

**CÁSSIA REGINA FERNANDES BIFFE PERES**

**O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE  
NO MUNICÍPIO DE MARÍLIA - SP**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração Saúde Pública na Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista-UNESP, para obtenção de título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Luiz Caldas Júnior  
Co-orientadora: Profa. Dra. Roseli Ferreira da Silva

**BOTUCATU  
2006**

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

Peres, Cássia Regina Fernandes Biffe.

O trabalho do agente comunitário de saúde no município de Marília - SP /  
Cássia Regina Fernandes Biffe Peres. – Botucatu : [s.n.], 2006.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade  
Estadual Paulista, 2006.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Luiz Caldas Júnior

Co-orientador: Profª. Dra. Roseli Ferreira da Silva

Assunto CAPES: 40602001

1. Sistema Único de Saúde(Brasil). 2. Saúde pública. 3. Marília(SP).

CDD 658.9161

Palavras chave: Agente comunitário de saúde; Atenção primária à saúde;  
Programa de saúde da família; SUS.



*Dedicatória*

*Aos meus pais, Teresa e Nilton,  
que me ensinaram os verdadeiros  
valores da vida, pelo exemplo de  
vida, incentivo e esforços em minha  
criação e formação profissional.*

*Ao Leandro, o amor da minha  
vida, pelo apoio incondicional, em  
todos os momentos das nossas  
vidas compartilhadas.*

*À minha irmã Carina,  
companheira de profissão, pelo  
estímulo e cumplicidade.*

*Sem vocês não haveria tanto amor...*

---



*Agradecimento Especial*

*Ao Professor Doutor Antonio Luiz Caldas Júnior.*

*Ainda me lembro do dia em que conversamos pela primeira vez sobre este estudo.*

*Você foi muito acolhedor e chamou-me a atenção a maneira como se mostrou interessado na orientação.*

*Durante essa trajetória, observei que esse jeito acolhedor faz parte do “Ser” Caldas, com quem tive o privilégio de conviver.*

*Compartilhar de sua competência, conhecimentos, cultura e integridade, sempre acompanhados de muita alegria, paciência e um jeito todo especial de lidar com as pessoas, fez-me ver as coisas com outros olhos. Uma certeza ficou – com você aprendi nunca desistir sem lutar até o fim.*

*Obrigada pela confiança e por participar da realização do meu crescimento profissional.*

*Meu respeito, gratidão e admiração.*

---



*Agradecimentos*

*“O valor das coisas não está no  
tempo que elas duram, mas na  
intensidade com que acontecem.*

*Por isso existem momentos  
inesquecíveis, Coisas  
inexplicáveis e pessoas  
incomparáveis.”*

*(Fernando Pessoa)*

---



Obrigada,

*A Deus pela presença intensa em minha vida.*

*À prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Roseli que esteve presente desde quando este trabalho era apenas uma idéia, me incentivou a torná-la realidade e contribuiu brilhantemente no projeto e análise dos dados.*

*À Faculdade de Medicina de Marília por favorecer o meu crescimento profissional, permitindo a minha liberação para a pós-graduação.*

*À Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília por favorecer as minhas saídas no período da realização dos créditos e por permitir a realização deste estudo.*

*À tia Dô por sempre me colocar em suas orações.*

*À minha amiga Luciane Zanetti, irmã de coração, que, mesmo estando longe dos olhos, está sempre perto do pensamento e do coração.*

*À amiga-irmã Luciana de Moraes pela contribuição importante na leitura final do trabalho. Você e seu amado Marcos foram torcedores, cúmplices e amigos incondicionais. Estar próxima de vocês foi muito importante nesta fase da minha vida*

*À amiga Sílvia, pela, torcida e cumplicidade.*

---

Às enfermeiras da rede municipal de Marília, pela atenção durante a coleta dos dados.

Aos agentes comunitários de saúde que participaram deste estudo o meu respeito e gratidão. Sem vocês este trabalho não seria realidade. Espero ter feito bom uso das palavras de vocês.

Às companheiras de viagem e lutas compartilhadas, Márcia Dadalti e Cristiane Pachiega.

À amiga que encontrei nessa caminhada, Zuleica Rossi, pelas palavras de estímulo e por compartilhar as angústias, alegrias e vitórias.

Às enfermeiras Gisele, Maria Ângela e Denise por entenderem as minhas ausências e realizarem a cobertura das minhas atividades na SMDS.

Às minhas “Cidas”, companheiras de trabalho, pelo apoio e estímulo constante.

À equipe da UBS JK, pelo apoio num momento delicado da minha vida e da realização deste trabalho, por me fazer sempre estar mais próxima a Deus.

À Dr<sup>a</sup> Maria Cecília Delatorre, pela disponibilidade em compartilhar seus conhecimentos e pelas contribuições bibliográficas.

À Dr<sup>a</sup> Selma Miranda pelas palavras de fé e incentivo.

---

*Aos funcionários da Seção de Pós-graduação da Unesp – Botucatu, pela forma atenciosa com que sempre nos receberam.*

*Aos funcionários e docentes do departamento de Saúde Pública da Unesp– Botucatu.*

*Às bibliotecárias da Unesp – Botucatu, pela forma competente e atenciosa com que realizaram a revisão bibliográfica.*

*Às professoras doutoras Lislaine Aparecida Fracoli e Oida de Godoy pelas ricas contribuições para a finalização do trabalho.*

*Às companheiras de trabalho da FAMEMA pela constante incentivo.*

---



*Epigrafe*

*Enquanto houver sol*

*Quando não houver saída  
Quando não houver mais solução  
Ainda há de haver saída  
Nenhuma idéia vale uma vida*

*Quando não houver esperança  
Quando não restar nem ilusão  
Ainda há de haver esperança  
Em cada um de nós, algo de uma criança*

*Enquanto houver sol, enquanto houver sol  
Ainda haverá  
Enquanto houver sol, enquanto houver sol*

*Quando não houver caminho  
Mesmo sem amor, sem direção  
A sós ninguém está sozinho  
É caminhando que se faz o caminho*

*Quando não houver desejo  
Quando não restar nem mesmo dor  
Ainda há de haver desejo  
Em cada um de nós, onde Deus colocou*

*Enquanto houver sol, enquanto houver sol  
Ainda haver  
Enquanto houver sol, enquanto houver sol*

*(Sérgio Britto)*

---



## *Sumário*

---

<b>Listas de figuras, quadros, tabela e Abreviaturas</b> _____	17
<b>Resumo</b> _____	22
<b>Abstract</b> _____	24
<b>1 Introdução</b> _____	26
<b>2 Objetivos</b> _____	33
<b>3 Fundamentação teórica</b> _____	35
3.1 Evolução histórica do agente comunitário de saúde no Brasil .	36
3.2 O trabalho em saúde .....	46
3.3 O trabalho em saúde do ACS .....	50
3.4 O trabalho do ACS na equipe de saúde .....	55
<b>4. Processo metodológico</b> _____	58
4.1 Fundamentos metodológicos .....	59
4.2 Cenário da investigação .....	59
4.3 Sujeitos da investigação .....	64
4.4 Coleta de dados .....	66
4.5 Análise dos dados .....	67
4.5.1 Análise dos dados obtidos no questionário .....	68
4.5.2 Análise dos dados obtidos na entrevista .....	68
<b>5 Resultados e discussão</b> _____	70
5.1 Perfil do ACS do município de Marília/SP .....	71
5.1.1 Caracterização segundo sexo e idade .....	71
5.1.2 Caracterização segundo a escolaridade .....	73
5.1.3 Formação profissional .....	75
5.1.4 Atuação prévia como ACS .....	76
5.1.5 Participação em trabalhos comunitários .....	76
5.1.6 Tempo de atuação como ACS na unidade .....	76

---

---

5.1.7 Tempo de moradia no bairro .....	77
5.2 Ser ACS: a motivação .....	78
5.3 Ser agente comunitário de saúde: o significado .....	81
5.4 Ações desenvolvidas pelo ACS .....	89
5.5 Trabalho com as famílias: as facilidades .....	97
5.6 Trabalho com as famílias: as dificuldades .....	103
5.7 A equipe: facilidades no trabalho .....	115
5.8 A equipe: dificuldades no trabalho .....	120
5.9 As expectativas do ACS do município de Marília .....	127
<b>6 Considerações finais</b> _____	130
<b>7 Referências</b> _____	144
<b>8 Anexos</b> _____	154

---





*Listas de Figuras,  
Quadros, Tabelas e  
Abreviaturas*

<b>Figura 1</b> – Distribuição das unidades de Atenção Básica de Saúde, Marília/SP, 2003 .....	63
<b>Figura 2</b> – ACS distribuídos segundo faixa etária e sexo, Marília/SP, 2004 .....	72
<b>Figura 3</b> – ACS distribuídos segundo a escolaridade, Marília/SP, 2004 .....	74
<b>Figura 4</b> – ACS distribuídos segundo condição atual de estudo, Marília/SP, 2004 .....	74
<b>Figura 5</b> – ACS segundo tempo de moradia no bairro, Marília/SP, 2004 .....	78

---

<b>Quadro 1</b> – Evolução dos principais indicadores de saúde, 2000 a 2004, Marília/SP .....	61
<b>Quadro 2</b> – Perfil dos ACS entrevistados, Marília/SP, 2004 .....	65

<b>Tabela 1 –</b> Distribuição dos ACS de acordo com a formação profissional, Marília/SP, 2004 .....	75
--	----

ACS –	Agente Comunitário de Saúde
CLS –	Conselho Local de Saúde
CLT –	Consolidação das leis do Trabalho
COMUS –	Conselho Municipal de Saúde
DAB –	Departamento de Atenção Básica
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ONG –	Organização Não Governamental
OPAS –	Organização Pan Americana de Saúde
PACS –	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS –	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PPREPS –	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PSF –	Programa de Saúde da Família
SUCAM –	Superintendência de Campanhas de saúde Pública
SUS –	Sistema Único de Saúde
UNICEF –	Fundo das Nações Unidas para a Infância
URSS –	União Soviética
USF –	Unidade de Saúde da Família
UBS –	Unidade Básica de Saúde
SESP –	Serviço Especial de Saúde Pública
SMHS –	Secretaria Municipal de Higiene e Saúde
SIAB –	Sistema de Informação da Atenção Básica

