aí eu entrei na cozinha, aí ela: ‘vem aqui no quarto’.” IIIC

“Por outro lado, tem aquele que gratifica, que você chega em casa: ‘nossa, que bom’, quando você consegue chegar numa casa que você... mesmo que você não seja bem recebida de início, mas você bateu ali, a pessoa às vezes nem quer te atender, você pergunta: ‘e aí, como você tá?’, ‘tá mais ou menos’, e aí você começa essa conversa, a pessoa acaba desabafando, e você vê que você contribuiu pro desabafo, pra aconselhamento com aquela pessoa, até pra resolver um problema, às vezes tá tomando um remédio errado e, voltando a Unidade, quando você tem esse respaldo, sabe” IIIA

Assim, a percepção dos usuários está permeada por contradições; ora o ACS sendo visto como “escudo” para a equipe e ora como elo entre equipe e as famílias. Oliveira et al. (2003) entrevistando 180 famílias, verificaram que o ACS é o elemento da equipe mais procurado pela comunidade e, que, portanto, a relação com a população seria algo que refletiria positivamente ou negativamente para as relações com os demais profissionais.

4. Relação usuários com a unidade

4.a. dificuldades para atendimento

Os agentes relatam os problemas com o encaminhamento para outros serviços, quando pedidos pela própria unidade, com as consultas e as queixas dos

usuários. Falam da facilidade dos usuários em ir para outra unidade, que não a de referência; da recusa em receber os agentes devido à insatisfação com a unidade de saúde.

Eles vão prá outro posto... simplesmente... ou tem gente que ta acostumado... aí fala não... ah... eu quero continuar no meu posto... tem gente que consegue não sei que jeito e muda pro outro posto já... nesses casos a gente pede o nome, o RG... tem um papelzinho assim... Eu acho que agora eu devo ter umas dez ou doze...” IC

“O pessoal reclama mesmo, reclama da demora de atendimento, reclama de atendimento de recepção. Eu peguei uma área muito problemática.” IA

“Tem uma paciente também, tem um paciente meu que é assim, eles têm o cadastro do posto, mas não passa no posto, eles passam em outra Unidade. Tem convênio...” IIF

Podemos perceber nos discursos seguintes que as dificuldades dos usuários com a unidade acabam sendo um ponto de impasse para o cotidiano do ACS. Quanto a isto, Martines (2005) destaca que os ACS encontram-se em situação diferente em relação aos outros membros da equipe de saúde, pois, enquanto o médico, o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem estão quase todo o tempo em certa proteção pela USF, os ACS estão nas ruas, expostos às várias situações, em nome da instituição, em ocorrências imprevistas, em alguns momentos, acolhidos; em outros, expostos a circunstâncias conflitantes, podendo até enfrentar a estranheza da população. São evidenciadas, ainda, as vulnerabilidades para o sofrimento no trabalho a que o grupo dos ACS está exposto, assim como as próprias manifestações deste sofrimento ao desempenhar suas ações profissionais. O mesmo foi detectado nesta pesquisa, como se observa nos relatos do ACS a seguir:

“Porque eu não vou mais consultar nesse posto, porque não presta, porque antes era bom, agora ficou uma porcaria, fala, fala, fala...” IA

“Outro já fala que vai na Secretaria da Saúde reclamar, porque não é

certo o que ta acontecendo, que... tem uma coisa que eu até concordo com eles também” IA

“O que eles reclamam muito é de atendimento assim... que... nos outros eu não sei como funciona, lá eles abrem assim um agendamento... vamos supor: abre agendamento dia sete de janeiro, então eles vão agendar a consulta pra três meses. Se você vai fora dessa época pra agendar consulta, você não consegue, você tem que esperar abrir o próximo agendamento. Ou, se você tiver passando mal, tiver com alguma coisa, ir no extra. Extra é só na parte da manhã, à tarde não tem. Só que pra você passar mal, você não escolhe hora.” IA

O grupo focal II (ACS de um até dois anos de experiência) se destaca em relação à questão da cobrança, devido ao encaminhamento para outros serviços. Aparecem os conflitos durante as visitas, o apego aos usuários e também as questões sociais. Os ACS relatam a questão da recusa da visita pelos usuários; por esses não gostarem da mesma ou receberem assistência de outra unidade/serviço.

“Esses dias aconteceu até um fato engraçado porque uma moça falou pra mim ao dentista pra arrumar, e queria saber que lugar que ela tava. Eu fui, demorou três dias pra responder porque a dentista num tava e a auxiliar também tava de desconto de hora. Passou três dias, eu fui lá falar com ela. “achei que você tinha esquecido”, eu falei não, não esqueci.” IIC

Os depoimentos relatando certo sofrimento por parte dos ACS vão ao encontro do estudo de Seabra (2006), que menciona que se sentir um depositário de expectativas diversas e a impossibilidade de atender a muitas reivindicações e pedidos é um fator que causa grande sofrimento. Assim, outra dificuldade indicada por alguns ACS, como consequência do contato direto com a população, foi o enfrentamento de situações de impotência, relacionados a problemas sociais, explicitados nas falas seguintes:

“É, e o paciente acha que a culpa é nossa...” IIG

“Ortopedia tem paciente que cobra toda vez...” IIG

“Eles acham que nós somos culpado.” IIG

“E olha que vocês não moram ali do lado da Unesp, imagina pra nós que tamos ali do lado. Tudo, ‘num dá pra encaminhar pra Unesp?’ ‘Não, nosso hospital de referência é o Hospital Sorocabano, é o ARE.’ ‘Ah, mas por que num dá? É tão pertinho aqui da Unesp?!’ Eles acham que a referência nossa é a Unesp...” IID

O contato com a desigualdade social, a dificuldade de obter soluções e a insistência da comunidade por respostas imediatas, geram pressões sobre a figura do ACS, que, em muitos casos, o leva a agir de maneira paternalista, ao invés de tomar atitudes que promovam a autonomia (PERES, 2006).

“Acho que o que mais pesa pra gente é ver que o paciente da precisando, você ver que ele tá precisando tanto e não tem como ir. Acho que isso é... isso é a maior angústia da maioria dos agentes. Você vê seu paciente aí, você acaba criando um vínculo com a pessoa... Sabe, tem paciente que não te trata muito bem, mas tem paciente que te trata muito bem, que você conhece a família, que você já pegou uma amizade com a pessoa, e você vê que ele tá doente, tá precisando e num tem solução pro problema dele. Acho que é, nossa, acaba... Tudo o que a gente acha que é lindo em ser agente comunitário, sabe?!” IIF

4.b. visita domiciliar x atendimento na unidade

Segundo alguns agentes de saúde, o atendimento na USF muitas vezes, atrelado à aceitação da visita domiciliar pelo usuário.

“...num quer continuar na Unidade, a colega já fala, [...] ‘se você quer continuar aqui na Unidade, tem que aceitar agente comunitária’, sabe, a gente descadastrou ele.” IIE

“mais lá na unidade, a XXXX já fala que quem passa no posto recebe visita” IID

Os agentes relatam o desabafo dos usuários em relação aos problemas existentes como o atendimento e recusa de visitas domiciliares.

Merhy (2007) discute os modelos de atenção à saúde e destaca que as queixas dos usuários em relação aos serviços são, de um modo geral, falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema, e não queixas voltadas para a falta de conhecimento tecnológico no atendimento prestado a eles. Segundo ele, “os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados”.

O que os relatos de alguns ACS mostram é que para muitos usuários não há uma compreensão das mudanças no modelo de atenção em saúde e muitas vezes comparam o atual modelo com o anterior.

“...isso eu falo porque eu já cheguei vê... de o pai levar a criança, tá trabalhando, ir à tarde, a criança queimando de febre, vomitando, passando mal. Poxa vida, tem médico na unidade, custa dar uma olhadinha? Manda pro pronto socorro.” IA

“Porque eu não vou mais consultar nesse posto, porque não presta, porque antes era bom, agora ficou uma porcaria, fala, fala, fala...” IA

“...tem uma senhoria que até assinou a recusa... picou o cartão na minha frente... fiquei até assustada... era a primeira semana que eu tava lá... aí eu tava tremendo... até uma das meninas me ajudou... falou: calma, é assim mesmo... Ai outro dia eu fui na casa dela e perguntei : oi... a senhora vai ainda continuar a recusa? Aí ela falou... não eu preciso do posto... eu não gosto do posto... mas eu preciso dele...” IC

5. Relação com respaldo e suporte

5.a. falta de suporte

A falta de suporte da equipe de saúde é relatada pelos ACS. A cobrança de resultados no trabalho é bem reforçada, assim como a falta de algum membro da

equipe que possa discutir suas dificuldades. Há a informação do estresse maior das agentes com maior tempo de experiência.

“Aliás a gente dá suporte pra eles, mas a gente não recebe suporte... Porque esse tipo de trabalho nosso eu acho que a gente também deveria ter um cuidador. Ter alguém pra cuidar da gente... porque problema qualquer um tem... aí a gente passa na casa de um... passa na casa de outro... no final da tarde até você pára e pensa... o problema que eu tô passando não é nada perto do problema que eu tô passando... tem muita coisa mesmo... querendo ou não... mexe com o seu psicológico... então eu acho que seria muito importante... coisa que eu nenhuma unidade tem... alguém pra cuidar da gente... sabe... pra gente ter assim um atendimento... eu acho muito importante...” IA

“mais as mais velhas... que já tão com mais tempo... ficam estressadas... elas só recebem... recebem aquela carga... mais despejar... num tem onde... então as vezes fica meio pesado...” IC

“E pelas mais velhas você vê que elas são estressadas, são até grossas com a gente... porque você vê que elas já tão estressadas, tão esgotadas e precisa conversar com alguém... mas não tem...” IA

A carência para ações resolutivas, a carência de respaldo por parte dos profissionais da ESF 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. Nesse aspecto, os sujeitos procuram utilizar todos os meios disponíveis para conseguir amenizar o sofrimento e a angústia dos indivíduos, providências nem sempre possíveis. E, então, surge o sentimento de impotência por não conseguir solucionar os problemas existentes, conforme os resultados obtidos por Baralhas (2008).

“...não pergunta pro agente comunitário que tá ali de perto da pessoa, entendeu?! Eu acho que a gente tem uma capacidade de, num é, a gente, a gente tem noção das coisas e perguntar o que

“você acha desse paciente, acho que ofende o CRM do médico perguntar pro agente comunitário, ofende, eu acho, pode perguntar pro agente comunitário. Eu acho que falta muito, coloca o médico na frente das coisas, ele não tem noção da família, como funciona o programa... às vezes você quer passar caso, aí você passa caso, eu vou resolver isso você pensa, será?! Até os interno que tão indo lá, tão assim, bem assim [inaudível], porque, que nem, teve uma interna que tava lá muito tempo, XXXX, ela chegava em mim assim: ‘Fala pra mim dessa família o que você acha da família?’ Sabe, eu acho assim, é uma integração que você tem. Eu acho que você não consegue resolver nada longe da família da pessoa. Eu acho que, tem a família, a gente vê a família desde a criança até o idoso. Na Unidade a gente tem que ver desde o agente até o médico. Eu acho que num tem que pular etapa, nem excluir ninguém. Eu acho isso...”

IIF

Os agentes pesquisados informaram a ausência de alguma pessoa para ouvi-los. Há relato positivo do auxílio de algum dos membros em visita domiciliar e sugerem formas de apoio como terapia e fazem menção sobre a dificuldade de se relacionarem como equipe, principalmente em relação ao profissional médico.

“É devia ter terapia um dia, folga, eu acho... A cada seis meses, eu acho.” IIG

“Daí, a tarde também tem um caso ou outro que a gente fala pro enfermeiro. Agora, como tá duas enfermeira lá, então, quando acontece alguma coisa, a XXXX tem ajudado a gente, dá uma olhada.” IIC

“...resumindo, hoje, um dia normal pra mim, é aquele dia que eu chego na Unidade, não posso ficar até nove horas apesar de ter bastante ficha, mas assim, eu sei que eu preciso preencher, ficha do hiperdia, pressão alta, criança, tal, tal, isso ali, se eu fico até nove horas na Unidade, eu sou vista com maus olhos, eu não tenho o que fazer, é um colega do lado, é um médico, ou a enfermeira: ‘nossa você ainda tá aqui?’ Então assim, isso me incomoda muito, isso é o

lado ruim, isso assim, tá se repetindo, muda muito, eu falo assim: ‘a gente não é mais uma equipe, nós somos um grupo’.” III A

“Aí a gente fala alguma coisa, o médico fala: ‘ai, aí já não é sua parte’. Tira muita autonomia da gente, acho que a gente tá ali acompanhando a família mais de perto, eu acho que deveria ser levado em conta o que a gente fala. Aí nessa parte que a gente fala, é errado falar, ‘não num to querendo ocupar o teu lugar, a gente não é uma equipe?’ A gente tem que ser em conjunto ali, sabe, auxiliar de enfermagem, médico, enfermeira, agente comunitário, porque que não faz” IIF

5.b. “troca” de profissionais

Os agentes se mostram descontentes com a mudança de profissionais que constantemente acontece nas unidades pesquisadas. Mencionam a dificuldades devido à ruptura dos trabalhos que isto acarreta.

“Quando tinha o grupo de hipertenso, todo mundo, um pouquinho que cada um aprendia, gente tá ruim’, ‘ah, mas será?! Ah, eu acho que aqui não adianta, nem adianta ter grupo, porque aqui não vem ninguém, eu acho que não adianta’, então, essas coisas que desanimam, aí a gente se sente sem graça, dá vontade de fazer as coisas a gente mesmo, mas também não é legal porque é uma equipe. Porque aí você pega, pega, porque lá muda muito enfermeira, já mudamos umas oito enfermeiras de 2005 pra cá.” III C

“Aí vai mudando, né, cada uma tem um jeito de fazer, aí quando a gente tá conquistando: ‘aí que agora nós vamos começar a fazer um grupo com a reunião, com a comunidade’ porque o povo quer uma reunião quer saber porque o médico num vem tal dia, ‘ô gente, tá precisando de uma reunião’, quando tá saindo a reunião, muda a enfermeira novamente. E agora, né, nós tava acertando tudo certinho, um monte de coisa marcada, houve o concurso, a nossa enfermeira não passou, entrou outra e pronto. E nós ficamos, de novo, voltamos a estaca a zero outra vez, começar a conversar tudo de novo, falar tudo outra vez. Eu falo assim: ‘o maior trabalho nosso

é dar estágio pra enfermeiras' (todos riem) A médica, ainda bem, ela tá desde o começo, a doutora XXXX tá. Sempre ela sai, vai ter bebezinho, fica de licença, tudo mas ela volta... já tem dois..." III C

A falta de médico nas unidades também aparece como um fator limitador das atividades e ocasionador de baixa resolutividade nas unidades.

"O que mais me incomoda, ver quem tá sofrendo já, desde do ano passado, desde, desde de maio do ano passado com falta de médico, não pára ninguém, não, então, mas os quatro anos com a XXXX era super tranquilo, nós chegava nela, já resolvia, a XXXX também, entendeu. Agora a XXXX sozinha, ela resolve o que ela pode e quando a XXXX tava sozinha, nem tudo ela resolvia também, entendeu. Ela resolvia algumas coisas, se tinha um exame, fazer alguma coisa que ela podia fazer, dava uma medicação que ela podia dar, e isso pra mim, incomoda mais." IIID

"...a doutora XXXX saiu em maio, depois disso não parou ninguém lá, então isso é o que mais me incomoda porque isso, você vai nas casas, o pessoal reclama que não tem médico. E... a gente ficou de maio até o fim do ano sem médico, então o doutor XXXX veio em setembro de 2007, daí ele arrumou um outro serviço." IIID

5.c. falta de resolutividade

Os agentes relatam a falta de resolutividade das demandas e a cobranças oriundas disto. Para Matumoto et al. (2005), na área da saúde, as demandas geram ansiedades e angústias nos trabalhadores tanto pela quantidade (demanda reprimida, população mais adormecida pelas condições de vida, demanda por consumo tecnológico e outros), quanto por conteúdo (dores, sofrimento, pobreza, violência e loucura). Essas demandas criam perplexidade nos profissionais, diante da impotência de dar respostas a partir de procedimentos técnicos habituais e necessitam de apoio, soluções e escutas diferentes.

Nessa perspectiva da integralidade, conforme afirma Cecílio (2001), 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, o que não aparece nas falas de alguns ACS:

“... a gente é muito cobrado por esse serviço... só que nem sempre a gente tem apoio... então fica muito complicado... você fazer assim por conta também... a gente também não pode... porque tem que ter autorização... tem que ter consentimento... do chefe... autorização pra ta fazendo alguma coisa.” IA

“Então, assim, a única dificuldade que eu acho ruim, que eu falo pras pessoas é a falta de resolução dos problemas, que eu acho que acaba ficando difícil, mas problemas é isso.” IIF

6. Relação agente comunitário de saúde X unidade X profissionais

6.a. cobrança do ACS

Relatam que sentem mais cobrança para com os agentes do que de outros profissionais dentro da unidade.

“...mas às vezes dentro da própria unidade você vê a discriminação dos agentes... tem a separação e como você pode dizer é... o PSF é uma equipe? Equipe pra mim é com todo mundo. Agora. Às vezes agente é unida: ACS... entre a gente nós somos unidas... é só você ver que tem discriminação... É uma coisa não sei como, não sei que jeito...” IA

“Tem as cobrança... as cobrança tem e eu acho que cobra mais dos agentes do que dos outros profissionais...” IC

“Ai porque às vezes você escuta assim... porque você tem ouvido e você escuta neh... tem olhos e você não é cega... às vezes você ouve coisas e você faz de conta... às vezes você ta passando no corredor... e tudo que acontece de errado... não sei nas outras unidades... mas tudo que acontece de errado por falha de alguém é as ACS... sabe...” IA

6.b. dificuldades interpessoais

Os agentes falam da relação com os auxiliares de enfermagem e com o médico. Relatam a falta de resolutividade devido a falta da atenção dos demais profissionais em relação aos casos e dificuldades interpessoais com os membros da mesma classe.

“Quando eu entrei, eu peguei, porque lá é assim, a hora que entra uma pessoa diferente na equipe, fica meio assim, ninguém queria me levar, a chefe chegou e falou assim: “vai ter que levar”, daí a XXXX se dispôs a me levar, só que, como se diz, eu me sentia um peso morto atrás dela, então com três dias, eu tentei pegar tudo que dava, o que podia e o que não podia, pra no quarto dia eu andar com minhas próprias pernas. Certo?! E com dois, três meses, eu fui fazer o curso de agente, só que também tomando um café, uma água, então foi assim. Eu acho que na raça a gente aprende”. IIC

“Numa reunião interna que a gente tem, uma auxiliar de enfermagem tava reclamando que a gente tava levando muito problema, que a gente tava falando muito problema: ‘que o paciente vive reclamando: ‘é porque o paciente falou isso de você, falou isso de não sei quem, não sei o que, não sei o que,’ ela falou: ‘ah, mas quando o paciente vem falar de vocês, a gente defende vocês, porque vocês não podem defender a gente?’, ou seja, levou pro lado pessoal, quer dizer que a nossa função como agente comunitário da saúde é pegar o que a pessoa fala, o problema e trazer pra Unidade, e a Unidade ficar saber o que tá acontecendo com a nossa população, não se tem mais” IIIE

“Lá na minha área o mais difícil é o médico né. Aí a gente fala... ta precisando, precisa ir! Se você não luta, não dá pra tirar ele de lá...”

IC

7. Prioridades no atendimento domiciliar

As prioridades para atendimento domiciliar se apresentaram diferentes de acordo com os grupos trabalhados. No entanto, no geral relatam como prioridade a dificuldade de locomoção e a falta de autonomia do usuário.

Assim, para conseguir enfrentar os contratemplos e os acontecimentos inesperados no cotidiano, os ACS enfatizam a importância de planejar suas ações, priorizando-as de acordo com as necessidades apresentadas.

Os profissionais do primeiro grupo, ou seja, ACS com menos de um ano de experiência, relataram casos ocorridos com idosos, mencionam a dificuldade de locomoção dos usuários para indicar visita domiciliar.

“Que eu procuro passar mais assim, mais vezes dentro do mês na casa dessas pessoas, hipertenso, diabético, criança... que é o que a gente dá preferência né. Preferência maior. E pros mais idosos, que às vezes eles fazem uma bagunça que não tem ninguém na casa, mora sozinho ou mora com filho, o filho trabalha o dia todo... ele não sabe que hora que é pra tomar medicação, faz uma bagunça, começa a passar mal, toma remédio errado...” IA

“Eu dou preferência pra esses casos mais complicados” IA

Os ACS do Grupo Focal II, com tempo de experiência entre um e dois anos, citam casos como acamados, pós-cirúrgico, hipertensos, diabéticos e gestantes. Relatam algumas prioridades de saúde mental.

“Eu vou nos acamados.” IIC

“As visitas pendentes.” IIG

“...pessoas que passou por uma cirurgia. Você acaba procurando, pra sempre ficar esperta pra hora que chegar, você já ir correndo.”

IIF

“Diabético, hipertenso, gestante. Sempre os programáticos né, depois...” IIB

“Tem problema, assim, emocional” IIA

“Que nem a mulher do paciente que eu tô, é uma paciente que tá com problema, ela tem, a irmã dela já é problema mental, só que agora, acho que devido a ela cuidar da irmã dela há um bom tempo já, e agora ela já to mais cansada, tá, assim, depressiva, sabe, então ela tá assim bastante debilitada, sabe...” IIA

“Os que são descompensados, são esses que eu vou.” IIG

“Caso de mães adolescentes também” IIC

“Eu acho que é nesses casos que você vê que a pessoa num tá bem, que é uma pessoa assim, não problema físico que de repente tem, num faz acompanhamento nenhum, daí de repente você chega lá, aquela coisa [inaudível] daí a pessoa, você vai, conversa com a enfermeira, eu acho que, levando em consideração também o que a enfermeira e o médico.” IIF

Os usuários vinculados a programas foram citados como prioridade pelos ACS do Grupo Focal III (mais de dois anos de experiência). Citam também, em sua maioria, os acamados, idosos, crianças, porém informam casos de gestantes e mais casos para prioridade de atendimento domiciliar.

“... todos são nossa prioridade, mas às vezes acaba que a gente não consegue... As prioridades sempre que começa o mês são os acamados...” IIID

“Bom, listei algumas, tem umas que até olhando pra ver se eu mudasse, né, mas assim, o idoso que mora sozinho, isso se tornou uma prioridade pra mim, pessoas com doenças terminais” IIIA

“Bom, pra mim, prioridade, são os programáticos.” IIIE

“Mas assim, hoje eu sou a favor do que a XXXX falou, eu acho que a prioridade hoje é criança. Criança e adolescente hoje é prioridade... sabe, pessoa que passam com o grupo de Saúde Mental, que eu acho importante passar, né.” IIIC

“Idosos e acamados com alguma dificuldade pra tomar remédio. Família com alcoolista. E tem os programáticos porque tem muitas pessoas que são problemáticas, 76 tem pressão alta, mas a maioria deles toma remédio certo, são orientados, que tem alguém que cuida, né, que nem seria prioridade, o Ministério prioriza.” IIIA

“...nem sempre eu trabalho por rua, então eu procuro nos pacientes que estão mais graves, né, primeiro, mesmo que eu tenha alguma convocação de algum encaminhamento. Ah, os pacientes que a gente sabe que não toma remédio direito, que de repente passou na Unidade e a gente sabe que não tá bem, que voltou do hospital, né, por exemplo, ou que tá acamado e não tá bem, né, por exemplo, gestante que não tá fazendo acompanhamento, criança com algum problema de III D saúde mais grave, o geral assim, os problemáticos, que a gente sabe que não tá bem, e mesmo assim, uma pessoa que também não tem nenhuma doença, de repente descobriu, tá precisando ali de algum auxílio, de alguma orientação, né, então eu vou nos mais...” III D

“Na verdade, lá no XXXX, já foi assim, a única situação que eu vejo que, levantar e chamar, só se for um paciente acamado. E o acamado é aquele que não se levanta mesmo, o acamado.” IIIA

“Mas é isso. Isso é regra pra gente, o acamado, pra ir na casa o médico, pra ir lá na casa, pra enfermeira ir na casa, só se for acamado. Então é acamado mesmo, não tem outra...” IIIA

“Minha prioridade são os acamados, na verdade eu não tenho bastante, só tenho dois, e os doentes também, que às vezes você sabe que a pessoa teve doente, que foi encaminhado pra Unesp, né, tá com pneumonia, teve diarreia, vômito, eu sempre passo, é prioridade saber como é que tá, se melhorou, como é que tá o quadro, depois vem os idosos, né, analfabetos que fazem uso de remédio pra pressão, diabetes, tem dificuldades, né, depois pra mim a prioridade é a criança, né, de zero a dois, as gestantes, hanseníase

que eu tenho uma paciente com hanseníase e tenho um sequelado, dois sequelados.” IIB

Seabra (2006) reitera que, apesar das dificuldades, o contato direto e os vínculos com a comunidade permitem que os agentes tenham uma percepção das necessidades dos usuários que os outros membros da equipe não conseguem perceber, pois não dividem diretamente com eles.

Isto também foi discutido no estudo realizado por Meira (2008), 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.

8. Dificuldades do cotidiano

As dificuldades do cotidiano se mostram inúmeras para o ACS. As condições diárias de trabalho, o tipo de população abordada pelos mesmos e a burocracia relacionada às atividades que executam acabam sendo importantes no processo de trabalho desse profissional.

8.a. condições de trabalho

As condições adversas que o trabalho do ACS apresenta em seu cotidiano são vastamente relatadas. Muitas vezes, as áreas abrangidas para as visitas domiciliares são territorialmente extensas, necessitando de aparato, que nem sempre lhes dá segurança para cumprir o objetivo de seu trabalho, como relatam os agentes:

“Então como é uma Kombi® só, e as estradas ali são ruins, tem que ficar empurrando a Kombi®, desenhalando, tem que ficar... já precisamos chamar o povo do sítio, pra ajudar a desenhar a Kombi®...” IIC

“...E a dificuldade que a gente tem, que eu tenho na verdade, é a falta, às vezes a falta de condução... da Kombi®... do carro...” IIG

“...e se tem a condução tem produção... um monte de coisa daí fica

difícil e a condução... e a condução... E é essa dificuldade nossa.” IIG

“...depois que eu comecei a trabalhar, eu vi que realmente é muito pequena, é muito pouco acesso, é difícil na área rural... fazem falta bastante pra gente, precisa de remédio, de consulta, e é longe, né...”

IIG

“É uma distância bem longa para você entregar uma carta não consegue falar com a pessoa, você tem que retornar você fica preocupada... por causa do horário. Agora você tem que lidar com várias famílias, né?! antes eu só lidava com uma, O mais dificultoso mesmo é não achar na casa mesmo. E tem pessoa que você não acha... trabalha... então às vezes você precisa ir várias vezes.” IIA

As condições de trabalho relacionadas ao tempo de exposição ao clima adverso acabam se mostrando dificultadores do processo de trabalho dos agentes:

“...mas é mais algo quando ocorre no dia a dia, os casos, a resolução, o sol que mata a gente, entendeu, a falta de material, ter que trabalhar, muita gente trabalhava assim, é indireto, mas acaba afetando diretamente a gente porque a gente tá preocupado com alguma coisa, tem gente que não se preocupa, mas como a gente que se preocupa mais, então acaba afetando visita, igual visita de hipertenso e diabético... igual visita de hipertenso e diabético... por que às vezes precisa de auxiliar.” IIF

“...se chover, você não sobe lá, não tem o que fazer, encalha, tem que passar dentro do rio, a Kombi® fica assim, de tanta água do rio”

IIIC

Esses dados vão ao encontro das dificuldades quanto a questões do cotidiano relatadas por Queiroz et al. (2005). O autor afirma que os ACS estão submetidos diariamente a diversos fatores de riscos, como: riscos físicos: temperaturas altas e baixas, podendo causar manchas na pele e problemas respiratórios; riscos químicos: poeiras, fumaças, trazendo em consequência muitos problemas alérgicos; riscos biológicos, como vírus, bactérias, podendo provocar

dengue, meningite viral; riscos psíquicos: monotonia e falta de lazer, produzindo cansaço e estresse; riscos de acidentes: arranjos físicos inadequados, assaltos e balas perdidas, podendo levar a fraturas e escoriações; e riscos ergonômicos: longas caminhadas e excesso de atividades, ocasionando dores musculares e fadigas (QUEIROZ, et al., 2006).

8.b. tipo de população

Os ACS destacam a dificuldade do trabalho quando realizado em áreas onde há maior concentração de pessoas que demonstram algum tipo de distúrbio comportamental ou dificuldade para o aprendizado. Relatam que o início do trabalho nas áreas mais complicadas é difícil, e que muitas vezes tem que recorrer à unidade para resolução de questões, o que isto acaba por dificultar o planejamento do dia.

“...a parte mais difícil na minha área é as pessoas drogadas e as pessoas com problema mental, não problema mental, desculpe, distúrbios psiquiátrico. Me dou bem com eles, no começo fiquei com medo (risos)” IIC

“Eu trabalho na área mais, área de risco, né, onde tem mais analfabetos, mais alcoólatras, mais drogados, mais crianças. Então assim, é bastante, assim, exige... chega na Unidade às oito, né, só que, como a XXXX falou, a gente tem que resolver alguma coisa, esperar a enfermeira passar alguma coisa pra gente e a gente sai para as visitas. Então, por minha área ser muito complicada assim, às vezes eu saio assim, é perto do posto, né, então, às vezes eu saio, ando duas casas e já tenho que voltar pra resolver alguma coisa.” IIIB

“Precisava ser mais específico mesmo pra cada área. Umas tem alcoolismo muito grande, o que a gente faz pra resolver? Essa promoção tá aonde? Pressão alta, diabetes, gestante, criança menor de dois anos“ IIIE

A questão da saúde mental fica muito explícita nos relatos acima, principalmente o que diz respeito ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Os ACS

ênfatizam a dificuldade em atuar com usuários com esse tipo de problema de saúde.

Segundo Pereira et al. (2007) a ESF vem se mostrando como importante instrumento de transformação da assistência em saúde mental, uma vez que possibilita maior aproximação entre usuário, família e profissionais, toda comunidade enfim. Essa proximidade é um importante recurso, principalmente no que se refere ao enfrentamento dos agravos vinculados ao sofrimento psíquico, que vêm se mostrando freqüentes, e ainda pouco tratados. No entanto, estando o ESF em desenvolvimento, a saúde mental tem sido pouco contemplada nos programas de capacitação, o que muitas vezes dificulta a efetivação da assistência que tem o domicílio como espaço terapêutico.

Brêda e Augusto (2001), em estudo em uma USF de um bairro litorâneo de Maceió (AL), apontaram que o alcoolismo, depressão, uso indiscriminado de psicofármacos e tentativas de suicídio eram problemas psíquicos bastante prevalentes. Observaram dificuldades da equipe de construir um vínculo com esses usuários, assim como entrave na comunicação entre a rede básica e a rede de saúde mental.

Além da questão vinculada à saúde mental, o analfabetismo, a dificuldade em seguir as prescrições dos profissionais e a rotina da família são aspectos apontados que dificultam o trabalho do ACS, como podemos detectar nos relatos abaixo:

*“Então, eu nunca quis ser assim, sabe, quando eu cheguei na minha área, era uma outra agente que trabalhou lá, trabalhou três anos, então assim, eu encontrei muitos analfabetos tomando remédio errado, então assim, eu tinha que criar uma forma, como que eu poderia ajudar pra eles, como que eu poderia fazer?!” **IIIB***

*“Não toma medicamento, não faz dieta, aí o diabete vai lá pra 500, entendeu, às vezes a pessoa acaba falecendo, mas, complicado, né, então assim, se morre criança nova e bebezinho, a gente...” **IIID***

“Na minha área tem muita criança, então é... as mães saem muito pra levar as crianças na escola, então às vezes você não... então a hora do almoço é uma hora que tá todo mundo na casa, é a hora que

eu consigo pegar bem eles... Então assim, eu gosto, às vezes, de passar, então assim, eu vou almoçar das duas às três, da uma às duas, eu nunca vou no horário certo.” III B

8.c. burocracia

Os agentes de saúde mencionam dificuldade com a questão da produção das atividades que envolvem burocracia e o aumento da exigência relacionada a ela:

“E todo dia é meio que assim, aí a gente tem que, na verdade, organizar nossas coisas lá, fazer a parte burocrática que é, com relação a parte burocrática, aumentou muito, se aumenta a parte burocrática, o preenchimento de ficha, antigamente eu preenchia duas, três, quatro fichas, hoje em dia eu preencho seis, sete, oito fichas, nove fichas, né, aí tudo bem.” III E

“Ah, deixa eu ver, o meu dia... Ah, o meu dia, eu chego na Unidade, né, a gente preenche os relatórios, as fichas do HiperDia, tudo, esses monte de ficha: hipertenso, diabético, gestante...” III D

“Chego no posto oito horas, pessoal já tá na cozinha, alguns já tão falando: ‘não sei o que’, começa aquela conversinha de bastidores: ‘não sei quem vai sair, não sei quem vai entrar, não sei quem vai ser transferido, tal, tal, tal’. E todo dia é meio que assim, aí a gente tem que, na verdade, organizar nossas coisas lá, fazer a parte burocrática que é, com relação a parte burocrática, aumentou muito, se aumenta a parte burocrática, o preenchimento de ficha, antigamente eu preenchia duas, três, quatro fichas, hoje em dia eu preencho seis, sete, oito fichas, nove fichas, né, aí tudo bem. Preparando todos os relatórios, eu sou um agente comunitário que eu considero organizadíssimo, porque eu não faço nada além daquilo que já tá programado, eu programo a quantidade de visita certa, dentro das minhas, da minha meta, tem que atingir uma meta mensal, é a quantidade de famílias dividido pela quantidade de dias trabalhados, que eu tenho uma meta pra atingir por dia. Atingi essa meta, o que eu faço além disso aí é...” III E

Os ACS afirmam que há um aumento nas ações burocráticas que

realizam cotidianamente o que, provavelmente, indica que há cobrança quanto à quantificação da produtividade do seu serviço. Esses dados estão em consonância com o estudo de Silva & Trad (2005) que constatou que os serviços da ESF são avaliados quanto ao produto do trabalho, isto é, a quantificação da produtividade do serviço. Para esses autores, o preenchimento dos instrumentos ~~de~~ do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) serve mais para atender às necessidades da coordenação municipal do que para a própria organização da equipe e avaliação da atenção prestada.