---



*Resumo*

O presente estudo objetiva descrever e analisar a situação de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de Marília/SP, em sua relação com a população e com os demais profissionais de saúde, mediante procedimento metodológico quanti-qualitativo. Na abordagem quantitativa, para a caracterização do perfil do ACS, os dados foram coletados por questionário e, na qualitativa, realizou-se entrevista semi-estruturada com 16 ACS. Para a análise dos dados da entrevista foi utilizada a técnica de análise de conteúdo e construídas oito categorias empíricas: a) o significado de ser ACS; b) a motivação de ser ACS; c) ações desenvolvidas; d) facilidades e e) dificuldades no trabalho com as famílias; f) facilidades e g) dificuldades no trabalho com a equipe; h) expectativas. Dos 339 ACS, 303 responderam ao questionário. Constatou-se que 59,4% atuam em Unidades Básicas de Saúde e 39,3% em Unidades de Saúde da Família; a maioria é constituída por mulheres jovens (90,8% - idade média de 32,5 anos), sendo que 86,1% são concluintes do ensino médio. O tempo médio de atuação na unidade de saúde, como ACS, foi de 27 meses e o tempo de moradia no bairro era de 13,8 anos. A formação profissional predominante está nas áreas de saúde (16,2%) e educação (14,3%). Da totalidade, 73 estudavam e a maioria destes (58,9%) em carreiras da área de enfermagem. A maioria (90,1%) não tinha atuação prévia como ACS nem desenvolvia trabalho comunitário (78,8%). O principal motivo de busca da atividade de ACS era o desemprego embora poucos conhecessem quais seriam suas atribuições. Os ACS percebem-se como educadores e interlocutores entre a unidade de saúde e a comunidade. Os ACS relatam sobrecarga de trabalho em virtude da falta de clareza do seu papel para eles próprios, para a equipe de saúde e para a população. Desenvolvem ações de acordo com as competências deles esperadas; ademais, desempenham atividades burocráticas dentro da unidade contribuindo com a organização do atendimento. Foram apontados como facilitadores do trabalho com as famílias, o vínculo, o gosto pelo que fazem e a capacidade de atender e responder às necessidades da população. Como dificuldades, foram relatadas a cultura medicalizada da população, a descrença da mesma nos serviços de saúde, o descaso das famílias com seus familiares, a espera da população por respostas do sistema e o não exercício do controle social. Conclui-se que no trabalho das equipes as relações humanas devem ser enfatizadas para que a interação entre os profissionais ocorra de maneira mais adequada e a equipe alcance o objetivo comum de cuidar da comunidade. Apesar dos objetivos comuns, as relações interpessoais são dificultadas pela diversidade de saberes, histórias de vida e formação pessoal e profissional dos diferentes integrantes da equipe e pelo próprio exercício de profissões e tarefas distintas. Destacou-se a comunicação dentro da equipe como forma de promover a unidade no trabalho. Foram apontadas, como expectativas, a valorização do trabalho do ACS, a necessidade de capacitação e a melhoria da comunicação entre UBS e USF, equipe e gestores.

**Palavras-chave:** agente comunitário de saúde; atenção primária à saúde; programa saúde da família; SUS.

---



*Abstract*



The present paper is aimed at describing and analyzing the labor situation of Community Health Agents (CHA) in Marília/SP and also their relation with the population and the other health professionals by means of a quantitative/qualitative methodological procedure. In order to characterize the CHA profile, for the quantitative approach, the data were collected through a questionnaire and semi-structured interview was conducted with the 16 CHA for the qualitative approach. The content technique was used to analyze the interview data and eight empirical categories were constructed: a) the motivation to be CHA; b) the meaning of being CHA; c) developed actions; d) facilities and e) difficulties to work with the families; f) facilities and g) difficulties to work with the team; h) expectations. Out of 339 CHA, 303 answered the questionnaire. It was noticed that 59,4% of them act in Basic Health Unities and 39,3% in Family Health Unities; the majority is formed by young women (90,8% - mean age: 32,5 years) and 86,1% of them had finished the elementary school. The mean time of acting in the health unity, as CHA, was of 27 months and the time of neighborhood living is of 13,8 years. The prevailing professional education is in the health areas (16,2%) and in education (14,3%); 73 of them were studying and most of them in the nursing area. Most of them (90,1%) did not have previous acting as CHA neither had developed community work (78,8%). The main reason for choosing the CHA activity was the unemployment, although few of them were aware of their attributions. The CHA consider themselves as educators and mediators between the health unity and the community. They register overload of work due to the lack of clarity about their roles to themselves, to the health team, and to the population in general. The CHA develop actions according to the abilities expected from them; besides, they carry out bureaucratic activities inside the health unity, helping with the service organization. They were pointed as facilitators of the work with the families the link, the pleasure for what they do and the ability to answer to the population needs. The reported difficulties were the "medical" culture of the population, the disbelief in health services, the disregard of the families with their relatives, the population waiting for the system's answers and the non-exercise of social control. It was concluded that, in the teams' work, the human relations must be emphasized so that the interaction can happen in a more appropriate way and the team can reach the common goal of taking care of the population. In spite of the common goal, the interpersonal relations are complicated by the diversity of knowledge, by life stories and by personal/professional backgrounds of the different team members and also by different tasks and professions. The communication inside the team was highlighted as a way of promoting its union. The aimed expectations were: the prizing of the CHA work, the need of ability and the improvement of communication between UBS and USF, team and administrators.

**Keywords:** community health agent; primary health care; family health program; SUS.

---



## *1. Introdução*

---

Agentes Comunitários de Saúde (PACS), institucionalizando uma série de práticas em saúde que se desenvolviam no país, de forma isolada e focal, e atendiam às populações em situação de risco à saúde. Inicialmente, o Programa focalizou a questão da mortalidade infantil e materna, expandindo-se posteriormente a sua abrangência para o apoio à organização da atenção básica em saúde nos municípios. (CARDOSO; BARRETO; FONSECA, 2002).

O agente comunitário de saúde é um novo profissional, inserido recentemente no trabalho em saúde. Representa segmento efetivo no cenário da assistência, e na produção de serviços. Não é apenas um suporte para gerar determinadas ações em saúde, mas também atua como personagem-chave na organização da assistência, à medida em que assume uma posição bi direcional, ou seja, é morador da comunidade em que trabalha e integrante da equipe de saúde.

O PACS permitiu comprovar a identidade que há entre o sujeito e o objeto da investigação, mesmo sabendo que os sujeitos envolvidos são diferentes por razões culturais, de classe, idade, sexo ou qualquer outro motivo, permanecendo, no entanto, uma realidade comum que os torna solidariamente interligados e comprometidos. (SOUSA, 2001).

O ACS tem-se revelado ator mais intrigante no que se refere à relação de trocas estabelecida entre saberes populares de saúde e saberes médico-científicos. Pode-se dizer que o fato de ser o ACS uma pessoa que convive com a realidade e as práticas populares de saúde no espaço onde mora e trabalha, além de atuar a partir de referenciais biomédicos, torna possível a veiculação de contradições e, ao mesmo tempo, o estabelecimento de um diálogo profundo entre dois saberes e práticas. Essa posição particular inscreve o ACS de forma privilegiada na dinâmica de implantação e de consolidação de um novo modelo assistencial, pois, numa posição estratégica de mediador entre a comunidade e o pessoal de saúde, ele pode funcionar ora como facilitador, ora como empecilho

---

dessa mediação (NUNES et al., 2002).

Durante nossa atuação como enfermeira de Unidade Básica de Saúde (UBS), tivemos a oportunidade de vivenciar a implantação do PACS no município de Marília, Estado de São Paulo, e percebemos que o ACS apresentava angústias em relação ao seu trabalho tanto no contato com as famílias quanto nas relações com a equipe de saúde. Essas angústias eram geradas pela complexidade de experiências vivenciadas e muitas vezes a equipe de saúde também não estava preparada para apoiá-los. Observamos ainda que a formação escolar do ACS é bastante heterogênea, incluindo desde profissionais com a escolaridade mínima exigida até profissionais de nível superior que, por falta de outra oportunidade de emprego, estão atuando como ACS.

Portanto, o ACS não possui formação específica. Diante das atribuições e do conjunto de atividades que a categoria necessita desenvolver, ou seja, ser um “educador” em saúde capaz de transmitir e produzir informações, acreditamos que, em diversas situações, esperam e necessitam de apoio.

Diante dessas questões levantadas, justifica-se um estudo que possibilite a análise do trabalho do ACS, no município de Marília, para melhor compreender a dinâmica de trabalho desses profissionais em sua relação com as equipes de saúde e com as famílias, possibilitando pensar caminhos para sua formação e educação permanente.

### **A trajetória do município de Marília em busca de um novo modelo de saúde.**

Em abril de 1998, a rede básica de saúde do município de Marília era composta por 17 UBS, distribuídas geograficamente segundo aglomerados populacionais e constituindo “Regiões de Saúde”. As UBS realizavam duas tarefas principais: o atendimento ambulatorial básico a

---

todas as faixas etárias, inclusive as ações programáticas e as intercorrências e concomitantemente, o desenvolvimento de ações de saúde coletiva. O modelo de atenção à saúde baseado em consultas médicas individuais e de pronto-atendimento limitava a capacidade das UBS (porta de entrada do sistema) em resolver problemas de saúde e desenvolver atividades programadas, educação em saúde, vigilância epidemiológica, dentre outras, o que reforçava o papel dos hospitais e prontos socorros (MARÍLIA, 1998)

A idéia era drenar, da porta dos hospitais e prontos socorros, os casos que poderiam ser resolvidos na rede básica de saúde, valorizando as características positivas dessas e incluindo novas práticas e saberes. Outro objetivo desta reorganização era a responsabilização da equipe de saúde das UBS em uma abordagem mais abrangente (MARÍLIA, 1998).

Estabeleceu-se, então, um pacto entre a Secretaria Municipal de Higiene e Saúde (SMHS) e as equipes de saúde locais. A SMHS traçou um Plano Municipal de Saúde, as diretrizes gerais e prioridades da política de saúde, definindo e garantindo os recursos necessários e a avaliação de resultados. Em contrapartida, as equipes locais, dirigidas por um gerente, tinham autonomia para organizar seu processo de trabalho e de integração com os serviços acadêmicos parceiros da rede, respeitando os limites das diretrizes gerais e da dinâmica administrativa dos serviços (MARÍLIA, 1998).

Esse processo foi submetido aos Conselhos Locais de Saúde (CLS) e ao Conselho Municipal de Saúde de Marília (COMUS-Marília), sendo os setores organizados da comunidade e representantes dos usuários envolvidos e responsabilizados de forma ativa na elaboração, acompanhamento da implementação e avaliação dos resultados obtidos em relação às necessidades da população (MARÍLIA, 1998).

---

O início da transformação do modelo assistencial e de gestão na direção da consolidação do SUS e melhoria das condições de vida da população de Marília deu-se a partir da elaboração do referido Plano Municipal de Saúde. Entendido como um instrumento de discussão da política de saúde em conjunto com a sociedade e diagnóstico de saúde, subsidiou a elaboração das Cartas Sanitárias, para o território de saúde de cada UBS, sendo um instrumento de gerência e avaliação dos serviços de saúde (MARÍLIA, 1998).

A reorganização do modelo de saúde incluía mudanças no sistema de agendamento das UBS, valorização do acolhimento, vínculo, compromisso e responsabilização na produção do cuidado ao usuário (MARÍLIA, 2000).

A SMHS empreendeu esforços na implantação do PSF, como instrumento de mudança do modelo assistencial. Inicialmente a implantação se deu de forma focalizada, em área de expansão populacional e/ou em situações de risco.

Em 1998, o PACS foi implantado em duas Unidades Básicas de Saúde: UBS Chico Mendes e UBS São Judas Tadeu. Em novembro do mesmo ano, implantou-se no município o Programa de Saúde da Família (PSF), com quatro equipes do PSF, de acordo com o Plano Municipal de Saúde de 1998:

- USF Aniz Badra/César Almeida (região norte, urbano)
  - USF Parque das Nações/Primavera/Nova Almeida (região norte, urbano)
  - USF Rosália/Santa Helena/Dirceu (região norte, rural)
  - USF Avencas/Amadeu Amaral (região oeste, rural)
-

Os Serviços de Pronto-Atendimento (PA região Sul e PA da região Norte) cumprem papel fundamental no atendimento da demanda reprimida das UBS/USF, desempenhando uma resolutividade intermediária entre a atenção primária e secundária, juntamente com as Unidades de Saúde Especializadas. (MARÍLIA, 2002).

Em 1999, mais três USF foram implantadas em áreas de expansão populacional da cidade: Jardim Cavallari, Vila Real e CDHU.

No ano de 2000, o PACS foi expandido para todas as UBS do município, com exceção de duas Unidades de Saúde centrais.

Em 2001, a UBS Padre Nóbrega, da área rural, foi transformada em USF.

No ano de 2002, ocorreu a implantação de três novas USF e transformação de duas UBS em USF (MARÍLIA, 2002).

Em 2003, foram implantadas 10 equipes de PSF, em parceria com a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), por meio do programa de residência em Saúde da Família. No final do mesmo ano, a rede básica de saúde do município de Marília estava constituída por 24 USF e 13 UBS, com 100% PACS.

No período que em foi realizada a coleta de dados desta pesquisa, de outubro a novembro de 2004, o município de Marília contava com 13 UBS e 25 USF.

### **Contrato e seleção do ACS**

A contratação do ACS decorre de parceria entre a SMHS e três instituições: Maternidade e Gota de Leite, Santa Casa de Misericórdia e Hospital São Francisco de Assis, sendo o regime jurídico de contratação

---

feito pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

O processo seletivo é constituído por duas etapas: prova escrita e entrevista. A prova escrita avalia a escolaridade básica (português e matemática). São habilitados para a entrevista os candidatos que obtiverem no mínimo 50% de aproveitamento na prova escrita.

A inscrição ocorre na própria unidade de saúde em que o candidato pretende atuar. São requisitos para o trabalho de ACS: ser morador da área de abrangência da unidade de saúde há pelo menos um ano, possuir 21 anos completos e ter concluído o ensino fundamental.

---





## 2. *Objetivos*

**Objetivo geral:**

Descrever e analisar a situação de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, em sua relação com a população e com os demais profissionais de saúde.

**Objetivos específicos:**

- ✓ Caracterizar o perfil dos ACS das Unidades de Saúde do município de Marília quanto a sexo, idade, escolaridade, unidade de trabalho, formação profissional, tempo de atuação como ACS na unidade e tempo de residência no bairro, realização de trabalho comunitário anterior.
  - ✓ Identificar e analisar os motivos que os levaram a ser ACS.
  - ✓ Identificar e analisar as dificuldades e facilidades encontradas no trabalho relacionadas às famílias e à equipe de saúde.
-



### *3. Fundamentação Teórica*

### 3.1 Evolução histórica do agente comunitário de saúde no Brasil

As últimas décadas têm sido marcadas por tentativas de organização da assistência à saúde em modelos capazes de atuar sobre os diferentes determinantes do processo saúde-doença. Para melhor compreensão dessas tentativas, será traçada a evolução histórico-estrutural da extensão da assistência a parcelas crescentes da população.

Donnangelo e Pereira (1979) apontam a influência da Medicina Comunitária nas origens dos programas de extensão de cobertura e a utilização de pessoal auxiliar:

*Reafirmando os princípios básicos elaborados através de outros projetos, já referidos de organização da atenção médica, a Medicina Comunitária se propõe operacioná-los através de uma específica estratégia de prestação de serviços à população. Grande parte do campo de ação comunitária em saúde pode ser caracterizado pela busca de extensão da assistência médica a parcelas crescentes da população através do desenvolvimento das atividades de saúde usualmente designadas como de primeira linha. Sua especificidade, entretanto, decorre do fato de que essa extensão da assistência não se fará necessariamente através das modalidades de prestação de serviços e da tecnologia médica predominante, mas, sobretudo, por meio de uma nova estruturação dos elementos que compõem a assistência à saúde, em particular um novo uso do trabalho nesse campo. Reforça-se substancialmente no interior do projeto comunitário um elemento que, embora não seja estranho à prática médica contemporânea, não adquiriu relevância a não ser em raros modelos de organização da assistência. Trata-se do uso do trabalho não médico e resultando no que poderia ser designado por trabalhador médico coletivo, atuando de forma tal que, por um processo de distribuição de tarefas, a assistência se efetua através de um conjunto de práticas complementares.*

A Declaração de Alma-Ata, relatório final da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em setembro de 1978, na República do Casaquistão, União Soviética (URSS), concluiu que para o alcance, por todas as populações do mundo, de um nível aceitável de saúde, num futuro previsível, os cuidados primários de saúde seriam os principais meios, integrados ao desenvolvimento social e econômico,

---

baseados no espírito de justiça, fazendo-se necessário para tanto a participação comunitária e individual no planejamento, organização, execução e controle dos cuidados primários de saúde (OPAS, 2006).

Segundo Sousa (2001), a medicina comunitária no Brasil vinha apresentando-se, desde os anos 70/80, como um modelo alternativo de prestação de serviços de saúde, a fim de garantir igualdade e universalidade no atendimento. Seu alcance, porém, limitou-se a um caráter complementar, atuando sobre áreas da população não cobertas pelas formas hegemônicas da assistência médica.

Os programas de ação comunitária e o movimento da Medicina Comunitária foram trazidos para a América Latina, e também para o Brasil, pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e por organizações não governamentais (ONGs) norte-americanas (Fundações Kellogg e Rockefeller) sendo intensificados nas Universidades, por meio de diversos projetos, tais como Medicina Comunitária de Paulínia – Unicamp/SP; Vale do Ribeira - USP; Londrina – Universidade Estadual de Londrina, dentre outros. Esses projetos certamente elevaram o grau de politização do setor saúde. Tal politização revela-se no acúmulo de experiências dos serviços locais de saúde, na formação de movimentos sindicais no setor, incluindo reivindicações como a melhoria dos serviços, a necessidade de participação nos destinos da organização do Sistema Nacional de Saúde, além de procurar estabelecer a vinculação entre a política de saúde e a sociedade (SOUSA, 2001).

Rosas (1981) considera o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) como a primeira tentativa de peso para extensão da cobertura em saúde nas áreas rurais. Criado em 1942 por um acordo entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos com a finalidade de atuar fundamentalmente em áreas estratégicas de produção/ extração de matérias primas vitais para o esforço de guerra dos países aliados, durante a 2ª Guerra Mundial, o SESP atuou em duas áreas básicas: Região Amazônica, onde ocorria a extração da borracha e Vale do Rio Doce, área de extração de minérios.

---

Em 1960, com o fim do convênio entre os governos americano e brasileiro para manutenção do SESP, o governo brasileiro vincula-o ao Ministério da Saúde, transformando-o em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública – Fundação SESP.

Silva (2001) reforça a importância que a Fundação SESP teve na concepção do PACS e do PSF, relatando que a mesma foi um “laboratório”, pelo pioneirismo na criação de modelos para as propostas de ampliação de cobertura para populações específicas fundamentadas na experiência construída.

Segundo Sousa (2001), neste contexto, surgem as raízes para uma nova lógica de pensar a assistência à saúde, lógica que pudesse contrabalançar a estrutura hegemônica do atendimento médico individual, curativo e hospitalocêntrico. A década de 70 se destaca pelas lutas e resistências coletivas, em busca dos direitos da cidadania banida e controlada pelo autoritarismo vigente.

Outros projetos e atividades se estruturam para dar suporte ao desenvolvimento da nova política de atuação na área da saúde. Em 1975 foi criado o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), visando à preparação de recursos humanos para um processo de extensão de cobertura, subordinado às necessidades e possibilidades de diferentes áreas do país (SOUSA, 2001).