Corroborando com os autores anteriormente citados, verificamos estudos como o de Campos (2002), que ilustram que a avaliação para os profissionais da saúde (pagamento por produção), por um lado costuma aumentar a produção e, por outro, dificulta a articulação do trabalho a ser executado, prejudicando a sua qualidade.

5. Considerações finais

Atualmente há uma preocupação esperada em relação ao papel que o ACS exerce em seu cotidiano, devido ao fato desse profissional ser um diferencial importante para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família.

O ACS é o profissional que fica na “linha de frente da equipe”, ou seja, aquele que fica maior tempo em contato com a família em suas casas, surgindo algumas inquietações a respeito dessa figura quanto ao seu cotidiano e quais as aflições que esse profissional enfrenta.

O presente estudo propôs e atinge o objetivo apreender como os agentes comunitários da Estratégia de Saúde da Família, da cidade de Botucatu, se percebem em suas experiências profissionais.

Ao realizarmos uma síntese dos discursos apresentados, observou-se que as maiores dificuldades eram referentes às condições de trabalho, ao tipo de população atendida e a burocracia existente. Em relação às condições de trabalho a que o agente era exposto, primordialmente, houve referências sobre: os territórios abrangidos (dificuldades relacionadas ao transporte motivado pelo fato do território ser extenso) e as condições relacionadas ao clima adverso (sol, chuva e poeira). Quanto ao tipo de população, se referiram aos casos relacionados à área de Saúde Mental, e embora a proximidade com essa população fosse relevante, não foi algo que aparentou significância nos discursos, evidenciando apenas a dificuldade dos agentes em atuar com esse tipo de população, possivelmente pela falta de capacitação. As exigências burocráticas agregadas ao cotidiano de trabalho apareceram como dificultadoras para o ACS, sem observações e reconhecimento sobre a importância do preenchimento de formulários e relatórios.

Em relação à inserção desses profissionais na Estratégia de Saúde da Família foi decisivo o fato do trabalho ser concursado. Embora algumas pessoas antes do concurso conhecessem o trabalho de alguns agentes notou-se que houve surpresa com a realidade do trabalho dos ACS, que era muito diferente do esperado. A falta de conhecimento, mesmo após o ingresso na ESF, também foi mencionada. Podemos inferir, então, que a educação em serviço pode não estar sendo desenvolvida ou não estar sendo absorvida e isto pode representar grandes obstáculos na atuação profissional dos ACS, ficando evidente a dificuldade em atingir mudanças de hábitos e práticas, no que diz respeito ao cuidado com a prevenção das doenças e a promoção da saúde.

Neste mesmo caminho, a questão da formação do agente foi um assunto constante nos discursos, muitas vezes de forma explícita e outras não. A capacitação recebida se mostra insuficiente para as temáticas enfrentadas por estes em seu cotidiano. Há uma diferença nítida quanto à capacitação entre os agentes mais experientes e os mais jovens, demonstrando que na implantação do PSF em Botucatu, houve um maior empenho para capacitação dos agentes que iniciaram o trabalho no município.

Quanto à educação permanente, esta ainda é irregular no município, pois ocorrem as capacitações realizadas pela Secretaria da Saúde de Botucatu e aquelas que são realizadas na unidade de acordo com a organização da equipe e a disponibilidade da mesma, acarretando diferença na qualificação de acordo com unidade de saúde a que o ACS pertence. Mesmo assim, verifica-se que os ACS ainda defendem a idéia de aprendizado a partir das questões que lhes afligem na prática e a necessidade de um preparo inicial que acompanhem os ACS recém contratados.

No que tange as relações dos agentes comunitários com os usuários, a necessidade do vínculo ficou evidenciada para o exercício da profissão. O agente espera ser bem recepcionado, e as relações muitas vezes se confundem e vão além da profissional, se tornando por vezes relações de amizade. Os agentes pareceram esperar por isto, tendo dificuldades de enfrentar recepções adversas favorecendo, nessas situações, os sentimentos de frustração e de angústia desse profissional.

A relação dos usuários com a unidade de saúde mostrou-se desconfortável para o ACS. As dificuldades vividas pelos usuários são repassadas durante as visitas domiciliares e os ACS, por estarem na “linha de frente do atendimento” fora da UBS, acabam sentindo-se mais expostos e algumas vezes culpados nessas situações conflituosas.

O grupo II (agentes de um até dois anos de experiência) sentiu-se mais incomodado com as situações de conflito relacionadas acima. A recusa do atendimento domiciliar, a dificuldade de atendimento em outro serviço (encaminhamento) e a impossibilidade de resolução imediata de alguns conflitos entre os usuários e a equipe, problemas oriundos da relação dos usuários/unidade, foram fortemente mencionados como desencadeadores de pressão psicológica,

provocando, muitas vezes, desânimo para a prática cotidiana para este grupo de profissionais.

A falta de suporte da equipe como um todo é relatada pelos ACS como um fator negativo para o atendimento da população e para o trabalho em equipe. A enfermeira foi o profissional mencionado no auxílio à resolutividade dos casos que geravam angústia ao ACS, embora essa menção tenha ocorrido apenas uma vez.

A troca de profissionais, ou os períodos de ausência de algum membro da equipe, foi um fator relacionado à propensão a descontinuidade dos trabalhos e no crescimento e desenvolvimento da equipe.

O ACS pareceu se sentir mais cobrado em seu desempenho profissional que os demais profissionais e encontra dificuldades interpessoais em relação aos outros membros da equipe de saúde no que se refere ao cuidado com a população. Para o ACS, ele não tem sido visto com a devida importância na equipe e os difíceis casos encontrados nas visitas domiciliares não são abordados com o valor que precisariam ter, culminando assim na falta de resolutividade do serviço e no baixo suporte para o ACS.

Quanto às prioridades que os ACS entendem para o atendimento domiciliar, foram verificadas diferenças na concepção dos diferentes grupos estudados. No geral, os três grupos referem os casos de diabéticos e hipertensos, talvez pelo fato desses dois grupos populacionais terem um programa de atenção bem definido, o hiperdia. Citam ainda os acamados, provavelmente pela dificuldade que este tipo de usuário tem de ter atendimento à saúde, necessitando por diversas vezes do agente comunitário para intermediar seus cuidados com a equipe.

Os agentes do grupo com menos de um ano de experiência citam como prioridade para o atendimento domiciliar os casos mais complicados, e aqueles em que orientações são necessárias. Os ACS com experiência entre um e dois anos, relatam que casos pós-cirúrgicos, os de gestantes e alguns casos na área de saúde mental são os mais visados por eles. Os vinculados ao terceiro grupo (mais de dois anos de experiência) trazem as crianças, os usuários com condições de saúde mais graves e os idosos, entre outros, como prioridade.

Enfim, os dados apresentados em relação ao cotidiano de trabalho do ACS demonstram que a profissão parece estar em construção, apresentando conflitos. A inserção dos ACS ainda é tortuosa quanto ao que se refere aos eixos

norteadores do Ministério da Saúde e ao que acontece na prática junto à equipe e a comunidade a que também faz parte.

Finalizando, este estudo aponta desafios (alguns desses largamente discutidos por diversos autores) a serem enfrentados em muitos âmbitos e por muitas pessoas para que o cotidiano do ACS seja o proposto pelas leis e que este profissional possa realmente atender as suas expectativas, as da comunidade e da equipe. Algumas sugestões podem ser apontadas e são as abaixo apresentadas.

Quanto à definição do perfil do ACS, esta ainda aparece como um dos fatores mais conflitantes e se faz, segundo os dados discutidos, necessário destacar competências, deveres e fatores relacionados às relações interpessoais da profissão, os quais devem ser passíveis de observação para construir um perfil que permita que as pessoas interessadas na profissão não tenham uma idéia errada ou mesmo não se identifiquem e verifiquem isto tardiamente.

Em relação à capacitação do ACS, esta ainda parece bem irregular, ficando a cargo da própria unidade. Além da formação que ocorre cotidianamente em serviço, faz-se necessária certa centralização comum a todas as unidades, de modo a permitir que os ACS atuantes tenham a mesma formação básica independente da unidade em que estejam. Vemos como sugestão adequada, maior participação das secretarias de saúde e gestores a fim de garantir a capacitação dos agentes e o entendimento da necessidade de formação apropriada.

Quanto à relação do ACS e usuários da ESF, verificamos que a própria diretriz da ESF ainda não parece bem clara para a população atendida. Muitos entraves relacionados à própria figura do ACS, seu papel e como se dá o acolhimento no nível primário de saúde, deveriam ser assuntos abordados constantemente nas unidades e por que não dizer em nível nacional, estadual e municipal, possibilitando maior compreensão na maneira de atendimento relacionado à ESF para população brasileira.

Em relação ao ACS e a equipe que compõe a ESF percebe-se a necessidade de se investir na melhora das relações interpessoais e do trabalho em equipe que podem ocorrer por meio de propostas dos gestores ou mesmo da própria equipe. O conhecimento das competências de cada membro da equipe e do perfil dos profissionais para o trabalho em ESF parece ser um fator essencial para o bom funcionamento da Estratégia, mas acima de tudo o relacionamento interpessoal dos

profissionais, vendo uns aos outros como uma equipe, parece ser relevante para o sucesso e melhora da saúde pública no país.

Referências bibliográficas

ALEXANDRIA, F.O. **O que é PSF?**. Disponível em: <http://www.sobral.ce.gov.br/saudedafamilia/ini_psf.htm>. Acesso em: 23 dez. 2004.

AMARO, S. **Visita domiciliar**: uma técnica de revelação da realidade. Disponível em: <www.pucrs.br/eventos/sbpc/uergs/ficina/001.doc>. Acesso em: 29 maio 2007.

ANDRADE, O.G.; APDA, R.; RODRIGUES, P. Abordagem holística do sistema de cuidado familiar do idoso com acidente vascular cerebral. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v.1, n.1, p.193-199, 2002.

ANDRADE, L.O.M. **Sistema de Salud de Brasil**: normas, gestion y financiamiento. São Paulo: Hucitec 2002.

AZEREDO, C.M. et al. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.12, n.3, p.743-753, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225p.

BARRALHAS, M. **O agente comunitário de saúde**: representações e dificuldades acerca da prática cotidiana da assistência. 2001. 154 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2008.

BASSETO, H.P. et al. Processo de trabalho para a formulação do Protocolo dos ACS do município do Botucatu - São Paulo, 2008. In: Trabalhos do Congresso de Secretários de Saúde. Disponível em: <<http://www.botucatu.sp.gov.br/saude/trabCongresso/processoTrab.pdf>>. Acesso em: 2 ago. 2009.

BLANCHET, A.; GOTMAN, A. **A enquete e seus métodos**: a entrevista. Paris: Editions Nathan, 1992. 160p.

BIANCO, M.H.B.C. **Construção da autonomia do enfermeiro no cotidiano**. 1999. 178f. Tese (Doutorado) - São Paulo: Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

BONASSA, E.C.; CAMPOS, C.V.A. **Saúde mais perto**: os programas e as formas de financiamento para os municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E.N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p.259-268, 2008.

BOTUCATU. Sistema Municipal de Informações em Saúde. SiMIS. Botucatu, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica Programa Saúde da Família**. Brasília, 2000. 250p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PSF?**. Brasília, 2004a. Disponível em <<http://portalweb02.saude.gov.br/saude/buscar.cfm?inicio=11>>. Acesso em: 26 dez. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Termo de referência para a execução da formação profissional do agente comunitário de saúde**. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília, 2006c. Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab>>. Acesso em: 3 ago. 2009.

BRASIL. Lei Nº 11.350, de 5 de outubro de 2006b. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648, de 28 de março de 2006c**. Brasília, 2006. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acesso em: 23 fev. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico_2008.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 21 fev. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 4 ago. 2009.

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

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p.229-292.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, v.30, n.3, p.285-293, 1996.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Abrasco, 2001. p.113-25.

CODO, W.; SAMPAIO, J.J.C. ; HITOMI, A.H. **Indivíduo, trabalho e sofrimento:** uma abordagem interdisciplinar. Petrópolis: Vozes, 1993. 280p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 196/96.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

CUNHA, M.B. Uma colcha de retalhos, nos traçados de vida e trabalho: o processo de constituição de agentes comunitárias em favelas do Rio de Janeiro. In: XIII Encontro de História Anpuh-Rio. Resumos... Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.encontro2008.rj.anpuh.org/resources/content/anais/1213103471_ARQUIVO_MarizeBastosdaCunhacolchaderetalhos.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2009.

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

FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M.O. trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (coord.) **Gerenciamento em enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.1-13.

FERRAZ, L.; AERTS, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.10, n.2, p.347-355, 2005.

GIACOMOZZI, C.M.; LACERDA, M.R.A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n.4, p.645-653, 2006.

GONÇALVES, D.M.; KAPCZINSKI, F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.9, p.2043-2053, 2008.

GUALDA, D.M.R. et al. Abordagens qualitativas: sua contribuição para enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.29, n.3, p.297-307, 1995.

HELLER, A. **Sociologia de la vida cotidiana**. 2. ed. Barcelona: Península, 1987.

HELOANI, J.R. **Gestão e organização no capitalismo globalizado**: história da manipulação psicológica no mundo do trabalho. São Paulo: Atlas, 2003. 240p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. BGE. Estimativa da população para julho de 2008. 29 de agosto de 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2008/POP2008_DOU.pdf>. Acesso em: 5 set. 2008.

JEFFER, J.R.; BOGNANO, M.F.; BARFLET, J.C. On the demand versus need for medical service and concept of shortage. **Am. J. Public Health**, v.61, p.46-63, 1971.

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. In: POPE, C.; MAYS, N. **Quantitative research in health care**. 2. ed. London: BMJ Books, 2000. p.20-29.

LANZONI, G.M.M.; SCHVEITZER, M.C.; LINO, M.M. **Educação permanente com os agentes comunitários de saúde**: em pauta, os direitos e deveres dos usuários de saúde. Relatório do Trabalho de Conclusão (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

LEOPARDI, M.T. (Org.) **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade** – Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LEVY, F.M.; MATOS, P.E.S.; TOMITA, N.E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.1, p.197-203, 2004.

LIMA, A.M.M. et al. **Necessidades de saúde e diálogo no desenvolvimento de tecnologias em atenção primária**. São Paulo: HUICITEC, 2000.

LOPES, J.S. **Equipe de enfermagem e agentes comunitários da saúde: o trabalho fora da Unidade**. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MANDÚ, E.N.T. et al. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n.1, p.131-140, 2008.

MARTINES, W.R.V. **Compreendendo o processo de sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa Saúde da Família**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. 1998. 1324 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

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

MEIRA, R.M.M.B.P. **O agente comunitário de saúde: convergências e divergências na percepção dos próprios agentes, dos médicos, enfermeiros e usuários do serviço**. 2008. 161 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2008.

MENDONÇA, M.H.M. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. **Trab. Educ. Saúde**, v.2, n.2, p.353-865, 2004.

MERHY, E.E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a**

assistência. Belo Horizonte: Sistema Único de Saúde, 2007. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/perda.doc>>. Acesso em: 15 mar. 2009.

MINAYO, M.C. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**, 8. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2004.

NASCIMENTO, C.M.B. **Precarização do trabalho do agente comunitário de saúde: um estudo em municípios da região metropolitana do Recife**. 2005. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – FIOCRUZ, Recife, 2005.

NOGUEIRA, R.P. O trabalho em saúde, conceitos e formas de organização. In: FARIA, R.; VIANA, A.L.D. **Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: NEPP/UNICAMP, 2002.

NOGUEIRA, R.P.; SILVA, F.; RAMOS, Z. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis o agente comunitário de saúde**. (Textos para discussão, 735). 2000. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>> Acesso em: 20 jan. 2009.

NOZAWA, M.R. Análise de discurso e pesquisa em enfermagem. In: BARROS, N.F. **Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares**. Barros, N.F., CECATTI, J.G., TURATTO, E.R. (Orgs.) Campinas: UNICAMP/FCM, 2005.

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

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

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

PAIM, J. As ambiguidades da noção de necessidades de saúde. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA, F.N. Introdução a crítica do planejamento de saúde. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Departamento de Medicina Preventiva, 1982. p.5578.

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

PEDUZZI, M.; PALMA, J.J.L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Orgs.). **Saúde do adulto programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.234-250.

PEREIRA, M.J.B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar: potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem**. 2001. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PEREIRA, M.A.O.; BARBIERI, L.; DE PAULA, V.P.; FRANCO, M.S.P. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v.41, n.4, p.567-572, 2007.

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

QUEIROZ, K.C.F. et. al. "A céu aberto": fatores de risco do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em Campina Grande. In: REUNIÃO ANUAL DA SBPC, 58., 2006, Florianópolis. Resumos... Florianópolis, 2006. p.3106. Disponível em: <http://www.sbpcnet.org.br/livro/58ra/SENIOR/RESUMOS/resumo_3106.html>. Acesso em 30 jun. 2009.

RESSEL, L.B.; GUALDA, D.M.R.; GONZALEZ, R.M.B. **A pesquisa quantitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

RIBEIRO, S.F.R. **O sofrimento psíquico dos trabalhadores de uma equipe do Programa Saúde da Família na organização do trabalho**. 2006. 162f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2006.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.2, p.438-446, 2004.

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

RODRIGUES, M.P.; LIMA, K.C.; RONCALLI, A.G. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p.71-82, 2008.

SANTOS, M.R. Agente comunitário de saúde: perfil social x perfil profissional. **Rev. APS**, v.7, n.2, p.125-126, 2004.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: _____. **Saúde do adulto**. São Paulo: HUCITEC, 1996. p.78-79.

SCHRAIBER, L.B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.4, p.221-242, 1999.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B.; NEMES, M.I.B. Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica. In: SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. **Saúde do Adulto**. São Paulo: HUCITEC, 1996. p.84-86.

SCHIMITH, M.D.; LIMA M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1487-149, 2004.

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

SILVA J.A.; DALMASO, A.S.W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface - Comunic., Saúde Educ.**, v.6, n.10, p.75-83, 2002.

SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no programa saúde da família: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunic., Saúde Educ.**, v.9, n.16, p.25-38, 2005.

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

SUSAM. **Os agentes comunitários de saúde**. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/projetos/pacs_psf_equipes.php> Acesso em: 9 jan. 2005.

TAKAHASHI, R.F.; OLIVEIRA, M.A.C. A visita domiciliar no contexto da saúde da família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família: manual de enfermagem**. São Paulo: O Ministério, 2001. p.43-46.

TEIXEIRA, C.F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Rev. Bras Saúde Família**, v.7, p.10-23, 2004.

TOMAZ, J.B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, v.6, n.10, p.75-94, 2002.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S. O Impacto socio cultural do programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, v.14, p.429-435, 1998.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S.; SANTANA, E.M.; NUNES, M.O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.581-589, 2002.

VALENTIM, I.L.V.; KRUEL, A.J.A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.12, n.3, p.777-788, 2006.

VASCONCELOS, E.M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Rev. Saúde Debate**, v.23, n.53, p.6-19, 1999 a.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999 b.

WAI, M.F.P. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família**: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento. 2007. 140f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

*Anexo 1 - Histórico E.S.F. e A.P.O.S.
em atuação*

Ministério da Saúde
Departamento de Atenção Básica / SAS

Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação - competência DEZEMBRO 2008

UF	Número e Percentual de Municípios										População						
	Total	Com ACS 1	% com ACS	Com ESF 2	% com ESF	Com ESF 3	% com ESF	Total 4	Acomp. pelos ACS 5	%	Acomp. pelas ESF 6	%	Acomp. pelas ESF 7	%	Nº de ACS	Nº de ESF	Nº de ESB
DF	1	1	100,0	1	100,0	1	100,0	2.384.988	324.300	13,6	134.550	5,6	13.800	0,6	564	39	2
GO	246	244	99,2	243	98,8	236	95,9	5.768.070	3.729.226	64,7	3.338.038	57,9	3.356.668	58,3	7.638	1.048	733
MS	78	77	98,7	77	98,7	76	97,4	2.351.608	2.083.752	88,6	1.320.471	56,2	1.885.713	80,2	3.849	402	387
MT	141	141	100,0	141	100,0	137	97,2	2.998.939	2.256.823	75,3	1.710.971	57,1	1.721.365	57,4	4.547	521	331
CENTRO OESTE	466	463	99,4	462	99,1	450	96,6	13.501.615	8.394.101	62,2	6.503.900	48,2	6.986.546	51,7	16.598	2.010	1.453
AL	102	102	100,0	101	99,0	101	99,0	3.066.720	2.384.760	78,1	2.156.972	70,3	2.159.504	70,4	5.089	727	523
BA	417	416	99,8	405	97,1	365	88,1	14.018.542	11.465.617	81,8	7.707.763	55,0	7.917.951	56,5	23.890	2.392	1.488
CE	184	184	100,0	184	100,0	183	99,5	8.237.855	5.944.938	71,0	5.537.812	67,2	6.388.763	77,6	11.782	1.705	1.293
MA	217	217	100,0	215	99,1	211	97,2	6.417.023	5.921.490	92,3	5.012.344	78,1	4.714.981	73,5	15.080	1.725	1.137
PB	223	223	100,0	223	100,0	221	99,1	3.645.190	3.573.843	98,0	3.451.209	94,7	3.462.984	95,0	7.760	1.228	1.099
PE	185	185	100,0	185	100,0	176	95,1	8.555.801	7.357.478	86,0	5.820.950	68,0	6.077.458	71,0	14.465	1.780	1.144
PI	223	222	99,6	222	99,6	222	99,6	3.067.476	3.072.709	99,5	2.981.387	96,6	3.014.237	97,6	6.757	1.069	892
RN	167	167	100,0	167	100,0	167	100,0	3.080.410	2.504.661	81,3	2.463.448	80,0	2.842.543	92,3	5.295	858	779
SE	75	75	100,0	75	100,0	73	97,3	2.012.710	1.849.457	91,9	1.677.488	83,3	1.623.134	80,6	3.613	534	333
NORDESTE	1.780	1.791	99,9	1.777	99,1	1.709	96,3	52.121.277	43.924.953	84,3	36.809.283	70,6	38.201.535	73,3	93.737	12.018	8.698
AC	22	22	100,0	22	100,0	22	100,0	745.676	653.048	87,6	441.115	59,2	488.846	65,6	1.259	132	94
AM	62	62	100,0	57	91,9	54	87,1	3.360.070	2.496.869	74,3	1.669.322	49,7	1.592.249	47,4	6.082	497	279
AP	16	16	100,0	16	100,0	16	100,0	684.579	585.652	85,6	422.420	61,6	393.434	62,0	1.139	132	76
PA	143	142	99,3	130	90,9	111	77,6	7.413.901	6.130.375	82,7	2.692.127	36,3	2.221.827	30,0	13.247	802	352
RO	52	52	100,0	52	100,0	44	84,6	1.615.745	1.375.941	85,2	772.718	47,8	769.518	47,6	2.844	229	121
RR	15	15	100,0	14	93,3	13	86,7	437.556	340.682	77,9	307.168	70,2	262.402	57,7	666	94	49
TO	139	136	97,8	134	96,4	131	94,2	1.384.265	1.368.673	98,9	1.092.216	78,7	1.210.450	87,4	3.444	352	261
NORTE	449	445	99,1	425	94,7	391	87,1	15.591.792	12.951.220	83,1	7.367.084	47,2	6.928.726	44,4	28.681	2.238	1.232
ES	78	78	100,0	76	97,4	69	88,5	3.472.080	2.447.733	70,5	1.736.241	50,0	1.776.682	51,2	5.053	539	347
MG	853	839	98,4	835	97,9	640	75,0	19.520.171	13.122.899	67,2	12.331.915	63,2	9.247.601	47,4	25.217	3.806	1.896
RJ	92	91	98,9	89	96,7	67	72,8	15.567.373	5.477.211	35,2	4.809.761	30,9	3.153.622	20,3	9.922	1.440	564
SP	645	621	96,3	485	75,2	356	55,2	41.074.072	12.520.870	30,5	10.526.995	25,6	7.476.398	18,2	22.328	3.134	1.263
SUDESTE	1.668	1.529	91,7	1.485	89,0	1.132	67,9	79.633.696	33.568.713	42,2	29.404.802	36,9	21.654.263	27,2	62.520	8.919	4.070
PR	399	391	98,0	382	95,7	329	82,5	10.413.603	6.031.663	57,9	5.351.311	51,4	5.376.746	51,6	11.497	1.672	1.063
RS	486	443	91,2	413	85,0	320	65,9	10.978.996	4.152.137	37,8	3.718.954	33,9	2.939.776	26,8	7.887	1.161	601
SC	293	292	99,7	291	99,3	268	91,4	5.964.676	4.866.157	81,6	4.022.647	67,4	3.210.328	53,8	9.314	1.282	680
SUL	1.188	1.126	94,8	1.086	91,4	915	77,0	27.357.275	14.849.957	54,3	13.092.912	47,9	11.526.850	42,1	28.708	4.115	2.354
BRASIL	5.564	5.354	96,2	5.235	94,1	4.597	82,6	186.206.105	113.688.944	60,4	93.178.011	49,5	85.297.940	45,3	230.244	29.300	17.807

(1) Agente Comunitário de Saúde
(2) Equipe de Saúde Bucal
(3) Equipe de Saúde da Família
(4) População estimada - IBGE 2006
(5) Estimativa com base de cálculo em 575 pessoas por ACS, limitada a população total
(6) Estimativa com base de cálculo em 3.450 pessoas por ESF, limitada a população total
(7) Estimativa com base de cálculo em 6.000 pessoas por ESB, limitada a população total
Fonte: SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

*Anexo 2 - Termo de consentimento livre e
esclarecido*

Termo de consentimento livre e esclarecido

Declaro que estou ciente e aceito participar do projeto de pesquisa intitulado “Reconhecimento da necessidade de atendimento domiciliar realizado pelos agentes comunitários de saúde requisitando profissionais da equipe em unidades de Saúde da Família” de autoria de Ivana Regina Gonçalves, co-autoria de Marli Teresinha Cassamássimo Duarte e orientação de Sueli Terezinha Ferreira Martins, que visa saber como os agentes comunitários de saúde reconhecem a necessidade de atendimento domiciliar pelo profissional de saúde da população por eles visitada. Fico ciente ainda, que posso retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa e que meu nome ficará em sigilo.

agente comunitário de saúde

pesquisador

Ivana Regina Gonçalves, Rua João Passos, 2670. CEP 18602-140. Lavapés, Botucatu-SP. Telefone (14) 3814-3147. e-mail: nanaenf82@hotmail.com.

Sueli Terezinha Ferreira Martins, Rubião Junior, s/n.º Departamento de Neurologia e Psiquiatria, Faculdade de Medicina, UNESP-Botucatu. Telefone: (14) 3811-6260. e-mail: stfm@fmb.unesp.br.

Anexo 3 - Folha de caracterização do sujeito

Folha de caracterização do sujeito

Caracterização

Iniciais do nome

Sexo

Idade

Escolaridade

Tempo de trabalho na ESF

Anexo 4 - Roteiro do grupo focal - APOS

Roteiro Grupo Focal – ACS

1) Introdução

Apresentação Sueli/Ivana

Explanação do trabalho

Gravação

Caracterização (folha)

2) Termo de consentimento livre e esclarecido

3) Explicação sobre a técnica – Grupo Focal

4) Música – dizer que depois farão uma apresentação (nome, unidade e quem sou eu? / porque me tornei agente?)

Tinha idéia do que era ser ACS?

Tinha algum contato com a área?

Experiência com comunidade?

5) Como é o dia-a-dia do ACS?

Aspectos bons, aspectos ruins

Prós e contras

Introdução sobre a questão da recusa dos usuários

6) Questionamentos sobre os cursos, oferecidos pela secretaria? Unidade?

7) Como você identifica a necessidade de atendimento domiciliar por outro (com auxílio) profissional da equipe?

Como a equipe responde as suas demandas?

8) Qual a razão para esta ordem de prioridades? Tem alguma coisa que não há na unidade mais existe necessidade?

Existe alguma definição do que é mais urgente pela própria unidade? Ou cada um decide?

Anexo 5 - Transcrições

Grupo 2 – entre 1 e 2 anos de experiência

Orientadora: Então agora... Só para falar uma coisa para vocês desta... desta técnica. Aqui não tem certo ou errado e assim, é importante né, nesse jeito da gente fazer né, um trabalho, de levantar né, tudo o que a gente pensa e faz a respeito de determinado tema. É que as pessoas fiquem muito a vontade para falar como faz e das suas opiniões a respeito, tá. Então assim, não é um tipo de grupo que a gente vá, que nós vamos ficar falando, não. Este espaço é pra vocês. Completamente pra vocês. Então, a gente tem apenas um roteiro básico em questão do tempo, né...

Pesquisadora: Então a gente queria acordar o horário com vocês, o tempo que a gente vai usar. A gente espera né, para a gente não atrapalhar vocês, até mais ou menos umas quatro, quatro e pouquinho...Então a gente queria acordar... O que que vocês acham?

IIA: Eu posso ficar até as quatro e dez.

Pesquisadora: Tá.

Orientadora: A gente calculou pela média que a gente fez isso, né. No ano passado a gente fez esse trabalho com um grupo que foi mais ou menos isso. Outra coisa que a gente também tem acordado com os grupos é que se agente não conseguir completar, tá, em cima do roteiro básico que a gente tem, hoje, a gente faz o seguinte: se a gente não conseguir completar tá, esse roteiro básico hoje, né, aí a gente pode até pensar em outro dia, outro grupo com vocês...

Pesquisadora: Então a gente vai por uma música para a gente pensar duas questões com vocês: quem eu sou e por que me tornei agente comunitário.

(Música)

Pesquisadora: Quem tiver vontade... Quem é você e como você se tornou agente comunitário?

IIA: Bom... Eu trabalhava como doméstica né, daí uma colega minha trabalhava assim, como agente comunitário. E eu tava uns dois anos com dificuldades. É uma distância bem longa para você entregar uma carta não consegue falar com a pessoa, você tem que retornar, você fica preocupada... por causa do horário. Agora você tem que lidar com várias famílias, né?! antes eu só lidava com uma. O mais dificultoso mesmo é não achar na casa mesmo. E tem pessoa que você não acha... trabalha...então às vezes você precisa ir várias vezes.

Pesquisadora: Você antes tinha projetos na comunidade? Participava de algum?

IIA: Não... assim... não..

Pesquisadora: Quando eu pergunto quem é você, o que vem na sua cabeça?

IIA: Eu? Eu sou um ser humano, como todos... Então tem que ter confiança e esperança né... senão não é possível...

Pesquisadora: Quem mais?

IIB: Eu sou XXXX. Sou do XXXX. Quando você me pergunta quem sou... eu sou tímida em algumas ocasiões, eu posso dizer que sou tímida... na igreja, com meus pacientes também não. Mas em ocasiões como esta aqui...

(Todas riem)

IIB: ou na reunião de equipe eu sou tímida. Qual a tua outra pergunta?

Pesquisadora: Por que você se tornou agente comunitário?

IIB: Então, porque... eu prestei... meu pai que me inscreveu no concurso, me inscreveu sem eu saber. Não sabia nem o que era. Não tinha noção nenhuma, nenhuma mesmo. Foi depois que eu prestei, passei, não sabia, aí teve o curso que me deram, daí você tem uma noção mas você vai saber realmente o que é na rua. No curso, não tem nada a ver o curso com a prática, totalmente diferente, totalmente diferente. Mesmo hoje eu sei bem o que é, gosto do que faço. E não tenho dificuldade nenhuma pra lidar com isso...todo dia a gente vai aprendendo..

Pesquisadora: Você já tinha participado de algum projeto na comunidade?

IIB: Na comunidade não... O que facilitou pra mim é as coisas que eu tenho na igreja. Na igreja eu converso bastante com as pessoas e isso ajudou muito. [inaudível]... aí demorou um pouquinho ainda. Eu acho, quantos meses?! Eu acho que uns seis meses, três a seis meses para eu saber realmente o que era. Na verdade, eu não sei, às vezes até hoje ainda eu me pergunto. Você acaba descobrindo as coisas acho que... o que é ser agente comunitário eu mesma às vezes não sei.

IIC: Eu sou XXXX, sou do XXXX. Quem eu sou? Sou uma pessoa que falo muito, questiono muito, cobro muito. Me tornei agente comunitária porque minha agente comunitária me cativou. Do jeito que ela ia na minha casa... eu tinha uma idéia muito pequena do que era ser agente comunitário. Eu achava que era aquela pessoa que ia todo dia na minha casa, tentava resolver alguma coisa pra gente. Só que aí eu prestei o concurso, vou falar que era pra arrumar emprego. Só que depois que eu comecei a trabalhar, eu vi que era muito mais além do que eu via. Amo os meus velhinhos, nossa, é uma coisa forte... a parte mais difícil na minha área é as pessoas drogadas e as pessoas com problema mental, não problema mental, desculpe, distúrbios psiquiátrico. Me dou bem com eles, no começo fiquei com medo (risos). Mas agora... fico questionando o porquê das coisas, às vezes não acho o porquê. Mas é isso... pessoalmente (risos).