Rosas (1981) resume em três os objetivos do PPREPS: a) Treinamento em massa de pessoal de nível médio e elementar; b) Apoio à formação e ao funcionamento de 10 regiões docente-assistenciais no país; c) Apoio ao estabelecimento de Sistemas de Desenvolvimento de Recursos Humanos para Saúde junto às secretarias estaduais de saúde, procurando integrar saúde e educação.

---

De 1976 a 1979, é implantada, no Nordeste, a primeira etapa do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), com o objetivo de estabelecer uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes, bem como contribuir para a melhoria da saúde da população local (ROSAS, 1981).

Rosas (1981) afirma que, por suas características e objetivos, o PPREPS e o PIASS caminharam próximos e, em vários momentos, suas atividades se articularam, se somaram e se confundiram.

Nos anos 80, prevaleceram as negociações, alianças, pactos, construção de estratégias, num longo processo de transição democrática, acelerado a partir de 1985, com a mobilização popular em prol das eleições diretas para presidente da República, a sucessão presidencial e a morte do idealizador da “Nova República”, Tancredo Neves. A mobilização pela Assembléia Nacional Constituinte também fortalece o projeto proposto pelo movimento sanitário ou pelo denominado “Partido Sanitário”, no país (SOUSA, 2001).

Segundo Sousa (2001), nesse contexto de crise, os profissionais de saúde colocaram-se como parte integrante das idéias e propostas do SUS e passaram a atuar na defesa intransigente desses novos pressupostos, a partir das denúncias das condições miseráveis de vida das classes subalternas, da falência das políticas sociais e da estagnação dos serviços públicos de saúde. Todo esse quadro abriu perspectivas para, estrategicamente, ocupar os espaços do poder onde efetivamente se pudesse verificar, na prática, que o sonho de alguns poderia tornar-se realidade. Desse modo, o projeto deixou de ser apenas proposta de um grupo de profissionais de diversas áreas (saúde, educação e ciências sociais) e das instituições (universidades, igrejas e secretarias de saúde) e passou a ser de diversos segmentos progressistas da sociedade brasileira.

---

---

De 1980 a 1985, inicia-se a segunda etapa do PIASS, que foi expandido nacionalmente e teve como diretrizes básicas a operação, a manutenção e a ampliação da rede instalada, a fim de cobrir a totalidade dos municípios da área de abrangência do programa, com vistas à sua consolidação; o fortalecimento e reestruturação das secretarias estaduais de saúde e, ainda, a busca de extensão do Programa para o âmbito nacional (SILVA; DALMASO, 2002b).

No estado de São Paulo, foram incluídas na área de abrangência da expansão nacional do PIASS as regiões de Sorocaba e Vale do Ribeira. Em 1981, foi elaborado o Projeto de Expansão dos Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em área Rural – Vale do Ribeira (Projeto Devale) dando início à implantação do PIASS no estado (SILVA; DALMASO, 2002b).

Segundo Silva (2001), a proposta de ação para o agente de saúde no Projeto Devale incluía:

- *Proporcionar a extensão do atendimento aos problemas da saúde da população rural através da ampliação de conhecimentos e execução de atividades específicas (curativos, vacinas, diagnósticos e tratamento de doenças mais prevalentes, atendimento à criança e à gestante, encaminhamentos, primeiros socorros);*
- *Contemplar uma visão global do indivíduo e desse na comunidade;*
- *Incorporar um componente de discussão desses problemas de saúde em função das condições gerais de vida da população;*
- *Organizar a comunidade para lutar pela saúde.*

A escolha dos locais rurais para a implantação dos postos de saúde foi realizada pela coordenação do programa, juntamente com médicos dos centros de saúde, professores comunitários e prefeitos, tendo como referência o levantamento já realizado nos municípios, que enfatizava problemas em relação ao acesso, a integração de recursos, ao funcionamento das unidades e ao atendimento à população rural. Em um primeiro momento, foi definida sua implantação em 17 localidades rurais pertencentes a 08 municípios (SILVA, 2001).

---



Silva (2001) relata que o processo de escolha dos agentes de saúde se deu em reuniões com os moradores, onde foram definidas as qualidades que as pessoas deveriam ter e os defeitos que não seriam admitidos. Após a definição dos critérios, eram sugeridos os nomes das pessoas que atendessem aos requisitos; em seguida, era realizada eleição com voto secreto. A metodologia do treinamento dos agentes contava com a participação ativa dos mesmos, proporcionando condições para integrar sua experiência anterior de vida aos conhecimentos transmitidos durante o treinamento, reconstruindo-os a partir dos saberes dos alunos e transformando-os em comportamentos e habilidades necessários ao trabalho.

Segundo Silva e Dalmaso (2002b), acontece no Ceará a primeira experiência de trabalho em larga escala com agentes comunitários de saúde, que atuaram desenvolvendo ações básicas de saúde como terapia de reidratação oral, vacinação, estímulo ao aleitamento materno, entre outras. Em 1988, inicia-se o Programa dos Agentes de Saúde do Ceará com objetivo geral de melhorar a capacidade da comunidade de cuidar da própria saúde. Seus objetivos específicos eram reduzir o risco de morte ligado ao parto para a mãe e a criança; aumentar a frequência de aleitamento materno exclusivo, até os quatro meses; reduzir as mortes por desidratação resultantes da diarreia. Havia uma idéia-chave de empregar em áreas mais pobres, um número relevante de mulheres que assim melhorariam sua condição social. Os agentes deveriam trabalhar com integrantes da comunidade que já executavam ações de saúde e deveriam promover a participação ativa das famílias e comunidade na proteção de sua saúde.

Um grupo de 20 ou 30 agentes estava vinculado a um supervisor de nível superior; o treinamento incluía uma capacitação inicial de 60 dias, na qual seriam enfatizadas ações de educação e de promoção da participação comunitária (SILVA, 2001).

---

Segundo Minayo, D Elia e Svitone (1990), apud Silva (2001), os resultados do Programa de Agentes de Saúde do Ceará foram positivos em relação à ampliação do acesso das pessoas aos serviços de saúde, da importância e da presença dos agentes nas comunidades, da confiança da população no sistema de saúde, da atitude e do compromisso com o trabalho, bem como na melhoria de indicadores de saúde e de qualidade do trabalho, contribuindo para a continuidade e ampliação do Programa no estado e no país.

Em 1990, a Fundação SESP foi incorporada à Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) na constituição da Fundação Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Nos anos 90, há um arrefecimento das lutas pelos direitos e justiça sociais e as entidades representativas se esvaziam diante de uma progressiva fragmentação das organizações sociais. As lições pareciam aprendidas pelos atores errados e as bandeiras reivindicatórias coletivas de grupos progressistas foram apropriadas pelos conservadores. O Projeto Collor expressou essa situação de desarticulação, pois possibilitou que os conservadores de seu governo utilizassem experiências e idéias de estados e municípios populares e progressistas fazendo com que diversos técnicos, sensíveis, sérios e éticos, acreditassem, de fato, que tal governo tinha propósitos para resolver os graves problemas de saúde do País (SOUSA, 2001).

Para Sousa (2001), nesse contexto, nasceram várias políticas sociais de cunho assistencialista, dentre elas o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Apresentava, no entanto, grande potencial solidarizante, exigindo a inserção de novos sujeitos sociais, com

---

\* MINAYO, M.C.; D ELIA, J. C.; SVITONE, E. Programa agentes comunitários do Ceará. Fortaleza, Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF.1990 apud SILVA, J. A. **O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade?** 2001. 290f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo

interesses, ideologias e visões de mundo semelhantes, todos dispostos a contrapor-se ao modelo hegemônico do projeto neoliberal, a fim de controlar socialmente os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)

Em março de 1991, nasce, pela primeira vez, a idéia de pensar e elaborar o PACS no âmbito do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde (SOUSA, 2001).

Em abril de 1991, acontece em Taubaté (SP) o encontro da Associação dos Agentes Comunitários de Saúde, estando presentes ACS de todo o país, que trabalhavam voluntariamente. Neste encontro define-se a idéia de lançar o PACS em âmbito nacional. Formou-se uma comissão que se reuniu diversas vezes em Fortaleza - CE, município que apresentava redução significativa da mortalidade infantil e outros indicadores, devido ao trabalho dos ACS, de acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Ao mesmo tempo, a Fundação Nacional de Saúde tomou conhecimento de que o ministro da Saúde, na época Alcení Guerra, havia solicitado à Fundação Osvaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública, a elaboração de um projeto de formação de 40.000 visitantes sanitários para a rede básica dos serviços de saúde do Nordeste. O referido projeto foi encaminhado ao ministro que optou pelo formato apresentado pela comissão encarregada de desenhar o PACS, pensado e elaborado pela equipe da Fundação Nacional de Saúde. (SOUSA, 2001).

O Ministério da Saúde, então, prioriza os estados nordestinos para a implantação do PACS por apresentarem baixos indicadores de saúde, necessitando de maior impacto, a curto e médio prazo. Em 1992, o PACS é estendido para Manaus, Belém e Distrito Federal. A partir de 1994, com a estratégia do Programa de Saúde Família (PSF), os ACS passam a integrar essas equipes e chegam às regiões Sul e Sudeste (SOUSA, 2001).

---

O PSF criado pelo Ministério da Saúde, em 1994, é colocado como instrumento de reorganização do SUS e da municipalização (Silva; Dalmaso, 2002b).

Segundo Silva e Dalmaso (2002a), o PSF encontra-se em fase de expansão, tanto em áreas rurais como em centros urbanos. Além disso, este modelo vem sendo progressivamente implantado em grandes cidades e áreas metropolitanas, mantendo, entre seus pressupostos e estratégias de intervenção básicas, as perspectivas de ampliação do acesso e de extensão de cobertura por serviços de saúde para parcelas específicas da população; racionalidade técnica e econômica; integralidade e humanização do atendimento; participação popular em saúde; estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de responsabilidade entre profissionais de saúde e população.