IID: Eu sou XXXX da equipe de XXXX. Eu sou uma pessoa calma, não gosto de falar muito, mas converso bastante com os meus pacientes e eles comigo e... quando falo

com uma pessoa assim... não falo muito... Quando eu prestei o concurso, da primeira vez que teve o concurso PSF, daí da segunda vez eu prestei, depois demorou uns dois anos pra me chamarem. Quando me chamaram, minha menininha tava com uns três meses e meio. Daí ligaram assim de repente: Ah, você quer trabalhar como agente... e aí foi... é... bom... mas às vezes eu vou até lá na divisa com XXXX, quando eu volto tem uma carta pra entregar lá, de novo.

Pesquisadora: Você já Tinha tido experiência com comunidade?

IID: Não, não.

IIE: Meu nome é XXXX. Sou agente comunitário lá de XXXX. Eu sou igual a XXXX também, eu gosto de conversar bastante mas tenho vergonha... vergonha mas converso com todo mundo, não deixo a vergonha me atrapalhar. Eu quero perguntar porque assim pergunto pro enfermeiro o por quê, pra saber as coisas também... fico perguntando eu gosto sempre de ficar perguntando pra saber...

Pesquisadora: E por quê você se tornou agente comunitário?

IIE: Me tornei agente comunitário porque eu achava muito bonito, assim, eu achava muito bonito o grupo de caminhada. Na minha área tinha uma agente comunitária aí sempre quando ela vinha na minha casa também mas também não tinha noção do trabalho que era. Eu achava que era ir nas visitas, ajudar mesmo, mas eu não, nunca imaginava as dificuldades que ia ter, sabe... é, por exemplo, na minha área assim, tem bastante hipertenso, então assim, das 160 famílias que eu visito, a dificuldade é que algumas famílias trabalham, então as que trabalham volta, voltam depois das seis e meia aí a enfermeira, converso com a enfermeira ela pede pro ACS voltarem à noite mas ninguém quer voltar eu acho... mas essa parte de horário...

Pesquisadora: Você já conhecia a profissão?

IIE: Isso é, eu fui assim, né... mas não tinha noção assim, diabetes, hipertenso [inaudível] gestantes, a afinidade que a gente tem com eles, primeiro a gente visita eles, depois vai pros outros. Então, a gente não imagina o quanto é importante o agente comunitário... tinha uns cinco anos [inaudível] importante ver o diabético e o hipertenso, não tinha noção porque na minha casa não tinha diabético e não tinha hipertenso mas tinha na minha área.

IIF: Quando você pergunta quem é você, eu sou a XXXX, nem eu sei quem eu sou direito. Eu sou uma pessoa muito extrovertida, eu gosto de falar, de fazer muita coisa, de fazer muita coisa (risos). Eu quero pegar tudo e acabo me sobrecarregando. Eu adoro falar com as pessoas, sou muito, né, comunicativa sabe eu gosto bastante de amizade, sabe (risos). Muito engraçado porque eu não sou daqui de Botucatu, eu sou de São Paulo e tem três anos que eu moro aqui. Quando eu vim de lá, a mãe de uma amiga minha, ela era

agente comunitário, ela era do PACS, né, que tem na UBS, eu via assim que ela tinha as mesmas reclamação que a gente tem, (resmungando), essas coisas, e eu achava engraçado, eu falava ai, então sai do serviço, né, eu falava pra ela e ela: não é fácil assim. Daí eu vim pra cá. E eu vim em dezembro de 2005 não, minto, eu vim em dezembro de 2004 e quando foi em março saiu o concurso, aí eu prestei, eu precisava arranjar trabalho mesmo e a agente comunitário da minha área falou de última hora assim pra mim: ai, é hoje é o último dia. Daí eu corri, corri, fiz tudo e nada de chamar, nada de chamar, pensava: quando esse negócio vai sair. Aí eu fui cuidar de um velhinho, perto de casa, ajudar ele... depois de uma semana que eu tava ajudando ele e a mulher dele, que são dois idosos... Daí foram lá em casa me chamar para trabalhar Aí, por coincidência eu fui cobrir a licença da minha agente. Daí eu comecei a fazer então... nem sabia que tinha tanta rua perto de casa. Aí eu comecei a fazer, eu quase desisti, se não tivesse mudado de área, eu fiquei três meses na microárea da minha casa, e aí uma agente saiu, e a XXXX falou: gostei muito do seu serviço, vou te efetivar. Aí eu mudei de área, aí agora sim, aí to até hoje com os velhinhos. Eu até achei engraçado a XXXX falar que gosta dos velhinhos. A minha dificuldade é que quando eu tenho prazos, às vezes assim eu... eu não converso muito..aí a pessoa fica chateada [inaudível] minha boca grande (risos).

Pesquisadora: Mas você imaginava como era?

IIF: Não, não imaginava, não tinha noção das dificuldades.

Pesquisadora: Você tinha participação na comunidade? Você participava de algum projeto na comunidade?

IIF: Não aqui não, nunca participei de nada aqui. Lá em São Paulo eu participava de muita ONG, sabe, curso, fazia bastante curso pra comunidade. Tinha bastante contato com as pessoas mas nada relacionado a eu prestar serviço pra comunidade, sabe. Então, assim, a única dificuldade que eu acho ruim, que eu falo pras pessoas é a falta de resolução dos problemas, que eu acho que acaba ficando difícil, mas problemas é isso...

IIG: meu nome é XXXX, é...Sou lá do XXXX. Bom, eu comecei, eu comecei a trabalhar na unidade como auxiliar administrativa e aí eu fui... e aí tinha uma [inaudível] e daí quando eu sai da administração, né, eu também tinha prestado o concurso pra agente comunitário, mas ainda não tinha sido chamada... A minha mãe e a minha irmã é agente comunitário também. Então assim, eu acho que às vezes, elas falavam umas coisas, assim, né, depois que eu comecei a trabalhar, eu vi que realmente é muito pequena, é muito pouco acesso... é difícil na área rural... fazem falta bastante pra gente, precisa de remédio, de consulta, e é longe, né... e eles cobram né?! E a gente acaba marcando tal, levando receita mas o que falta... mas também tem a parte legal. E a dificuldade que a gente tem, que eu tenho na verdade, é a falta, às vezes a falta de condução... da Komb[®]..do carro... Daí vem a

cobrança... e se tem a condução tem produção..um monte de coisa daí fica difícil e a condução... e a condução... E é essa dificuldade nossa.

Pesquisadora: Você participava, com sua mãe, das atividades da comunidade?

IIG: Não, não, eu ia às vezes em grupo.

Pesquisadora: Agora assim... a gente queria saber um pouquinho de vocês: como é o dia a dia de vocês? Como é chegar lá na Unidade... O que que acontece depois, como é ser agente comunitário da saúde? O que que acontece?

IIC: Como que é o dia?

Pesquisadora: O que acontece no seu dia?

IIC: Um dia calmo?

(burburinho e risos)

IIC: Um dia calmo, você vê faz relatório..até as nove horas, acerta a papelada e as coisas pra poder sair. Um dia... Já tem problema do outro dia que eu não consegui falar com o médico, eu já pego os prontuários e aguardo ele chegar, ele chega, dá uma olhadinha pra mim e diz vamos (risos), pra resolver porque eu sou muito elétrica, eu sou assim, eu gosto de pegar as coisas e já resolver, se não resolver, pra mim num tá bom... Tem dia que eu fico atrás do médico, atrás da enfermeira até resolver, mas eu fico. Aí eu preciso ir em outro lugar..eu vou... Porque eu não gosto de chegar no paciente e dizer assim: amanhã eu trago sua resposta. Porque se fosse eu que tivesse na minha casa esperando, eu num ia querer ficar esperando também, né?! Então eu acho assim, quando eu pego uma responsabilidade, eu tenho que ir, ir atrás. Aí esses dias aconteceu até um fato engraçado porque uma moça falou pra mim ao dentista pra arrumar, e queria saber que lugar que ela tava. Eu fui, demorou três dias pra responder porque a dentista num tava e a auxiliar também tava de DH. Passou três dias, eu fui lá falar com ela. “achei que você tinha esquecido”, eu falei não, não esqueci. Então eu sei que nessa parte eles também [inaudível] da gente. Daí, a tarde também tem um caso ou outro que a gente fala pro enfermeiro. Agora, como tá duas enfermeira lá, então, quando acontece alguma coisa, a XXXX tem ajudado a gente, dá uma olhada. Tem uma paciente que veio de São Paulo pra cá errado ainda, ela machucou a coluna, veio sem colete cervical, sem nada. Foi operada na terça, na quarta já tava na casa, tava com muita dor, sabe, daí a XXXX foi lá, nós conversamos e agora tá bom.

Pesquisadora: Mais alguém...

IIF: Meu dia é corrido. Bem corrido, eu acho que, num sei, eu acho que a gente tá em fase de transformação da equipe. Nossa chefe mudou. Eu acho assim, que a hora que a chefe saísse... a gente achava que quando a nossa chefe saísse ia ser difícil. E as personalidades muito diferentes, das duas..eu acho que todo mundo é diferente, é do ser

humano. E eu tenho uma dificuldade enorme com a, sabe, com a enfermeira, com a médica, não como enfermeira assim. Mas assim, então acaba, assim, acaba a gente, igual a XXXX, a XXXX é muito agitada, a gente inaudível a gente passava dez, quinze casos, ela era rápida, sabe, até onze horas a gente já tinha acabado tudo e a nossa chefe nova, a XXXX...e ela pára e aí conversa e aí a gente não consegue passar as coisas que tem que passar, acaba segurando pra gente, fica lá o paciente cobrando e aí tá essa dificuldade assim, sabe, de ficar superlotando as coisas que a gente tem que fazer, tem que dar resposta pro paciente e não tem como... A médica também é assim, num tem muito..., eu acho, é mais [inaudível] com a enfermeira mesmo porque a área é bem tranqüila assim, entre aspas, entende?! Então eu tenho essa dificuldade, mas é mais algo quando ocorre o dia a dia, os casos, a resolução, o sol que mata a gente, entendeu, a falta de material, ter que trabalhar, muita gente trabalhava assim, é indireto, mas acaba afetando diretamente a gente porque a gente tá preocupado com alguma coisa, tem gente que não se preocupa, mas como a gente que se preocupa mais, então acaba afetando visita, igual visita de hipertenso e diabético... igual visita de hipertenso e diabético...por que às vezes precisa de auxiliar.

IIE: De última hora, né, tive que avisar eles que já era na segunda-feira de manhã, oito e meia que iam de pegar eles, porque às vezes tem encaminhamento em cima da hora. De repente: "Ah, vai ter...", esses tempo atrás começou a ser assim, então assim, eles avisam muito em cima da hora que no dia à tarde, que no outro dia meio-dia já ia ter reunião, pra nós ir pra lá. Às vezes, já não dá mais tempo avisa assim, muito em cima... Acaba um desestímulo ao planejamento porque acontece muito isso

IIF: Que nem encaminhamento, esses dias chegou na Unidade encaminhamento à tarde, ligaram de manhã: "ó, a tarde vai chegar tantos encaminhamentos pra pessoa estar de manhã na Unesp, amanhã cedo." Foi aquela correria, foi uma correria e num chega, num chega, num chega, chegou teve que sair com o carro que nem uma doida, entregando pro pessoal ir de manhã no outro dia...

IIG: E às vezes não encontram os pacientes.

IIF: É, você não encontra, é super difícil você...

IIG: [inaudível] pede vaga...

IIF: Tem paciente meu que tá lá com desgaste, quer encaminhamento pra ortopedia, ó, dois, três anos e nada, não consegue...

IIG: É...

IIF: É muito desgaste...

IIG: É, e o paciente acha que a culpa é nossa...

IIF: É, ele vai.

IIG: Ortopedia tem paciente que cobra toda vez...

IIC: Aí ele fala assim: tem gente de outra cidade que chega e consegue, nós mora aqui e não consegue...

IIG: Eles acham que nós somos culpado.

IIF: Acha que a culpa é do posto...

IID: E olha que vocês não moram ali do lado da Unesp, imagina pra nós que tamos ali do lado. Tudo, “num dá pra encaminhar pra Unesp?” “Não, nosso hospital de referência é o Hospital Sorocabano, é o ARE.” “Ah, mas por que num dá? É tão pertinho aqui da Unesp?!” Eles acham que a referência nossa é a Unesp...

IIF: Acho que o que mais pesa pra gente é ver que o paciente da precisando, você ver que ele tá precisando tanto e não tem como ir. Acho que isso é, isso é a maior angústia da maioria dos agentes. Você vê seu paciente aí, você acaba criando um vínculo com a pessoa... Sabe, tem paciente que não te trata muito bem, mas tem paciente que te trata muito bem, que você conhece a família, que você já pegou uma amizade com a pessoa, e você vê que ele tá doente, tá precisando e num tem solução pro problema dele. Acho que é, nossa, acaba... Tudo o que a gente acha que é lindo em ser agente comunitário, sabe?!

IIC: E as nossas angustias não tem pra quem passar...

IIF: Pra nós mesmos... Né?!

IIG: É devia ter terapia um dia, folga, eu acho... A cada seis meses, eu acho.

IIF: Eu acho que devia ter sempre.

IIG: Devia ter uma pausa grande, assim...

Pesquisadora: O que mais estressa na Unidade?

IIG: Ah, eu acho que o que mais estressa...

Pesquisadora: Você falou de estresse dentro da Unidade? O que mais estressa?

IIG: Eu acho que assim a falta de atenção do médico ou da enfermeira. Igual esses dias foi um paciente lá, assim, num precisava nem ser médico, eu sabia que a pessoa provavelmente tava acabada, né. É da minha área, aí foi lá, tava totalmente assim, amarela, sabe, num sentia, tava com uma dor, ela falou que tava com bastante dor aqui. Aí tudo bem, fomo fazer visita, né, aí voltamos da visita: “ai, dona Maria tava mal, não?!”, “Ah, tava mal mesmo”, mas e daí como foi [inaudível] no posto. Aí tudo bem, aí passou, isso foi na segunda, quando fui fazer visita pra ela na quinta-feira, eu levei um susto, eu quase saí correndo da casa dela. Totalmente deformada, cabelo [inaudível] alto, sabe, fedendo, daí, “ah, mas agora eu tô melhor, tô comendo...” Daí, resumindo, o rim dela tava parando, né, um rim parou o outro tava parando e agora precisa de hemodiálise. Poderia ter encaminhado, óbvio, né, mas não deu atenção.

IIF: Aí a gente fala alguma coisa, o médico fala: “ai, aí já não é sua parte”. Tira muita autonomia da gente, acho que a gente tá ali acompanhando a família mais de perto, eu acho que deveria ser levado em conta o que a gente fala. Aí nessa parte que a gente fala, é errado falar, “não num to querendo ocupar o teu lugar, a gente não é uma equipe?” A gente tem que ser em conjunto ali, sabe, auxiliar de enfermagem, médico, enfermeira, agente comunitário, porque que não faz. “Não, mas eu acho que aquele dia que ela veio aqui, num tava bem, mas daí aconteceu isso na casa dela, daí a auxiliar veio...”. Eu acho que todo mundo tem que trabalhar junto, mas isso acaba não acontecendo, é porque, é igual hipertenso e diabético nas visitas, esse não vai, esse não vai, esse não vai, não pergunta pro agente comunitário que tá ali de perto da pessoa, entendeu?! Eu acho que a gente tem uma capacidade de, num é, a gente, a gente tem noção das coisas e perguntar o que você acha desse paciente, acho que ofende o CRM do médico perguntar pro agente comunitário, ofende, eu acho, pode perguntar pro agente comunitário. Eu acho que falta muito, coloca o médico na frente das coisas, ele não tem noção da família, como funciona o programa... às vezes você quer passar caso, aí você passa caso, eu vou resolver isso você pensa, será?! Até os interno que tão indo lá, tão assim, bem assim [inaudível], porque, que nem, teve uma interna que tava lá muito tempo, a XXXX, ela chegava em mim assim: “Fala pra mim dessa família o que que você acha da família?” Sabe, eu acho assim, é uma integração que você tem. Eu acho que você não consegue resolver nada longe da família da pessoa. Eu acho que, tem a família, a gente vê a família desde a criança até o idoso. Na Unidade a gente tem que ver desde o agente até o médico. Eu acho que num tem que pular etapa, nem excluir ninguém. Eu acho isso...

Pesquisadora: E nas casas como é? Como é a aceitação?

Várias pessoas falam ao mesmo tempo:

IIG: A maioria aceita, agora também tem casas, várias casas que a pessoa não convida pra entrar, que eu nunca entrei, tem várias casas que eu entro, converso, alguns oferecem suco, bolo...

Várias pessoas falam ao mesmo tempo (risos): [inaudível]. Dizem ter várias casas que não aceitam bem... e riem

IIG: Conversa bastante. Nunca tem ninguém que não quer a visita, “num quero a visita”. Não.

Pesquisadora: Recusa não tem?

IIG: Eu tive uma vez.

IIE: tem uma paciente ela não aceita, não tem como... Ela é ‘barraqueira’. E agora a filha agora tá gestante, tá acompanhando pra ver o que tá acontecendo com ela, assim, ela vai quando, quando ela tá sozinha ali na rua, ela cumprimenta, tudo, normal.. Mas

não recebe quando a mãe tá em casa também, não tem como... Se eu converso com ela, a gente só conversa assim, quando eu encontro ela na rua, na Unidade, mas na casa não...porque a mãe, é bem 'barraqueira' mesmo...

IIF: Eu tenho umas dez recusa, eu acho. O paciente vai pra outras Unidades, não gosta de receber visita...

IID: mais lá na unidade, a XXXX já fala que quem passa no posto recebe visita.

IIF: [inaudível]

IIE: [inaudível], num quer continuar na Unidade, a colega já fala, [inaudível], "se você quer continuar aqui na Unidade, tem que aceitar agente comunitária", sabe, a gente descadastrou ele.

IIC: Eu demorei quase dois anos pra cadastrar um, que ele era sozinho, e ele tinha medo de dar os documentos dele pra mim, e eu passar pra alguém (risos), aí cadastrei ele, encontrei (risos). Mas tem paciente que fala assim...que ta tudo bem,... que olha da janela.

IIF: Tem paciente assim... Que nem ontem, eu achei tão engraçado, foi uma moça, tem gente que não quer passar na Unidade de jeito nenhum, tem gente que mora lá longe e quer passar, aí uma moça foi com quatro filhos, tem problema na cabeça, ninguém acha o que é, tal, aí foi, acharam, deram o endereço da minha área. E aí eu cheguei na casa... chamava, chamava, e uma sanfona (risos), gente, eu fiquei uma meia hora chamando, e a sanfona não parava, aí quando parou, [inaudível], aí veio um velhinho, todo [inaudível], (risos)..aí ele falou "minha nora, não mora aqui, mora lá no alto da serra..." "Ah, porque então o senhor avisa pra ela que eu vim aqui, que eu tive aqui e que ela vai ter que mudar de posto porque se ela mora em outro bairro", tal, conversei com o velhinho, acabei fazendo o cadastro dele... E aí, tem vez que o paciente que você vai, atende no interfone, fala no interfone: "oi", "oi, tudo bem, agente comunitária", "fala" (risos), "o paciente, tá tudo bem aí?", "tá tudo bem, pode por aí, tá bom?! Tchou". Aí ponho no relatório: atendeu pelo telefone e disse que tá tudo bem. Que nem uma mulher, ela assim, tem que acompanhar a criança até dois anos, na minha área, ela é super difícil, ela não aceita visitação, da enfermeira, do médico, ela quer saber o que ela quer... O que ela acha certos ela vai. Daí eu fui lá outro dia, e ela é super difícil de atender, bati, bati, bati: "fala", "é a agente comunitária", "tá tudo que nem mês passado" (risos),... a paciente relata que tá que nem o mês passado, não saiu pra me atender, eu coloco as coisa no relatório...

IIC: Tinha uma paciente que eu visitava e ela não gostava de atender, daí outro dia que ela levou a menina pra tomar vacina lá, daí eu fui na casa dela, [inaudível], "tenho Unimed", eu falei: "você tem Unimed? Você vai dar as vacina da menina tudo na Unimed?", "não, por quê?", eu falei: "não, porque então eu sou obrigada a tirar seu cadastro, , se você

não quer, tudo bem, é um direito seu, mas... ". Agora ela me atende que é uma beleza (risos).

IIF: A gente tem que usar de chantagem com eles.

IIC: Não é, é que se eu não tiver, no papel não tiver a assinatura dela, a visita dela...vão cobrar de mim, entendeu?

IIE: Tem uma paciente lá na minha área que falava, "porque é uma 'bosta', num sei o que, esse posto não serve pra nada, vocês agente comunitário que não cheira nem fede também", "ninguém num sei o que, ninguém num sei o que", tudo mentira. Ela não faz nada que é falado pra ela...

IIF: Teve uma paciente minha, uma vez eu tava conversando com uma senhorinha da minha área, perguntando sobre a pressão da filha dela, aí ela vinha de lado, eu tava virada pra baixo e ela "num fala com esse povo não, dona XXXX, tudo incompetente, esse povo num sabe nada... vem na casa da gente, enchendo o saco", sabe, xingou, xingou e eu fiquei vendo, "meu Deus, se eu não tivesse esse uniforme, eu ia (risos)", aí peguei, fiquei quieta e falei: "e aí dona XXXX, a senhora entendeu?!", porque ela não sabe ler, né, "ah, eu entendi, eu vou falar com a minha nora", "ah, então tá bom, muito obrigada, tá, eu vou embora", aí eu peguei e fui embora, daí teve grupo do XXXX, aí fui e falei desse caso, [inaudível] de a gente, a gente conversa bastante, aí, num sei, chegou no ouvido da chefe aí a chefe queria falar sobre isso..aí eu disse "não quero falar sobre o assunto", né, aí teve outra reunião do XXXX,.. aí ela falava.. ah, não... tem que falar,tem que falar ;..aí a gente discutiu...

IIC: Eu acho que acaba ficando difícil...

IIF: Tem hora que tem paciente que... olha..

IIC: Acho que é do ser humano mesmo. [inaudível], um dia eu já não tava bem cheguei na casa dela, ela nunca me atendia. O marido dela era hipertenso, ele sempre chamava ela e ele tinha aquela carinha, sabe, de dó, de desculpa, coitado, dava até dó, "a senhora que é a mulher do seu [inaudível], eu preciso falar com ele", e nem ele e nem ela sabem assinar, daí eu perguntei.. ela tava de mal com a vida e aí ela me pegou, e eu não tava bem também (risos). Só que, que nem eu digo, eu falei: deixa ela falar tudo o que ela quer, daí a parte que me magoou, porque ela falou assim que eu era mentirosa, que eu colocava o nome dela nas folhas, eu falei: "não, aí a senhora tá me desrespeitando, eu não sou mentirosa, o nome da senhora não tá aqui, do seu esposo tá aqui porque vocês dois não sabem ler nem escrever, é verdade isso ou é mentira?", "é verdade", só que a mulher acabou comigo aquele dia, eu cheguei no posto, [inaudível], só que depois passou o tempo, eu vi, que ela descontou o ciúme que ela tinha do marido em mim, depois os vizinho veio me

contar, né, a mulher acabou com você ontem, aí ele falou que ela é assim,..que tem ciúme do marido...só que agora ela me trata bem..

IIF: Tá vendo, a gente é multiuso.

(risos)

IIF: Tem uma paciente também, tem um paciente meu que é assim, eles tem o cadastro do posto, mas não passa no posto, eles passam em outra Unidade. Tem convênio... Não sei muito bem, eu sei que ele é hipertenso, só que ele me atende super bem. Agora ele tá com câncer de intestino, aí ele foi marcar, porque ele tinha 90 quilo, [inaudível], porque é só ele que me atende, quando ela tá ela nunca atende, ela fala: “ai, tô ocupada, tô saindo já, fia, num dá pra te atender agora, num dá, num dá”, [inaudível] “tudo bem, tá tudo bem?”, “tá ótimo, tchau”. Aí ele me atende, conversa, eu tô lá falando e ele falando o que aconteceu com ele, tal, aí eu falo: “ah, mas agora tá tudo bem?”, “não, agora tá tudo bem, tô fazendo tratamento, tal”, ela sentou do lado, eu falei: “e com a senhora, tá tudo bem?”, “não vou falar nada de mim, não, fia, não vou falar nada de mim senão você vai pegar meu cadastro, meu prontuário”, “porque vocês já aprontaram muito comigo”, “bem, eu não aprontei nada com a senhora, até agora eu só faço minhas visita”, o marido dela: “não, não é aqui não, meu cadastro tá aí faz tempo, eu converso com ela normal, com educação e ela nunca escreveu no meu prontuário”, eu falei: “não, eu só quero saber como tá a família porque ter o cadastro no posto num passa, mas ele é cadastrado como hipertenso, eu quero saber o andamento da família como anda porque se alguém me perguntar eu posso falar”, “não, mas eu não quero falar nada de mim, não põe nada de mim aí” (risos), é triste, é duro. Eu quase morri uma vez também, porque eu tava fazendo a visita, a mulher falou: “ah, eu vou pegar uma, um encaminhamento pra você ver pra mim o endereço certinho porque eu tô com dúvida”, “ah, vai lá”, de repente atrás de mim pára um carro, aí o cara ficou olhando, eu falei: “senhor, o senhor quer saber de alguma informação?”, e ele, cara de drogado, eu falei: meu Deus do céu, agora eu vou, né, aí falou, aí num falou nada, e eu continuei escrevendo.. eu: gente... ele: “você mora aqui?”, eu falei: “não, num moro, eu trabalho aqui”, vai..e aí ele sai com o revolver: “porque eu tô procurando...”.

Várias pessoas exclamam

IIF: Minhas perna, bambeou minhas perna. Eu falei: Jesus, eu falei, pelo amor de Deus, que que tá acontecendo?! Sorte, que era frio, nós não tinha uniforme, só tinha a camiseta, e eu tava com blusa de frio, sorte que aquele dia eu peguei o crachá, ai o crachá, mas naquele dia eu peguei. Aí falei assim: “ai moço, que que tá acontecendo, eu trabalho no posto de saúde”, mostrei o meu crachá e ele pegou assim: “eh, muito parecida com você, a mulher que eu tô procurando”.

Várias pessoas exclamam.

IIF: Eu falei assim: “que que tá acontecendo?”, aí ele disse: “nada não”, entrou dentro do carro de polícia, a minhas perna bandeou, a paciente saiu. Aí a paciente me deu água, aí eu chamei ela, eu falei [inaudível]. Cheguei lá, chorei, chorei, a Fernanda ligou lá na delegacia: “é, [inaudível] (em tom de reclamação)”, aí o delegado pediu: “não, ai, você me desculpa”, “desculpa nada, próxima vez que isso acontecer”, aí foi, ligou duas vezes pro delegado, , todo mundo pediu desculpa, mas não falaram o que que era, [inaudível], mas se eles ligaram pra pedir desculpa, porque era mesmo, mas que não parecia polícia, não parecia. Mas a gente, agente, passa por cada uma... Parece duas, né... (risos).

Pesquisadora: Vocês falaram bastante assim, dos contras, né, das dificuldades. Por que é gostoso de trabalhar lá, como que é? O que é que tem a favor

Burburinhos...

IIC: A amizade que a gente faz com as pessoas.

[inaudível]

IIB: A amizade com a população... O contato que a gente tem, também, você tem muito a oportunidade de saber da vida deles, de ajudar, o que eu posso, eu faço por eles, e aquilo te, deixa você feliz, entendeu, ter o contato, igual essa senhora que ela é acamada, ela tem 90 anos e cuida de uma filha de 60. Ela é a paixão lá da minha área,. E numa UBS num tem isso, eu falo, a gente tem muito mais contato que o médico, que o enfermeiro, porque às vezes eles vão lá num mês , eu não, todo mês eu tô lá eu acredito nisso..

IIF: Eu acho que é aquilo que você falou primeiro, a gente acaba resolvendo as coisas bem...

IIB: De qualquer jeito, [inaudível].

IIF e IIB falam ao mesmo tempo.

IIF: Pode falar...

IIB: Porque eu acho que eles não tem, que eles não vêm dessa maneira, que nós que temos contato maior com eles, entendeu, resolve acabou [inaudível]...

[inaudível]

IID: A gente aprende a sorrir e a chorar com o paciente, o paciente vem, chega e conta, “ai, aconteceu isso”. Ai...Jesus amado...Eu tive um caso, né, um senhor que foi na Unidade de manhã, a médica encaminhou pra Unesp, chegando na Unesp, 20 minutos depois ele foi a óbito.

IIF: Tinha uma pacientinha na minha área, assim, a mãe, tava grávida, tudo, e assim, ela é super complicada, eu acho que ela é usuária de drogas, na casa dela o irmão passava droga... Sabe, e a filhinha dela nasceu sem a caixa torácica, do lado esquerdo, aí ela tinha traqueio, respirador, tudo, era uma menina tão linda, tão linda, assim sabe, era

gordona, bem esticadinha, cabelinho bem preso, [inaudível], peguei um amor pela criancinha, tudo, e aí, passaram uns três meses, a menina morreu. Ai como foi ruim... foi o pior dia da minha vida, eu queria pedir a conta do serviço, sabe o que, até hoje eu falo, dá um aperto no coração, eu vi a mãe dela chorando, assim, aí, aquilo doía no meu coração... aquele bebezinho assim, sabe, é um anjo, sabe, eu acho que por pior que a gente, eu acho assim, a criança e o idoso, porque a criança é um anjo e o idoso tá virando um anjo. O idoso acaba virando criança, de novo. O idoso sabem... eles não sabem...estão sem controle das coisas, eu acho que os dois que mais me afeta na minha área, é o idoso e as crianças assim, idoso, aí, eu adoro meus velhinhos também, tem uma que, a que eu mais amo é a dona XXXX que ela teve um derrame, ficou paralisada, tal, sempre tenho contato com as meninas dela, aí eu chego lá, o esposo dela tá passando por problema de saúde, aí fala, aí ele fala que vai no médico, na Unesp, fazer quimio, rádio, aí ela começa a chorar, e eu cheguei lá, [inaudível] tava chorando, “o que que aconteceu dona XXXX?...”, aí que ela chorava mesmo, eu falei: “ai, a senhora tá com arte, a senhora tá fingindo”, comecei a brincar com ela, aí ela começa... Dar risada, aí eu falo: “a senhora tá é com ciúme do seu XXXX ir lá, e as enfermeirinha começa a pegar no braço dele”, ela tá rindo já. Mas eu acho que, mais porque ela não fala mais direito... [inaudível], aí ela, ela num tava conseguindo expressar a dor que ela tava sentindo do esposo, que ele tava com problema, ela não pode ajudar, não pode andar pra tomar conta dela mesmo, aí ela chora e eu choro junto com ela, triste (riso), é triste e é alegre do mesmo jeito, eu gosto muito dos meu paciente. Eu acho que é um prazer o que a gente faz, eu acho que acaba desgastando mais os contratempo que tem no serviço, mas eu gosto de lidar com as pessoas da minha área, eu gosto do meu serviço, gosto dos paciente, tem uns que eu gosto menos, outros que eu gosto mais...

IIB: Hipertenso, diabético não vem, algumas pessoas que não, que não faziam nada, não iam na Unidade, não tomavam medicamento, então como ninguém buscava, num ia ninguém ia atrás deles, acabou pra eles, aí depois, o agente comunitário começou a ir, aí começou a conversar direito, [inaudível], fazer com que ele marque uma consulta, conversa tá mais controlado, muitas mulheres que há muito tempo não faziam exame de papa, não fazia, “não, mas tem que fazer”, conversando, lógico que aos poucos, né...

IIE: Que nem eu disse que eu vejo todo dia, faço exame, que eu sei que fui eu lá conversar, convenci aos poucos, [inaudível].

Pesquisadora: É... pra isso, vocês tiveram algum curso, algum curso, quem ia alguém vocês pode contar.

IIF: Logo quando eu entrei, nem um mês que eu tava, teve um curso de DST/Aids, né, de orientação, e acho que até você fez comigo, né, e depois eu fiz o curso de agente, né, mas a gente na Unidade, tem educação continuada, sabe, a gente escolhe um

tema e a enfermeira discute, ou o médico, dependendo da, da prioridade, acaba discutindo com a gente, desnutrição, a gente, tem muita dúvida sobre criança que é desnutrida, porque tem criança que é gorda e ela tá desnutrida, e a gente conta muito na criança magrinha e às vezes não é, e aí o médico começou a falar pra gente a enfermeira vai dar continuidade pra gente, mas é bem assim, é bom... tira dúvidas, perguntas. Igual tem uma família da minha área que a família inteira tem cerostose [inaudível], e toda a família tem e nem a XXXX sabia o que era, ela foi, pegou livro, aí trouxe o livro pra mim ver, fala falou, então é uma coisa interessante.

IID: Eu, quando entrei, quando eu entrei tava tendo curso já.

IIC: Quando eu entrei, eu peguei, porque lá é assim, a hora que entra uma pessoa diferente na equipe, fica meio assim, ninguém queria me levar, a chefe chegou e falou assim: “vai ter que levar”, daí a XXXX se dispôs a me levar, só que, como se diz, eu me sentia um peso morto atrás dela, então com três dias, eu tentei pegar tudo que dava, o que podia e o que não podia, pra no quarto dia eu andar com minhas próprias pernas. Certo?! E com dois, três meses, eu fui fazer o curso de agente, só que também tomando um café, uma água, então foi assim. Eu acho que na raça a gente aprende.

IIB: Aprende, porque olha...

IIF: Você sabe que você falou uma coisa engraçada agora. Eu, foi engraçado, porque meu pai, meu pai é triste e ele brigou lá no posto, ele queria bater em todo o posto um encrenqueiro e quando eu entrei, nossa senhora, tinha uma agente que quando ela entrava e eu saía, eu saía porque meu pai chegou [inaudível] e aí, com o tempo, né, foram vendo, até hoje a gente é muito amiga, a gente sai junto, e o primeiro aniversário meu, eu convidei ela pra ir, e aí meu pai tava lá, eu falava: “gente do céu”, eu falei assim: pra você ver como as pessoas são... dela ser maltratada na Unidade reflete em todo, em todo familiar, em amigos, lá, eu, eu tenho um paciente que: “também eu não vou passar lá nesse posto [inaudível], eu não vou mais na Unidade, eu vou lá porque ninguém resolve meu problema”, eu acho que isso...