Historicamente, a idéia que apóia a inserção do ACS nos serviços de saúde envolve um conceito que, sob as mais diferentes formas, nomenclaturas e racionalidades, aparece em várias partes do mundo, ou seja, a idéia essencial de elo entre a comunidade e o sistema de saúde. Na década de 70, países como China, União Soviética (URSS) e Brasil, dentre muitos outros, buscavam alternativas de atenção à saúde para pessoas desassistidas, por meio de “profissionais” capacitados para realizar minimamente os cuidados básicos.

Nos anos 60, a China passou por uma situação de lentidão na formação de médicos comprometendo a resposta às necessidades de saúde da população. Após a chamada “Grande Revolução Cultural Proletária”, entre os anos de 1966 e 1969, ocorre uma modificação em aspectos fundamentais do país, culminando no fechamento das escolas de ensino superior. Em 1970, as escolas médicas foram reabertas com a preocupação de que os médicos generalistas se envolvessem com a comunidade. Surge outro tipo de profissional de saúde, chamado de “médico pés descalços”, capacitado para promoção da saúde, sem que deixasse suas atividades habituais no campo. (MANZANO, 1973)

---

Na URSS existiam os “feldshers”, que eram paramédicos capacitados durante quatro anos em escolas pertencentes ao Ministério da Saúde. A função dos “feldshers” era atender aos doentes, dando os primeiros cuidados antes de encaminhar ao médico; tinham profundo conhecimento da população a que assistiam por realizarem visitas periódicas aos domicílios. Eram supervisionados pelos médicos e remunerados pelo governo, recebiam ajuda de voluntários da comunidade. (GUTIERREZ; NERI, 1968)

No Brasil, na década de 70, difunde-se o livro “Onde não há médico”, de David Werner (1997), para instrumentalizar aqueles que moram em locais sem assistência a prestar os primeiros cuidados às necessidades dessas comunidades.

Mais recentemente, no PSF, o ACS foi incluído em equipes de trabalho que contam com um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem, com proposta de atuação na unidade de saúde, no domicílio e na comunidade.

A profissão de Agente Comunitário de Saúde foi criada pela Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, caracterizando o exercício da atividade em *“prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste”* (BRASIL, 2002).

Dispõe ainda sobre os requisitos para seu exercício, a saber:

- I – residir na área da comunidade em que atuar;
  - II – haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para formação de Agente Comunitário de Saúde;
  - III – haver concluído o ensino fundamental.
-

### 3.2 O trabalho em saúde

O estudo do trabalho do Agente Comunitário de Saúde nos remete ao referencial teórico do processo de trabalho em saúde, que será analisado em seus momentos constitutivos: objeto, instrumentos e trabalho em si, a partir da investigação das práticas de saúde realizadas por Gonçalves (1992) e Merhy (1997c).

Segundo Gonçalves (1992), falar em processo de trabalho é refletir e buscar compreender a complexidade da vida do homem, suas necessidades constituídas e dependentes da sócio-historicidade dos sistemas econômico e político em que as práticas em saúde expressam e reproduzem as contradições mais gerais da sociedade e são historicamente condicionadas.

O conceito de trabalho em saúde é relativamente recente na literatura de saúde coletiva no Brasil. Na década de 70, as preocupações teóricas a respeito de trabalho na área de saúde concentravam-se na prática médica. A medicina constituía o objeto privilegiado da análise entre as várias formas possíveis de prática ou de cuidado de saúde, porém não demorou para os enfermeiros terem sua visão particularista, falando no trabalho de enfermagem. Falar do trabalho do médico e do enfermeiro era uma maneira a mais de buscar firmar uma identidade real ou imaginária para a chamada classe trabalhadora (NOGUEIRA, 1994).

Na década de 80, com base nos estudos acerca da força de trabalho em saúde, gradativamente foi sendo introduzido o conceito mais abrangente de trabalho em saúde. Tomando por referência o fenômeno de grande crescimento e diversificação das oportunidades de emprego em serviços de saúde no Brasil, esse conceito passou a ser usado para descrever toda a gama de funções e atividades que se realizam nos estabelecimentos de saúde (NOGUEIRA, 1994).

---

A especificidade do trabalho em saúde, diferente do contexto da divisão do trabalho, decorre de ser o homem o objeto desse processo. O homem é apreendido em sua objetividade, mas também compreendido na sua subjetividade. As relações são mediadas por desejos, afetos, paixões, ódios, normatividade e trabalho, que cada homem estabelece com a totalidade que vem a ser e com suas partes, incluindo ele próprio e que fazem dele um sujeito (GONÇALVES, 1992).

Este aspecto evidencia-se com o advento do capitalismo. Com as novas relações de trabalho, tendo o corpo humano como sede da força de trabalho, ou seja, adquirindo um significado social diferenciado, pronto a ser vendido nos processos de trabalho, o que traz como consequência a necessidade de controlar a ocorrência de doenças (GONÇALVES, 1992).

Neste contexto, encontram-se as práticas de saúde, compelidas, entre outras, a controlar a ocorrência de doenças e recuperar a força de trabalho incapacitada pela instalação de agravos, constituindo respectivamente dois modelos: Modelo Epidemiológico, que se preocupa com os fenômenos coletivos e estuda uma representação abrangente da doença, ao possibilitar que o social seja englobado como determinante do processo; e o Modelo Clínico, que aborda individualmente a doença como alteração morfológica e/ou funcional do corpo humano, tendo seu desenvolvimento sustentado no trabalho médico e um complexo arsenal tecnológico (GONÇALVES, 1992).

A realização do trabalho humano vale-se ainda de outros instrumentos, materiais e não materiais, que o trabalhador utiliza a fim de realizar o projeto pensado. O universo tecnológico envolvido no trabalho em saúde estende-se além daqueles materialmente constituídos - equipamentos -, incluindo os muitos saberes que envolvem o conhecimento científico e que podem ser representados, segundo Merhy (1997c), em tecnologias leves: tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização,

---

---

acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho; tecnologias leve-duras - como os casos de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho, como a clínica médica, a epidemiologia, a clínica psicanalítica entre outras e tecnologias duras - como nos casos de equipamentos, normas e estruturas organizacionais.

Esta visão amplia a concepção de tecnologia em saúde, inserindo os diferentes saberes que procuram ler o mundo humano do ponto de vista da saúde e das doenças, do normal e do patológico, da vida e da morte, procurando construir procedimentos eficazes de intervenção nestes processos, em que, se a finalidade for facilitar a produção efetiva de sujeitos autônomos, serão empregadas muito mais aquelas representadas por leves, relacionadas às nossas sabedorias, experiências, atitudes, compromissos e responsabilidades do que aos equipamentos, espaços físicos e outros (MERHY, 1997b).

Outro momento do processo de trabalho é o ato em si. Orientado pela teoria marxista, Merhy (1997c), refere-se à existência do trabalho morto e trabalho vivo, chamando trabalho morto a todos os produtos – meios nele envolvidos, como ferramentas e matérias-primas, resultado do trabalho humano anteriormente realizado e que já estão instituídos quando ocorre o processo. Conceitua o trabalho em ato, como trabalho vivo, o que utiliza o trabalho morto para realizar e produzir as finalidades pretendidas.

Desta forma, durante o processo de trabalho, ao operar tecnologias distintas entre si, possibilita ao trabalhador exercer o trabalho vivo de forma mais ou menos aberta, autônoma. De acordo com Merhy (1997c),

*o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, ... pois, o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados.*

---



Pires (2000) define o trabalho em saúde como:

*um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não-material, que se completa no ato da sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.*

A prestação do serviço-assistência de saúde pode assumir formas diversas, mas envolve basicamente uma avaliação profissional de necessidades de um indivíduo ou grupo, objeto de trabalho, seguida da indicação e/ou realização de uma conduta terapêutica. A finalidade do trabalho é satisfazer àquela necessidade que o gerou, considerando o instrumental disponível, equipamentos e o saber de saúde, materializado em condutas técnicas. O produto do trabalho em saúde é a prestação da assistência de saúde, produzida no mesmo momento em que é consumida (PIRES, 2000).

Fortuna et al. (2005) concordam que no trabalho em saúde se produz algo que não é material, não possui forma concreta e interfere na maneira de viver das pessoas. Esse bem “não material” não se armazena, não é possível armazenar saúde em prateleiras, possui ainda significados diferentes para diferentes pessoas, em diferentes etapas da vida, culturas e momentos da história da humanidade, acumulando experiência vividas.

O trabalho em saúde é, na maioria das vezes, um trabalho coletivo, realizado por diversos profissionais ou trabalhadores treinados para realizar atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional. Os diversos profissionais de saúde desenvolvem parte do trabalho que tem como resultado a assistência de saúde (PIRES, 2000).

Neste âmbito, Testa (1992), ao analisar as relações prestador – usuário, destaca que “... as atividades de saúde são uma tarefa conjunta, inter-subjetiva, reflexiva, realizada entre utilizador e o usuário,

---

mediada por recursos tecnológicos, cuja função é a de facilitar essa relação”. A partir destas relações, em que a forma de comunicação é característica implícita da tecnologia utilizada, o autor propõe duas tipologias extremas: isolamento total e integração total, tendo entre estas duas categorias uma gama de relacionamentos possíveis. Na tipologia isolamento, a tecnologia utilizada para dar objetividade ao ato pode trazer consequência à individualização ou à fragmentação entre prestador e usuário, com interrupção quase total da comunicação direta. No outro extremo, constitui-se a categoria integração, entendida como um processo de mútuo aprendizado entre utilizador e o usuário, numa nova forma de relação social, conformada por meio de enfoques alternativos das práticas de saúde como a criação de grupos, fortalecimento das relações de comunicação intra e extrafamiliares bem como práticas globais participativas entre outras.

Silva (2001) a partir da reflexão de diferentes autores, conceitua a prática vinculada ao uso do saber, em que “... a prática é praticar um saber, em determinado contexto”. Portanto, quando se fala de prática, pensa-se no saber, no agente desse saber e no seu uso.