Pesquisadora: Alguém fez mais algum curso...

IIG: Ah, eu não peguei nenhum curso, não. O único curso que eu peguei no ano passo foi o de amamentação, só. Da unidade...

Pesquisadora: Então ta... olha...Eu vou entregar pra vocês uma folhinha... Tudo o que que pra vocês é prioridade no atendimento, na casa assim eu queria que vocês escrevessem o que vocês acham que seria mais importante. Que tipo de paciente, quem que vocês olham mais, vão mais na casa... A XXXX vai passar. Então vamos lá.

IIG: Hoje era onze e meia, né, daí eu passei numa casa, daí meio dia e meio era pra vir pra cá, passei numa casa, tava bem bem distante do posto, aí cheguei lá a mulher do

[inaudível] tava deitada [inaudível] bem mais complicada. Ela é hipertensa, durante a cirurgia a pressão dela foi 17 por 10 daí eu cheguei lá e ela tava super mal, daí eu não fui embora, o que que eu faço, se eu voltar no posto num dá tempo mais tempo de eu ficar pronta e vir pra cá, já era onze e meia passada já, aí eu peguei, arrumei o telefone de uma vizinha lá e liguei lá no posto pra falar.

IIF: Você vê a importância... É igual uma paciente minha...É uma paciente minha, ela é gestante, ela é usuária de drogas, bebida alcoólica, droga pesada, sabe, crack, pesada... e ela, o pai dela foi buscar ela no serviço e caiu de moto. Caiu, bateu a cabeça, tal, eu, eu passei, eu vi o acidente só que pra mim era o pai dela que tinha caído só, que o resgate tinha passado e só o pai dela tava lá. No outro dia, uma paciente foi no posto: “você viram o que aconteceu [inaudível] a menina que tá grávida”. Fui lá, cheguei lá na casa ela assim, jogada no chão com colchão no chão. Abriu o joelho e ela não falou pro médico, num deram ponto, não fizeram nada em relação a ela estar grávida, não fizeram ultrassom, não encaminharam pra obstetrícia, nada. E aí, eu cheguei e falei pra XXXX: o que será, ai gente, essa mulher, sei lá... E ela gritava, lá de fora eu escutava ela gritando. Ela tem uma filha de seis anos e eu escutava: “vai embora, sai daqui”. E assim, a menina falava assim pra mãe..num agüento mais ela gritando. Aí eu fui, falei com a XXXX. A Cristina, falei, “ai você quer que eu vá lá?” “Eu queria, XXXX.” “Então vamos lá agora.” Sabe, essas coisas que, ser importante você falar, eu acho que o que mais deixa a gente feliz.

Pesquisadora: Vocês entenderam a pergunta? Vocês vão pra casa, né. Vocês têm toda aquela população pra vocês visitarem. Em quem vocês vão primeiro? Para quem vocês priorizam?

IIF: Na nossa visita?

Pesquisadora: Visita de cada um de vocês. Queria que vocês falassem em ordem de prioridades).

Pesquisadora: Vamos conversar um pouquinho sobre o que vocês colocaram. Que que vocês acharam? Vamos pegar um apanhado geral. O que que vocês vão primeiro procurar?

IIC: Eu vou nos acamados.

IIG: As visitas pendentes.

IIF: pessoas que passou por uma cirurgia. Você acaba procurando, pra sempre ficar esperta pra hora que chegar, você já ir correndo.

IIG: Se precisa de algum apoio; você pede para alguém dar uma olhada porque na minha área mesmo [inaudível] uma menina me gritou. Eu bati o olho, eu vi que ela tava então foi rápido, chamei o doutor [inaudível] então foi rápido, chamei o doutor [inaudível]

veio e já encaminhou ela. Então quer dizer que se eles não vêm, até ele tomar uma atitude, tá...

IIB: Diabético, hipertenso, gestante. Sempre os programáticos né, depois...

IIG: os que são descompensados, são esses que eu vou.

IIF: Também idoso, acamado e pós cirúrgico, eu acho assim, interessante visitar hipertenso, diabético e gestante [inaudível], que tem problema na gestação. Assim, a gente acaba indo mais de uma vez por mês na casa das pessoas.

IID: todos são nossa prioridade, mas às vezes acaba que a gente não consegue... As prioridades sempre que começa o mês são os acamados...

IIF: Mas você acaba tendo que entregar cartinha...

IIB: as cartinhas que acaba sendo uma prioridade.

IIF: Você acaba visitando um [inaudível]

IIB e IIF falam juntas

IIF: Que acaba sendo muito em cima, então tem que priorizar as cartinhas.

IIB: Tem uma, tem uma coleta pela manhã. Você tem que ir lá, a pessoa trabalha. Você tem que entregar logo, se chegar mais tarde que que acontece, se você não fizer, você é cobrado, vai que você deixou... Coleta, você vai ser cobrado. A primeira pessoa que vai paciente que é da área dela eu um vou falar assim pra um acamado: "num deu tempo porque [inaudível]". Se não vai perder a vaga.

Pesquisadora: E da lista que vocês me entregaram? isso aqui é urgente, existe, né, vocês colocaram em ordem de prioridade para vocês. Existe alguma coisa mais urgente que outras, se têm, por quê? Dessa listinha aqui, vocês colocaram em ordem, existem coisas mais urgente que outras?

IIC: Tem dia que sim, tem dia que, por exemplo, que nem eu mesmo, eu cheguei numa casa e o rapaz tava tendo visões, eu bati o olho, a mãe dele falou pra mim que ele tava com síndrome de perseguição. Daí, aquele caso precisa urgente, porque você encontra desse jeito, ou ele pode se matar ou matar alguém. Eu corri para a unidade tinha carta pra entregar, tudo aquele dia. Eu pedi... que nem lá, tem pessoas que ajudam as outras e tem umas que não ajudam nem elas mesmas, não ajudam ninguém. Então ali dentro tem três de nós ali que somos muito unidas, então quer dizer, quando a barra apertar pro meu lado, elas me dão uma força, quando é elas... Nesse caso mesmo [inaudível] nem a enfermeira atendia se não era perigoso, ele tava surtado, ele fugiu, depois naquela semana ele começou a me perseguir porque eu era a culpada de levar a injeção pra ele, então ele tava tentando me pegar, até que eu consegui levar o psicólogo da Saúde Mental, então quer dizer que esse caso era urgente, então eu fiquei lá indo, nessa semana todo dia, só que eu ia falar com a mãe dele, só que ele não podia me ver, mas esse caso era urgente.

IIF: A gente tinha um caso de um paciente meu que ele tem problema Mental e ele, assim, a mãe dele morreu, ele não se tratava nada e, e ele deu uma sumida. E aí, os vizinhos achava que ele tava morto dentro de casa, ai meu Deus do céu, aí liguei pra Saúde Mental, daí eles vieram com a guarda municipal lá esses guardinhas (risos) daí chegamos na casa. O chuveiro tava ligado... Eu falei: "então, tem alguém em casa, o chuveiro tá ligado" e chamamos [inaudível] ninguém respondeu. Daí a XXXX e a XXXX, a gente entrou, eu ficava de longe, eu tinha medo, tinha, agora já não tenho mais medo nenhum. Aí elas entrou, eu batia na porta e nada e , bem de longe assim, elas: "se você não abrir, a gente vai arrombar sua porta, a polícia tá aqui", aí ele abriu a porta e: "vocês tem que me respeitar sabe, vocês tem que me respeitar, como vocês chegam na minha casa e falam que vai arrombar minha porta?" Aí ela ficou toda sem graça: "ai, me desculpe, a gente tá preocupada com você, num sei o que..." e ele tava bem surrado [inaudível] "não, é que tavam me perseguindo, eu tive que correr até São Manuel e voltar, num sei o que". Isso é porque assim, ele pega aposentadoria, porque ele é aposentado e os traficantinho lá da área pegavam ele pra pegar o dinheiro e, acho que deram uma surra nele. Tinha blusa dele suja de sangue dentro da casa. Aí levou ele, precisou ser internado tudo, aí internou, ele tá se medicando agora, você precisa de ver... Eu falo até assim: "é até um bom partido pra casar", pras meninas, elas dão risada, porque ele, agora ele toma banho, porque ele num tava tomando banho nada, agora ele toma banho, ele lava as roupa dele certinho, lava as roupa dele, vai no posto pegar o remédio, sabe, tá com o cabelo cortadinho, porque ele tava com o cabelo deste tamanho, o cabelo aparadinho, blusa social, calça jeans, tudo arrumadinho, eu acho que acaba sendo uma prioridade, por exemplo, eu falei assim: hoje vou visitar meus acamados, tal, tal, tal e aí eu passei na rua e aí, adivinha quem eu olho?! Assim a minha prioridade não é mais essa, é outra, eu acho que também é muito relativo, a gente até pode fazer [inaudível] pra gente trabalhar [inaudível] porque eu falo tal dia eu vou fazer isso, tal dia eu vou fazer aquilo. Só que aí você vai descendo a rua e acaba tendo outras prioridades pra você fazer, outras pessoas pra visitar, outras coisas pra fazer. Às vezes são besteiras, entre aspas, tem coisas que... Encaminhamento pro hospital, isso não é uma emergência, é uma coisa que eu posso anotar no meu caderninho e depois ir, passo, mas tem pessoas que: "ai, tá tendo um infarto", que nem ela falou, tem paciente uma vez que tava tendo convulsão. Aí as meninas teve que ir lá, socorrer o rapaz porque tava tudo em cima dele, depois o rapaz tinha, tava com hepatite, sabe, super complicado, tem dias e dias, né... é complicado..

IIG: Igual um dia, que era uma sexta feira e a gente chegamos lá, a senhora falou: "ué, vocês medindo minha pressão de novo? Já vieram aqui medir da gente", ai a gente perguntou daí: "mas como assim vieram?!" "É vieram falou que era da Assistência

Social”, foi o maior rolo lá, né, falou que ia, “eu vou dar agora cesta básica, a gente trás”, ele pediu nossa, a conta do banco, CPF, esses monte de coisa, né... “Nossa, quem foi?!” “Aí da Assistência Social”, aí tudo bem... Aí fomos lá na casa da outra velhinha, tudo bem: “e aí dona...” “Ah então, tô animada com o pessoal., pegou meus cartão, pegou meus documento.” Aquelas: “ai meu Deus, num tamo sabendo disso”, aí fomos na casa de uma outra velhinha, falou a mesma coisa, fomos na casa da outra, falou a mesma coisa, a outra só levou o cartão, aí tivemos que largar pressão e correr no posto, averiguar tudo isso pra ver o que que era. E realmente era esse pessoal que pegava cartão, pegou um cartão de uma velhinha, trocou de cartão uma confusão...

IIF: Aí você fica correndo atrás dessas coisas, acabou o dia.

IIG: Acaba [inaudível].

IIC: [inaudível] da cadeia, sorte tava atrás da polícia e falou assim: “num tô sabendo, senhora” (risos). Então tem coisa que num dá pra...

IIF: Teve um caso desse também lá na Unidade. O rapaz foi roubar um caminhão, sei lá, roubaram. Pegaram o cunhado dele, que era ele e o cunhado que tava, pegaram o cunhado, deram um tiro, chegou lá no posto: “queremos fazer o curativo só que rapidinho porque”. A XXXX falou, você não vai, você não pode entrar em contradição com eles, tem que ser amigo deles, senão eles bate.

IIC: A pessoa tá infartando na casa, ninguém da família tá lá, o agente comunitário liga pro resgate, o resgate fala assim: “que que tá acontecendo no seu critério?”, a pessoa fala “tá tendo um infarto”, “você tem certeza que é um infarto?”, “não tenho”. Ambulância chega duas horas depois, não tem uma ambulância [inaudível] e a família nem tava lá e depois foi lá, porque a única que tava da família era a surda e muda que tava lá. Então pra se comunicar com uma pessoa surda e muda é complicado, nós tá pedindo LIBRAS e não veio até agora, então você vê, se a família quer ir em cima de você, que que você vai fazer?

IIF: Isso que eu ia falar...

IIC: Perigoso isso...

IIF: Se a pessoa falar, você é o culpado [inaudível] minha cabeça assim, aí já acho que eu matei o homem, é duro isso aí [inaudível].

IIC: É muito complicado...

IIF: [inaudível] eu não vou, é da minha área, mas essa responsabilidade eu não pego pra mim, imagina...

Pesquisadora: Levando em consideração tudo isso das casas, das visitas, vocês falaram muito do problema com a equipe, né, de chamar pra ir nas casas... Que vocês têm dificuldade. A gente queria saber como vocês identificam a necessidade de chamar esses

profissionais pra ir nas casas? Em que situações vocês identificam? Que vocês acham que vocês devem chamar esses... Tanto médico, quanto enfermeira, quanto auxiliar de enfermagem... Qualquer profissional?

IIF: Fora às vezes que já tá, assim, já é discutido na equipe? Tipo assim, que eu vou visitar e eu acho que é uma prioridade? Pode ser isso?

Pesquisadora: Pode ser também.

IIF: Eu acho que é nesses casos que você vê que a pessoa num tá bem, que é uma pessoa assim, não problema físico que de repente tem, num faz acompanhamento nenhum, daí de repente você chega lá, aquela coisa [inaudível] daí a pessoa, você vai, conversa com a enfermeira, eu acho que, levando em consideração também o que a enfermeira e o médico acham, passa pra eles e vê, né, eu acho que é importante, que a pessoa num tinha problema nenhum, acho que é uma coisa nova pra pessoa, ela tem que ter toda uma orientação, “eu num me via assim, eu num era assim”, é igual diabetes, a pessoa que não é diabética, até acostumar com a diabetes, que tem que comer de duas em duas horas, tem um caso lá no posto. Tem uma paciente assim que ela anda, ela anda, ela vai no banco sozinha, pra ir no posto, ela não vai daí [inaudível] ela, a pressão dela era 23 por 12, 20 por 9, 20 por 10, toda vez que a gente ia aferir a pressão dela, era essa. E aí a, ninguém queria medir a pressão dela porque ela andava, então assim, eu acho que uma pessoa, ela é idosa, é só ela e o marido, ela não come bem só faz frango frito, torresmo, com banha, arroz com banha e você tá vendo que a pessoa tá complicada, você chega pra conversar na Unidade, eu acho que tem que levar em consideração, ce vê que a pressão não ta abaixando e essa paciente minha, foi até engraçado porque ela tinha pressão alta e não tratava, e ela tinha uma queixa única: “ai, eu não durmo, eu num durmo, eu num durmo, eu num durmo”, eu falava: “gente, essa mulher eu vou falar com o médico” e [inaudível], “doutor, ela não dorme, ela fala que não dorme, ela já tá, essa queixa já é, tem meses...” Aí ele: “vamos passar um diazepam”, “inclusive ela falou que tomou diazepam, dramim, tal.” “Então vamos passar de novo. A pressão dela ficou 12, 11, a queixa dela era não dormir. Você vê, ela não dormir, deixava ela nervosa, ansiosa e a pressão subia. E aí ela, a gente vai fazer exame na casa dela, fez exame de sangue, deu que tava com diabetes. “Pra, pra confirmar mesmo, vamos fazer outro exame.” A paciente se queixou de fazer o exame, se negou de fazer o exame. “Então tá bom [inaudível], senhora. A gente precisa de outro pra ver se tem medicamento pra senhora”. “Ah, então eu vou fazer.” Então está bom. Foi pra Unesp, 1050, quase ficou cega, num sei nem como ela não entrou em coma, é por Deus mesmo essas coisas. E agora ela faz o tratamento certinho, sabe, mas eu acho que, quando a gente vê, detecta o problema de começo, tudo tem que ser levado pra Unidade, até besteirinha, às vezes a gente leva e falo assim: “é só pra você ficar sabendo, aconteceu

isso”. Às vezes a gente fala: “não aconteceu nada, só pra você ficar sabendo, aconteceu isso assim, assim assado. Mas é bom sempre ficar em alerta pra essas, tem umas coisas, são as que mais, sabe, às vezes, o paciente menos problemático é o mais problemático, tem pessoas que não tem diabetes, não tem pressão alta, mas tá passando fome, a casa tem quatro filhos, a mulher não tá trabalhando, o marido tá desempregado, fazendo bico isso e aí a gente conversa, vai a enfermeira na casa, vai médico muitas vezes; acho que necessariamente não diabético, hipertenso e acamado, mas também as pessoas que são carentes, né?! Que tem vários outros tipos de problema, né...

Pesquisadora: Que mais...? E as outras?

IIA: Tem assim, às vezes aquela pessoa quer a mesma coisa, conversar, desabafar, não consegue, não tem alguém pra conversar ou que não consegue falar com a própria família, né. Tem problema, assim, emocional mesmo e provavelmente, a gente vai na casa, a pessoa consegue se abrir, aí chora, tal, é uma maneira muito, a pessoa não consegue falar, se abrir é difícil, difícil.

Orientadora: Agora assim, que situações assim, você percebe ser importante, aí você leva a equipe...

IIA: É, eu tenho [inaudível] de visita.

Orientadora: [inaudível]. Como funciona esse [inaudível]?

IIA: Que nem a mulher do paciente que eu tô, é uma paciente que tá com problema, ela tem, a irmã dela já é problema mental, só que agora, acho que devido a ela cuidar da irmã dela há um bom tempo já, e agora ela já to mais cansada, tá, assim, depressiva, sabe, então ela tá assim bastante debilitada, sabe.

Orientadora: E aí você chama alguém?

IIA: É, aí ela se afastou duas semanas do serviço dela, ela vai se afastar mais porque ela vai fazer um acompanhamento psiquiátrico, daí né, porque já tem dois problema na família, a irmã dela agora ela também.

IIB: Eu acho que você vai indicar pra ela caminhar com as próprias pernas dela, o médico, você vendo que não tem jeito você vai passar pra, na Unidade, daí a enfermeira vai. Eu também já passei uma gestante que ela não ia, não quis fazer pré-natal de jeito nenhum. Então, no começo eu tentei conversar pra ela ir, aí eu tentava, levava cartinha, ela faltava nas consultas, falava que ia ir e faltava. Aí eu tive que levar enfermeira, a auxiliar conversou também, aí levou a enfermeira nesses casos também a gente não quer ir, você sabe que ela precisa ir, aí não é mais você, você já passa pra eles ter a melhor tentativa.

IID: Idoso já é mais difícil, daí eu já cheguei, conversei com a chefe, né, e ela, daí pra auxiliar de enfermagem ir.

IIG: É, quando o paciente é, tá acamado, né, assim, você sabe que ele tá acamado, você vê que tá mal, tá reclamando que tá sentindo dor, já tá mal, você sabe que a pressão dele tá alta porque tá em casa, as coisas todas da função dele no ambiente num tá legal, você acha que, às vezes a pessoa tá mentindo alguma coisa, né, tá agindo estranho, a gente aí fala com o médico para ele ir no local pra ele ver ou alguém.

IIE: Assim, você vai lá na casa, o paciente não sabe ler, igual acontecer. Daí você separa tudo nos copinho certinho, daí ela vai na Unidade, chega lá pra medir a pressão, tá 21 por 12, sabe, 18 por 10 fala que tá tomando medicamento pergunta de novo, ela fala que tá, só que aí, você vê [inaudível] aí eu peço pra olhar, você vai olhar, tá faltando medicamento, sabe, você vê que não tá tomando certinho num tá tomando, vai no posto.

IIC: Caso de mães adolescentes também, porque tem mãe que a gente falando, elas até escutam, mas tem umas que se não for a enfermeira dar umas orientação, parece que não dá resultado, depois que a enfermeira vai e confirma tudo que você falou, ela começa a te enxergar diferente, mas até esse momento... Porque eu acho assim, que nem, [inaudível] é a “síndrome do jaleco branco” (risos). Tem horas que eles precisam ver (algumas concordam), porque parece que tudo que você fala pra eles não confiam, depois que vai a enfermeira lá e vê que você comentou com a enfermeira e eles, daí eles mudam a atitude porque tem menina de treze, doze anos, treze anos, tem uma lá que carrega o bebê aos contrário, parece uma boneca, eu vejo aquilo [inaudível] o coração. [inaudível], daí eu falei pra ela: “deixa eu segurar um pouco sua menina pra ver”, daí eu segurei, daí eu falei: “tá vendo que assim ela gosta mais de ficar, você vê que o ar bate melhor?!”. Sabe, você tem que pegar de um jeito que fique melhor.

IIF: Se você tiver se impondo, eles não aceitam.

IIC: Não aceitam...

IIF: Tem uma paciente minha que, ela é diabética, mas ela não precisa de visita, diabética não, hipertensa, porque ela vai no posto, porque ela mede a pressão dela todo dia, toma o remédio dela, eu fui entregar uma mamografia pra ela e pra filha dela e até entreguei na mão do neto dela e expliquei o lugar o lugar, “leva sua mãe”, “não, a gente vai levar, a gente vai levar” e o dia da mamografia dela, ela aparece lá no posto, ela falou assim: “ai”, e aí ela tava saindo e eu tava chegando. Ela falou: “ai, com você, você sabe dizer, é aqui que eu tenho que fazer esse exame?” Eu falei não, já era, o que, duas horas, era duas horas que ela tinha que ir. Eu falei: “não, isso aqui a senhora tem que ir em outro lugar, mas seu neto, desculpa a pergunta, mas seu neto falou que ia te levar”. “Não, ninguém tá nem aí, num sei o que”. Ficou brava porque tratar com privilégio, sabe. “Então tá bom, a senhora deixa aqui que eu vou remarcar pra senhora.” E aí, no que eu saí, eu vi ela falando com uma mulher: “ai, eu sou obrigada a ficar cuidando de criança, na hora de eu querer fazer um

tratamento, eu não posso”. Daí eu peguei e conversei com a XXXX, falei: “ai, XXXX, eu acho que não tão levando ela, tal”. A XXXX falou: “marca, quando tiver perto, eu vou com você levar, daí vou saber se tem abuso, se, sabe, de ela ter que olhar”, ela vai comprar pão, ela vai no mercado. Esses dias depois, eu tava chegando, era o que, onze horas da noite, eu tinha ido na reunião da OP e aí ela tava lá, caçando cobertor, coberta. Eu falei: “vai passear? A noite tá boa pra passear, né dona XXXX?!” Ela falou assim: “que nada, eu vou levar esses cobertor pra menina que não vem buscar, tem que levar essa hora”, acho que falaram pra ela levar, entendeu?! Tudo, abuso de idoso, abuso de criança... Tem criança também na minha área que os vizinhos reclamavam que gritava, eu falava: e o pai? O pai tava batendo de pau, Conselho Tutelar tudo, daí o Conselho Tutelar foi a mãe foi embora, só que agora ele não bate mais, né, eu acho que se ele bater os outros vai falar. Ele fala: “é um absurdo isso, porque eu nunca fiz isso”, o menino ia pra escola de manga, o braço tudo roxo.

Orientadora: Além dessas que vocês comentaram, vocês lembram de mais alguma situação assim, que vocês pedem pra algum profissional visitar?

IIA: Tem na minha área um casal de idoso que eles são cadastrados, tudo, sabe, mas esses dia eu peguei a enfermeira, nós fomos lá, né, tô preocupada, né, os dois pressão alta, né, os dois fumam ainda, né. Só que daí eles fumam, aí eu fui lá medir a pressão, tava normal, daí eu fiquei mais aliviada, né, você fica preocupada, né.

IIC: Se tem uma pessoa pessoa drogada, a gente vai mais porque. Passar pra equipe pra tentar entrar, tem uma senhora lá que ela tá vivendo numa casa que é um lixo. Não tem condições do ser humano sobreviver naquele lugar, ela tá grávida de seis meses. A bebê dela tá com os avós, os avós também não querem a bebê, uma coisa mais linda. Mora com outro, com outro rapaz que é alcoólatra. A XXXX teve que ir lá esses dias, só que é assim: a gente tenta ir lá pegar eles, só que não consegue fazer alguma coisa, tá difícil. A XXXX já passou pra Saúde Mental, pra Assistência Social, pra Zoonoses [inaudível], pra tentar amenizar e é duro porque o pai desse rapaz, ele já morreu na virada do ano por alcoolismo e ele, assim, foi atropelado e quase morreu, nós chegamos na casa dele, tinha, as ferida dele tava tudo infeccionado porque ele não toma banho, quando toma é de dois litros que ele pega nos vizinhos, não tem água dentro da casa, então tava tão infeccionado que além de ter que lavar esse rapaz tava infeccionado. Então tem casos que precisa [inaudível].

IIB: Igual casos pra Saúde Mental, ele vai pro posto, normal, aí eu comecei a fazer visita na casa e a casa num estado deprimente e, começamos a perceber que tinha, alguma coisa tava errada ou que alguém maltratava ele e, ou roubavam, sabe, usavam o telefone, o filho dele parece que tem algum problema mental, não sei, aí chamou a

enfermeira, a enfermeira foi na casa, viu a casa, aí foi chamado a XXXX e a XXXX, elas foram também, acabaram falando, viram que tavam mexendo mesmo no telefone dele, foi cortado todos os aí foi chamar o outro filho, que esse filho que cuida, a mãe também, não conversa e, aí foi chamar a vizinha [inaudível] pra dar uma prensa nele mesmo, sabe, conversar com ele, dar um jeito uma casa assim, a auxiliar conversou, foi na casa, suja mesmo, que ninguém fazia nada, aí chamou, acho que ficaram com medo, não sei [inaudível], a gente começa a fazer, você começa a desconfiar das coisa, você começa perceber algumas coisas erradas, entendeu?! É uma casa normal, o paciente vai e consulta, normal. Só que você começa ver o estado da casa, depois eu percebi que tinha alguma coisa.

IIC: Na minha Unidade, a enfermeira denuncia, maus tratos à, ao idoso. As pessoas que ele tava comprando uma casinha tava enganando pra pegar o dinheiro dele. Foi conseguido o asilo, só que ele é, ele é cadeirante. Só que ele é casado com uma mulher que tem é, mensal, renda mensal. Só que ela sai, num faz comida pra ele, a casa dele, olha, não tem condição. E ele pegou uma ferida na perna que quando as auxiliar ia fazer, saia bicho de dentro, de tão, tão sujo que era. E conseguimos, com juiz, tudo, conseguimos para ele ir pra uma casa de repouso pra que ele, ele sabe onde ele tá, ele é bem consciente e ele não quer abandonar a mulher, e ela não pode ir pra uma casa de repouso porque ela gosta de sair. Ela pega o ônibus, ela anda pra cidade inteira, foi levar pra casa das filha, tudo, as filha tavam cuidando, mas porque a mulher não cuidava dele, a filha bateu na mulher e foi parar na mesma situação. Então tudo o trabalho de quatro anos que essa moça, essa agente comunitária fez, [inaudível], com testemunha, tudo, voltou à estaca a zero. E a XXXX e a XXXX, e agora ele não pode nem [inaudível], nem ir pra essa clínica pra idosos porque outras pessoas já pegaram pra, fizeram mais empréstimo com a aposentadoria dele. Então agora ele vai ter que ficar naquela situação lá, nós já [inaudível] pra ele, nós já levamos marmitta pra ele. Foi até bom só que depois a gente vê que não sai daquilo, então vai desanimando, né?!

Pesquisadora: Então acho que é isso, né. A gente, só queria que vocês fizessem uma avaliaçãozinha. O que vocês acharam desse encontro da gente? O que vocês acharam...

IIB: Eu queria fazer uma pergunta. Não sei se pode responder, o que você achou de diferente entre o outro grupo e esse?

Pesquisadora: Então, não posso... Como eu falei no começo, a gente tem um trabalho daqui pra frente. Na verdade, não é que eu não posso, é muito cedo pra responder...

IIB: É porque assim, não falando de nada, mas assim, os assuntos, se foram os mesmos, se você achou muito parecidos ou não ou foram bem diferentes...

Pesquisadora: Achei que vocês foram bem parecidos, mas assim, uma coisa que eu... A resposta ideal pra te dar mesmo, bem direitinho, assim, tem muita coisa parecida, muita coisa. Vocês são agentes, né, de um mesmo município só que com níveis de experiência diferentes.

IIB: Eu falo assim, mais pelo tempo, entendeu, porque.

Pesquisadora: Geralmente tem, essa é a nossa, o objetivo, né, ver tempos diferentes, agora a gente vai fazer com as pessoas que tem mais tempo de experiência, né, mas por enquanto eu vou deixar guardadinho um pouco, mas eu vou te responder,

IIB: Foi como eu te falei, num sei se você vai poder me responder (risos)... Mas tá bom...

Pesquisadora: Mas assim, [inaudível] consegui [inaudível] como o trabalho [inaudível] e aí fazer o trabalho [inaudível] e eu vou poder responder isso também.

IIF: Eu acho que só seria diferente se você pegasse uma pessoa que tivesse entrado hoje. Você acaba [inaudível], vários problemas pra você mesmo, entendeu.

IIB: É a visão né, a visão que eles têm, a visão que eu tinha há um ano era uma, a visão que eu tenho agora é outra.

IIF: Então...

IIB: A visão que tem, desculpa, que veio, que ela tá há oito meses, né.

IIF e IIB falam ao mesmo tempo

IIF: Pode ser, mas os problemas, as coisas são as mesmas...

Todos riem.

Orientadora: Né, a gente, nós dividimos inclusive essa [inaudível], pensando que possa haver uma diferença. O tempo de experiência é diferente [inaudível].

Pesquisadora: Mas pra avaliar direitinho, a gente vai precisar ver o que foi dito no primeiro grupo e o que vocês depois... Na verdade, quando a gente passa pro papel, aí as coisas acabam ficando mais evidentes pra gente, mais claras. E aí, o que importa é que a gente ainda vai [inaudível]. Mas o que mais vocês falam? O que vocês [inaudível] de falar sobre isso?

Orientadora: Assim, a gente não podia falar muito, né, porque a gente não tem esse dado.

Pesquisadora: Não, [inaudível].

IIB: Da minha parte eu gostei, achei super leve, tal, tava preocupada de responder (risos), tava preocupada, tal, mas eu gostei, bem sossegado, assim, eu tava com um pouquinho de vergonha...

Pesquisadora: Na verdade era pra fazer vocês se sentirem mais a vontade... Na verdade, a gente quer conhecer, né, é uma oportunidade de escuta, você coloca, a gente quer conhecer também o que vocês fazem pra gente poder, poder é, conhecer.

IIB: É gostoso contar, é gostoso contar.

Pesquisadora: E é gostoso ouvir. Porque é uma das coisas que vocês contam: “ah, a gente não pensava que ia dar conta”, e as pessoas muitas vezes também não sabem o que é [inaudível]. Às vezes as pessoas da própria Unidade, né, que em alguma Unidade que a gente tem uma discussão e eu fiquei com a sensação agora que as pessoas também da faculdade às vezes não sabem o que vocês, o quanto vocês trabalham, o quanto vocês fazem, não é?!

IIC: [inaudível] eu tenho a idéia de mudarem de função, uma meia hora.

Pesquisadora: Só meia hora?

(Todas riem)

IIC: Eu quero só ver, seria uma boa idéia...

[inaudível].

IIB: Seria interessante, é interessante porque o dia que eu fiquei na recepção eu fui ver o que que é...

[inaudível].

IIB: [inaudível] não parava um minuto de tocar o telefone e paciente xingando, telefone tocando (risos). “Eu quero ir pra rua”, eu falava assim, “eu quero ir pra rua, pelo amor de Deus”, eu preferia ir pra rua, é terrível, mas quando eu me coloquei no lugar dele... Se eles pudessem fazer isso também, nem que fosse uma manhã.

IID: Tirando a parte ruim de visita nas casas, né, quando [inaudível].

Orientadora: A XXXX falou, né, o que ela achou, esse espaço é pra vocês.

[inaudível] (risos).

IIC: É bom que nessas horas a gente vê que não é só com a gente.

IIF e IIC falam ao mesmo tempo.

IIC: Eu penso, será que só no Marajoara que é assim?! (risos)

IIF: não é não.

Pesquisadora: Muitas vezes existem os mesmos problemas que precisam ser discutidos.

IIB: Ver a visão de cada um...

IIG: Então, é um desabafo...

Muitas pessoas falam ao mesmo tempo: [inaudível].

[inaudível].

IIC: Na mesma condição, com as mesmas dificuldade.

IIF: Acho que às vezes a gente precisa de por pra fora o que a gente vê.

Muitas pessoas falam ao mesmo tempo: [inaudível].

IIF: [inaudível], tem coisa que a gente acaba contando que [inaudível], você acaba soltando, acaba aliviando.

IIB: Descarregou a gente um pouquinho.

Muitas pessoas falam ao mesmo tempo: [inaudível].

Orientadora: O grupo tem esta característica muito legal.

IIB: de você contar [inaudível] toda quarta-feira, [inaudível], é gostoso isso.

IID: Nós lá tivemos um trabalho do IUSC foi é uma guerra lá.

IIF: É que nem de quarta-feira, eu num sei se em todas as Unidades tem a festa do mês, a gente faz os aniversariantes do mês, e a gente tem a data do mês, no dia da festa a gente separa a equipe em grupo, mais ou menos de cinco pessoas, quatro. E esses grupos prepara a reunião pra gente com atividades de descontração. É a melhor parte que tem, vocês já chegaram lá. Mas tem probleminha também esses dias lá, porque foi até chamado pra gente conversar lá com [inaudível]. Eu falo demais, mas tudo bem, a gente tava discutindo a data pra festa. E foi assim, todo mundo escolheu dia nove, e a médica faz aniversário dia 28, e a médica não queria porque ficava longe da festa, e aí pegou, vamos votar que dia, todo mundo: dia nove, então vai ser dia 28. Aí eu falei: “como vai ser dia 28?”, “mas todo mundo votou”. [inaudível] todo mundo paga, aí ela ficou brava porque eu falei assim, mas eu acho assim todo mundo votou.

Clima descontraído, várias pessoas falando ao mesmo tempo, vozes agudas prevalecem.

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](#)