O processo de trabalho, enquanto movimento de transformação, parte de uma necessidade inicial, objetivando satisfazê-la no final. O processo de trabalho e as necessidades podem ser interpretados como um ciclo, que contempla objetividades e subjetividades. Na prática de saúde importa reconhecer como o ato do trabalho vivo está sendo realizado, quais tecnologias operatórias vêm sendo utilizadas e o lugar que os usuários/necessidades ocupam na rede de relações (GONÇALVES, 1992; MERHY, 1997a).

### **3.3 O trabalho em saúde do ACS**

Segundo Silva e Dalmaso (2002a), desde a proposição do auxiliar de saúde, no PIASS, em 1976, até a atuação do ACS no Programa de Saúde da Família, embora em graus variados, são identificados dois

---

componentes ou dimensões principais como proposta de atuação: um mais estritamente técnico, relacionado ao atendimento dos indivíduos e das famílias, a intervenção para prevenção de agravos de saúde e para o monitoramento de grupos ou problemas específicos, e outro mais político, que vem permeado pela solidariedade à população e que está relacionado à inserção da saúde no contexto geral de vida, mas também, no sentido de organização da comunidade e de transformação dessas condições.

As mesmas autoras afirmam que o componente político expressa duas expectativas diversas ou complementares: a) a dimensão ético-comunitária do ACS como elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, de discussão dos problemas de saúde com a comunidade e de apoio ao autocuidado; b) a dimensão de transformação social, tendo o ACS como estimulador da organização da comunidade para a cidadania e a inclusão. Outro aspecto observado na prática, mas não relacionado às atribuições dos agentes, é a dimensão da assistência social. Assim, o ACS aparece nos diferentes programas oficiais, como um personagem fruto de uma tentativa de juntar as perspectivas da atenção primária e da saúde comunitária, buscando resolver questões, como o acesso aos serviços, no que lhe corresponde de racionalidade técnica, mas também integrando as dimensões de exclusão e cidadania, ou seja, cabe ao agente o desafio de juntar o pólo técnico ao pólo político das propostas.

Nogueira, Silva e Ramos (2000) identificam no trabalho do agente, a dimensão tecnológica e a dimensão solidária e social, as quais consideram que têm, sempre, potenciais de conflitos. Estas dimensões expressam, possivelmente, os pólos político e técnico do Programa citados acima. Este é um dilema não apenas do agente, mas também dos demais profissionais que atuam no PSF: a dimensão social convivendo com a dimensão técnico-assistencial. Ao incorporar essas duas facetas em suas formulações, o conflito aparece principalmente na dinâmica da prática cotidiana.

---

Silva e Dalmaso (2002a) acreditam que determinados programas dão mais espaço para um ou outro pólo. No dia-a-dia, os agentes são colocados diante de contradições sociais, o que se torna “muito pesado” e acaba levando-o a determinadas opções, segundo as exigências, as recompensas e suas referências.

Segundo Nogueira (2002), existe uma contradição entre a dimensão técnica “universalista” do trabalho do ACS e a dimensão social “comunitarista” que é cultivada pelo próprio Estado e faz parte das diretrizes ditadas pelas políticas de saúde (do PACS, inicialmente, e do PSF, mais recentemente) e também pela propaganda feita pelo governo a esse respeito. A tensão entre dois paradigmas opostos de políticas de Estado acaba recaindo sobre o próprio ACS, quando este tenta cumprir do melhor modo possível seu papel amplamente reconhecido de servir de elo entre o sistema de saúde e a comunidade. Na mesma linha, Silva e Dalmaso (2002a) afirmam que o ACS suporta um “peso” excessivo de tarefas e responsabilidades, cada vez mais ampliadas, trazendo consigo múltiplas e contrapostas expectativas depositadas pelos gestores do SUS, expectativas que não podem ser correspondidas na prática e diante das quais os profissionais de desenvolvimento de recursos humanos também não sabem o que fazer.

São atribuições do ACS: realizar mapeamento e cadastrar as famílias de sua área, identificar indivíduos e famílias expostas a situações de risco, identificar áreas de risco, orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, realizar visita domiciliar e acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade, manter a equipe informada sobre a situação das famílias, desenvolver ações de vigilância à saúde, enfatizando a prevenção e promoção de doenças, promover a mobilização comunitária e identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipe (FAMEMA, 2001).

---

---

A partir da Portaria GM/MS nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, que estabelece as atribuições do ACS, e o Decreto Federal nº 3189, de 04 de outubro de 1999, que fixa diretrizes para o exercício de suas atividades, foi possibilitada uma proposição qualitativa de suas ações, evidenciando um perfil profissional que concentra suas ações na promoção da saúde. Considerando as singularidades e especificidades do trabalho do ACS, foram construídas competências que compõem seu perfil profissional.

O perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde foi delineado a partir dos seguintes pressupostos: (BRASIL, 2004).

- Adequação aos princípios e diretrizes para a política de recursos humanos do SUS, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde como Norma Operacional Básica (NOB-RH/SUS);
  - Proposição que contemple a diversidade de aspectos relacionados à prática profissional do ACS e considere suas especificidades quanto às diferentes unidades de organização do cuidado em saúde, às formas de inserção e organização do trabalho e ao atendimento das demandas individuais, grupais e coletivas;
  - Observância à Lei nº 10.507, de julho de 2002, que cria a profissão de ACS, e ao Decreto nº 3189/99, que fixa diretrizes para o exercício profissional;
  - Valorização da singularidade profissional do ACS como um trabalhador de interface intersetorial no campo da saúde e ação social;
  - Promoção da qualificação profissional mediante processo sistemático de formação vinculado às escolas técnicas, assegurando acesso ao aproveitamento de estudos, itinerário de formação e obtenção de certificado profissional com validade nacional.
-

As competências explicitam capacidades às quais se recorre para realização de determinadas atividades em um determinado contexto técnico-profissional e sócio cultural. A competência profissional incorpora quatro dimensões do saber: saber-conhecer (conhecimentos), saber-fazer (habilidades), saber-ser (atitudes) e saber-conviver (coordenar-se como os outros), conforme anexo A (BRASIL, 2004).

Para Silva e Dalmaso (2002a), no trabalho do agente, ao realizar ações e interações, há uma série de situações para as quais a área da saúde ainda não desenvolveu nem saber sistematizado nem instrumentos adequados de trabalho e gerência, que compreendam desde a abordagem da família, o contato com situações de vida precária que determinam as condições de saúde, até o posicionamento frente às desigualdades sociais e à busca de cidadania.

Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam que uma das áreas menos discutidas na formulação de políticas do SUS é a da formação.

As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde estabelecem que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. Em alguns cursos foi acrescentado “com ênfase no SUS”, em outros “atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS” e, finalmente em outros, que o atendimento deve ser assegurado pela “integralidade da atenção e pela qualidade e humanização do atendimento”.

Apesar das diretrizes curriculares nacionais, observa-se a formação de profissionais da saúde por um modelo pedagógico hegemônico com uma abordagem biologicista, medicalizante, hospitalocêntrica, centrada em conteúdos e procedimentos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em sistemas e aparelhos (FEURWERKER, 2002).

---

A proposta de reorganização do modelo de atenção à saúde, PACS/PSF, espera que a clínica seja centrada no sujeito, em que a escuta se dá de maneira ampliada e a doença olhada sem que a pessoa e seu contexto de vida sejam descartados, conforme discute Campos (2003). A fim de preencher a lacuna que há entre essa forma de cuidar e a formação tradicional dos profissionais da saúde, busca-se no ACS a interlocução que pode traduzir essa dimensão social do trabalho.

As ambigüidades e a polêmica que cercam a figura do ACS continuam e, provavelmente, ainda vão continuar por muito tempo, com um preço que, infelizmente, é pago pelo próprio ACS (NOGUEIRA, 2002).

*Não se pode colocar nas costas do ACS o árduo e complexo papel de ser “ a mola propulsora da consolidação do SUS”. Na prática a consolidação do SUS depende de um conjunto de fatores técnicos, políticos, sociais, e o envolvimento de diferentes atores, incluindo os próprios ACS, que, sem dúvida, têm um papel fundamental...o ACS não é e não deve ser um super herói! Suas atribuições devem ser claramente estabelecidas, como profissional, como parte de uma equipe de saúde. Seu papel deve ser menos “romântico” e mais claro e específico (TOMAZ, 2002).*

### **3.4 O trabalho do ACS na equipe de saúde**

Ao pensar a inserção do ACS no trabalho em saúde e nas propostas de atuação no PACS/PSF, deve-se Ter em mente o desafio que lhes é colocado - o de trabalho em equipe - desafio muito discutido e freqüentemente pouco compreendido pelos profissionais da saúde.

De um modo geral, entende-se o trabalho em equipe na saúde como um conjunto de trabalhadores de um mesmo estabelecimento. Encontram-se, porém, outras definições como a possibilidade de integralidade e articulação de saberes e disciplinas necessários para o atendimento em saúde (FORTUNA, 1999).

Campos (1997) reafirma que o trabalho em equipe se torna um pressuposto para a integralidade das ações em saúde.

Após as mudanças do sistema de saúde no Brasil, com a implementação do SUS e, posteriormente, do PSF, tornou-se necessária a formação de recursos humanos capazes de atender as novas demandas geradas pelo sistema, centradas nas necessidades dos usuários e influenciadas pelas mudanças sociais. Para tanto, essa formação deveria responder às diretrizes de saúde vigentes com “atenção integral à saúde e o trabalho em equipe” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Fortuna (1999) considera o trabalho em equipe em saúde como *“uma inter-relação de pessoas com seus conhecimentos, sentimentos, expectativas e fantasias em interjogo para satisfação de necessidades tanto dos usuários como dos trabalhadores, que ocorrem de formas distintas nos diferentes momentos da história e que está em permanente intercâmbio.”*

Pedrosa e Teles (2001); Peduzzi (2001); Silva et al. (2002) Ceccim (2004); Ceccim e Feuerwerker (2004); ressaltam a importância da constituição da equipe de saúde para responder às demandas do sistema, mas destacam também as dificuldades enfrentadas na implementação dessas equipes. A principal dificuldade relatada está nas relações estabelecidas no cotidiano entre os profissionais, a partir das quais são despertadas duas problemáticas: a da perda da identidade profissional e a da perda do poder de autonomia.

Campos (1997) e Bonet (2005) concordam ao afirmar que o problema das equipes está no paradoxo entre a autonomia disciplinar e o controle pelas instituições.

Outra questão-chave na estruturação e organização das equipes de saúde está relacionada com a dificuldade de comunicação entre os profissionais que compõem a equipe, que é resultante do processo de formação da ciência na modernidade (BONET, 2005).

---



---

Campos (1997) argumenta que há dois modelos polares para se explicar a organização do trabalho em equipe: no primeiro, em contextos mais tradicionais, observa-se uma agregação vertical de profissões ou de grupos homogêneos de especialistas, tendo como característica o desentrosamento entre as categorias profissionais; o trabalho tende a se burocratizar e com o tempo gera conflitos; o segundo caracteriza-se por experiências mais horizontais das relações, com distribuição homogênea de poder e das responsabilidades, gerando resistência pela perda da identidade profissional.

Peduzzi (2001) traz duas noções que traduzem a idéia de organização da equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos. Na primeira, a estruturação se caracteriza pela justaposição e agrupamento dos agentes e, na segunda, pela articulação das ações e interação dos agentes. Saliencia que em *ambas* “*estão presentes tensões entre as diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica, bem como entre as concepções quanto à independência dos trabalhos especializados ou a sua complementaridade objetiva.*”

Para Ceccim (2004), o projeto terapêutico da integralidade e da resolutividade é muito mais complexo do que o recorte e circunscrição de uma profissão isolada.

É possível estabelecer equipes multiprofissionais de saúde, escolhendo a defesa da vida como traço distintivo de serviços de saúde (Campos, 1997) e de acordo com Peduzzi (2001), estabelecendo-se um agir-comunicativo, que pressupõe não somente compartilhar fundamentos técnicos, mas um horizonte ético.

*Quando percebemos que estávamos torturando a realidade, que nossos problemas tinham ramificações que iam além de um saber de uma profissão, surgiu a necessidade do trabalho em equipe; e quando começamos a ver que determinadas características de nossos problemas só podiam ser tratadas nas redes de relações, surgiu a necessidade de uma perspectiva integral (BONET, 2005).*

---



#### *4. Processo Metodológico*

#### 4.1 Fundamentos metodológicos

Este é um estudo quanti-qualitativo cujo objeto é o trabalho do ACS no município de Marília/SP.

Num primeiro momento, por meio de um estudo descritivo e com abordagem quantitativa, caracteriza-se o perfil do ACS. No segundo momento, com uma pesquisa qualitativa, é possível analisar a percepção e compreensão dos sujeitos da pesquisa em relação às dificuldades, facilidades e motivação para o seu trabalho, bem como sua relevância para o Sistema de Saúde.

De acordo com Minayo (1999), ao se contemplar o aspecto qualitativo do objeto, considera-se como *“sujeito de estudo: gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados”*, estando este objeto em constante transformação. Desta forma a utilização da abordagem qualitativa justifica-se pela intenção de considerar o ACS no seu contexto de trabalho, por meio do qual foi possível compreender seus significados, valores, atitudes e opiniões.

#### 4.2 Cenário da investigação

Marília é uma cidade de médio porte com 197.342 habitantes, segundo o último censo (IBGE, 2000), com uma área territorial de 1170 Km<sup>2</sup>, situada no centro oeste do estado de São Paulo, a uma distância de 455 Km da capital, por rodovia asfaltada.

A cidade surgiu em decorrência da expansão da cultura do café no estado de São Paulo. Com o prolongamento da malha ferroviária pela Companhia Paulista de Estradas de Ferro, às margens da ferrovia, entre 1923 e 1926, formaram-se os patrimônios “Alto Cafezal” e “Vila Barbosa”. Em 1926, foi criado o distrito de paz de Marília, elevado à

---

condição de município, em 1929, nome recomendado pelo Deputado Bento de Abreu Sampaio Vidal, em homenagem à personagem feminina do livro “Marília de Dirceu”, de Thomaz Antônio Gonzaga (SOUTO, 2003).

A grande maioria dos cursos d’água recebe esgotos por emissários diretos, sem nenhum tratamento. São coletadas 192 toneladas de lixo por dia (domiciliar e hospitalar). O abastecimento de água é realizado por uma autarquia municipal, o Departamento de Água e Esgoto de Marília (DAEM), sendo que 99% dos domicílios estão ligados à rede de abastecimento e 97% estão ligados à rede coletora de esgoto. A coleta pública de lixo atende 98% das residências (MARÍLIA, 2004).

No ano de 2004, a rede municipal de educação possuía 27 Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEI), 18 Escolas de Ensino Fundamental (EMEF) e 04 Berçários. A rede estadual contava com 33 Unidades de Ensino (fundamental e médio), duas Unidades de Educação Supletiva e uma Unidade de Supletivo Profissionalizante. A rede particular contava com 32 Unidades de Ensino (infantil, fundamental e médio) e duas Unidades de Educação Especial. A taxa de analfabetismo em 2000 foi de 6,65% (MARÍLIA, 2004).

No ensino superior, Marília conta com três Universidades, uma Faculdade de Teologia e uma Autarquia Estadual de Ensino Superior, com cursos de Medicina e Enfermagem. Destaca-se na formação de recursos humanos para a área da saúde. A presença de estudantes na cidade tem importância para a economia local, pois incrementa a oferta de serviços, especialmente no mercado imobiliário (MARÍLIA, 2004).

Na área da assistência social, o município conta com programas voltados à população de rua, crianças e adolescentes (Casa do Pequeno Cidadão), aos idosos (Centro do Idoso) e às mulheres vítimas de violência (Casa Abrigo) (MARÍLIA, 2004).

---

O município é considerado pólo nacional na área alimentícia, em virtude do grande número de indústrias produtoras de balas, doces e biscoitos, participando em torno de 12% da produção nacional deste gênero (MARÍLIA, 2004).

Marília vem apresentando estabilidade nos principais indicadores de saúde, conforme descrição no quadro abaixo.

**Quadro 1** - Evolução dos principais indicadores de saúde 2000 a 2004, Marília/SP.

Indicadores	2000	2001	2002	2003	2004
Coef. de mortalidade infantil (por 1000 n.v.)	17,65	13,10	11,89	14,34	16,34
Taxa de natalidade (por 1000 hab.)	16,38	13,98	13,94	13,72	12,98
Coef. de natimortalidade (por 1000 n.v.)	4,01	7,73	7,98	3,14	4,34
Coef. de mortalidade geral (por 1000 hab.)	6,1	6,3	5,7	6,2	6,2

Fonte: Relatório de Gestão 2004 – SMHS/Marília

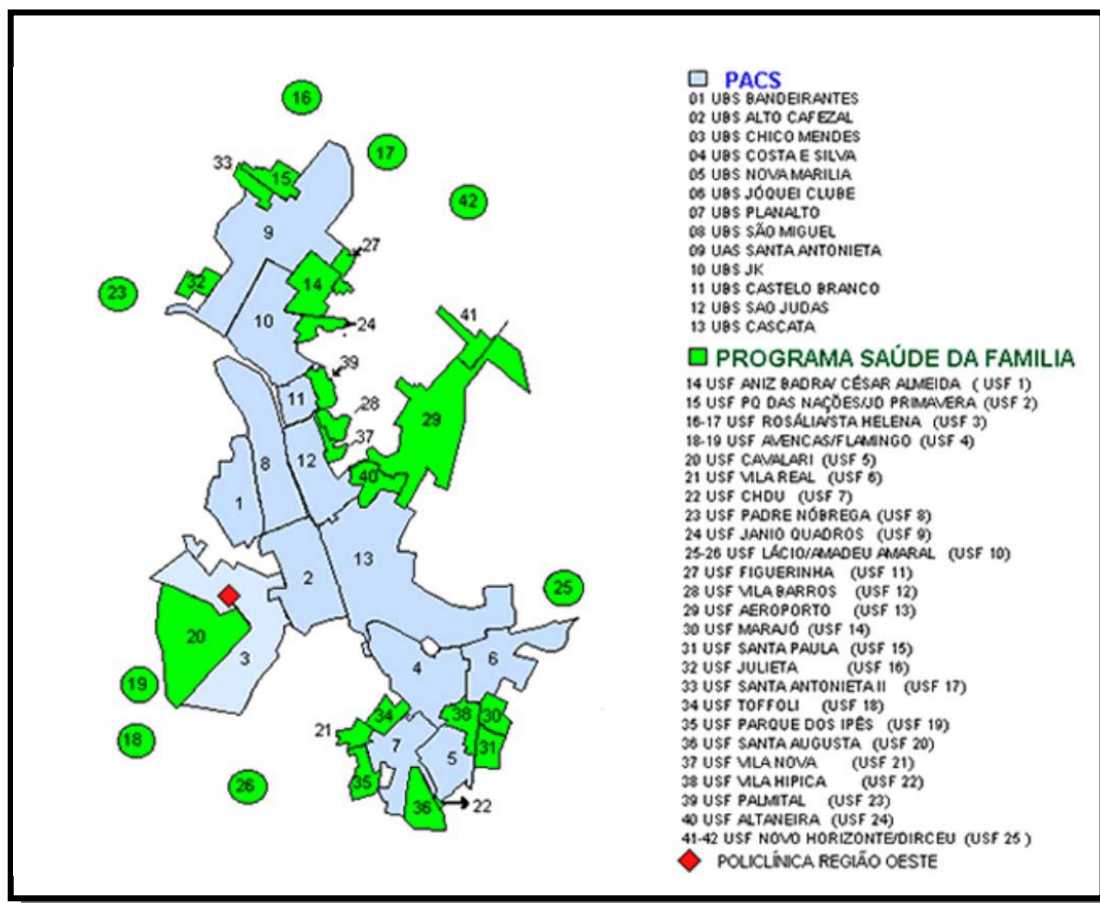
De acordo com documentos de gestão da SMHS (Marília, 2002), o modelo de atenção à saúde vem sendo reorientado no sentido de uma transformação progressiva para o modelo de Saúde da Família, norteada pelos princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade e acessibilidade, garantidos por ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Preocupa-se ainda com atendimentos eficientes, humanizados e ágeis, capazes de resolver o problema do usuário, utilizando tecnologia apropriada, compatível com o conhecimento científico atual e as características da atenção básica. O modelo de atenção da SMHS apresenta integração com os níveis secundário e terciário, bem como democratização da gestão (controle social) e lógica coletiva sobre o enfoque individual. Introduz um novo modelo tecnológico de trabalho em saúde, fundamentado na lógica epidemiológica e no enfoque de risco à saúde, ao acolhimento, à

responsabilização e consciência sanitária, em que a saúde e a vida são vistas como patrimônio público, respeitadas enquanto direito de cidadania.

As UBS e as USF constituem, em suas áreas de abrangência, a porta de entrada do sistema de saúde. Cada uma das unidades de saúde é responsável pelo enfrentamento de riscos e agravos à saúde que ocorram em sua área (Figura 1). Estas têm como tarefa identificar os problemas de saúde mais relevantes, grupos ou indivíduos mais suscetíveis ao risco de adoecer ou morrer, podendo assim planejar e realizar ações mais adequadas para seu enfrentamento. São de responsabilidade das unidades de saúde ações de articulação intersetorial (MARÍLIA, 2002).

A rede municipal de saúde de Marília é constituída por:

- 13 Unidades Básicas de Saúde, com 100% PACS.
  - 25 Unidades de Saúde da Família.
  - 03 Serviços de Pronto Atendimento.
  - 01 Policlínica.
  - 01 Banco de Leite Humano.
  - 01 Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar (PROIID).
  - 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.
  - 02 Unidades de Prevenção e Educação em Saúde (UPES).
  - 01 Unidade Central de Assistência Farmacêutica (UCAF).
  - 01 Núcleo de Vigilância à Saúde
  - 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).
  - 01 Centro de Treinamento em Vigilância à Saúde.
  - 01 Serviço de Fisioterapia
-



Fonte: Relatório de Gestão 2003 – SMHS/Marília

**Figura 1** - Distribuição das unidades de Atenção Básica de Saúde, Marília/SP, 2003.

O ACS atua em todas as UBS e USF do município, atingindo, no ano de 2004, cobertura de 91,2% da população local, de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

### 4.3 Sujeitos da investigação

Para a caracterização do perfil dos ACS foi incluída a totalidade dos agentes das UBS e USF do município de Marília, ou seja, 339.

---

Para a coleta de dados referentes às dificuldades e facilidades em relação ao trabalho do ACS, foram realizadas entrevistas e a escolha dos entrevistados obedeceu a critérios subsidiados pelo perfil identificado na primeira fase da pesquisa.

A pesquisa qualitativa não se preocupa com generalizações, não sendo utilizado o critério de representatividade numérica para testar conceitos teóricos.

Segundo Minayo (1999):

*o estudo qualitativo preocupa-se com o aprofundamento e abrangência da compreensão, recorrendo-se para isso a um critério de amostragem que possa refletir as múltiplas dimensões da totalidade(...) o número considerado suficiente é o que permite uma certa reincidência das informações, porém não são desprezadas as informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta.*

Sendo assim, delimitou-se uma amostra intencional de acordo com os seguintes critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa:

- ACS pertencentes tanto das UBS quanto das USF
- De ambos os sexos
- Das diferentes faixas etárias
- Dos diferentes níveis de escolaridade
- Com diferentes tempos de trabalho como ACS

Deste modo, foram entrevistados 16 ACS, os quais foram identificados com a letra “E” (de 1 a 16); foram ainda identificados segundo unidade de atuação, (USF ou UBS) com a intenção de se analisar diferenças e semelhanças do trabalho dos ACS nos dois modelos de atenção à saúde. O perfil do ACS entrevistado está descrito no Quadro 2.

---



**Quadro 2 – Perfil dos ACS entrevistados, Marília/SP, 2004**

ACS	Unidade	Sexo	Idade (anos)	Escolaridade	Tempo de trabalho como ACS (meses)
E1	UBS p	F	52	Ensino médio completo	14
E2	USF p	M	52	Ensino médio completo	50
E3	USF p	F	42	Superior completo	58
E4	UBS p	F	23	Cursando mestrado	23
E5	UBS p	F	45	Fundamental completo	3
E6	USF i	F	23	Ensino médio completo	10
E7	UBS c	M	27	Ensino médio completo	30
E8	UBS p	F	35	Ensino médio incompleto	21
E9	UBS c	F	42	Ensino médio completo	30
E10	USF i	F	25	Fundamental completo	27
E11	USF i	M	48	Ensino médio completo	24
E12	UBS p	F	38	Superior incompleto	44
E13	USF p	F	33	Superior completo	36
E14	USF r	M	30	Cursando superior	72
E15	USF p	F	36	Ensino médio completo	46
E16	UBS p	F	42	Ensino médio completo	12

Unidade: p = periférica; i = intermediária; c = central; r = rural

#### 4.4 Coleta de Dados

Para Triviños (1997), na fase de coleta dados, devem-se utilizar técnicas que atinjam a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco ou objeto em estudo. Segundo o autor, qualquer técnica de levantamento dos dados adquire seu valor mediante apoio do referencial teórico e metodológico.

A coleta de dados foi realizada em dois momentos. No primeiro momento, para traçar o perfil dos ACS foi entregue um questionário de perguntas fechadas e abertas a todos ACS, tendo sido respondidos 303 deles. Todos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B), com liberdade nas respostas, inclusive em não respondê-las, sendo garantido o sigilo das informações.

No segundo momento foi utilizada a entrevista como técnica de coleta de dados, considerando, que para Minayo (1999), a fala é reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos, trazendo a magia de transmitir as representações de grupos determinados, por um porta-voz, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. Esse conjunto torna a entrevista um instrumento privilegiado de coleta de dados em ciências sociais.

A entrevista foi orientada por um roteiro previamente formulado com questões norteadoras (Anexo C), com a intenção de se estabelecer um diálogo entre sujeito e entrevistadora, para que as respostas pudessem alcançar e retratar com a máxima fidelidade o objeto da pesquisa. As questões do roteiro foram formuladas baseadas na prática da pesquisadora no trabalho com os ACS e no referencial teórico-metodológico proposto para o estudo.

Para participar da pesquisa, o entrevistado assinou um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo D) e teve liberdade nas respostas às perguntas, inclusive em não respondê-las. Foram garantidos o sigilo das informações e o direito a desistir em qualquer momento da pesquisa, bem como esclarecida a necessidade da gravação e autorização prévia da mesma.

Para validação do roteiro foi realizada uma entrevista piloto com uma ACS de uma UBS.

---

As entrevistas com os ACS foram agendadas previamente, com a preocupação de que não houvesse prejuízo do trabalho e da assistência ao usuário. As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra, para possibilitar a análise do conteúdo.

O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96 (Anexo E). Foi solicitada autorização para a realização das entrevistas à Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília, por meio do Comitê de Ética em Pesquisa da mesma (Anexo F).

#### **4.5 Análise dos Dados**

Segundo Minayo (1999), a análise dos dados possui três finalidades: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, responder às questões formuladas ou aos pressupostos da pesquisa e ampliar o conhecimento sobre o tema em estudo, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte.

##### **4.5.1 Análise dos dados obtidos nos questionários**

Os dados obtidos nos questionários (Anexo B) foram processados no programa Epi info 6 (DEAN AG et al., 1994) e abordados de forma descritiva, por meio de uma análise univariada, com intenção de caracterizar o perfil do ACS. Para Medronho (2002), análise univariada é aquela em que apenas uma variável é objeto de atenção. Desta forma os dados serão apresentados em números absolutos e frequências simples.

---

#### 4.5.2 Análise dos dados obtidos na entrevista

A abordagem dos dados obtidos pelas entrevistas foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (1977). Segundo esta autora, a análise do conteúdo é *“uma técnica de investigação, que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações.”*

Para Triviños (1987), a técnica de análise do conteúdo *“se presta para o desvendar das ideologias que podem existir nas disposições legais, princípios, diretrizes, etc., que, à simples vista, não se apresentam com a devida clareza.”*

A análise do conteúdo seguiu os passos descritos por Bardin (1977): 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

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

Na **fase de exploração**, o material foi submetido a um estudo aprofundado, orientado pelos objetivos e referencial teórico, foram desmembradas as unidades de registro, ou seja, houve uma codificação que corresponde à transformação dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte do texto, classificação e agregação, possibilita atingir uma representação do conteúdo para posterior categorização.

---

A codificação foi feita por frases, em cada uma das entrevistas. Cada frase representou uma unidade de registro, ou seja, uma unidade de sentido a exprimir um pensamento. Assim surgiram indicadores que possibilitaram uma classificação por categorias empírica propostas por Minayo (1999), ou seja, aquelas construídas no decorrer da análise. Desta forma as categorias formuladas neste estudo foram:

- a) ser ACS: a motivação
- b) ser ACS: o significado
- c) ações desenvolvidas pelo ACS
- d) trabalho com as famílias: as facilidades
- e) trabalho com as famílias: as dificuldades
- f) a equipe: facilidades no trabalho
- g) a equipe: dificuldades no trabalho
- h) expectativas

Na **fase de tratamento** dos resultados foram estabelecidas relações e deduções subsidiadas pela reflexão e pela fundamentação teórica, as quais permitiram obter os resultados e considerações sobre o estudo.

---



## *5. Resultados e Discussão*

## 5.1 Perfil do ACS do município de Marília/SP

Em novembro de 2004, havia 339 ACS cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município e, desses 303 (89,4%) responderam ao questionário deste estudo. Os motivos de não responderem ao questionário foram 05 (1,5%) férias, 02 (0,6%) licença maternidade, 04 (1,2%) licença médica, 02 (0,6%) recusa verbalizada e 23 (6,7%) não devolveram o questionário.

Observamos que 180 ACS (59,4%) trabalham em UBS e 119 (39,3%), em USF, 04 (1,3%) não responderam.

### 5.1.1 Caracterização segundo sexo e idade

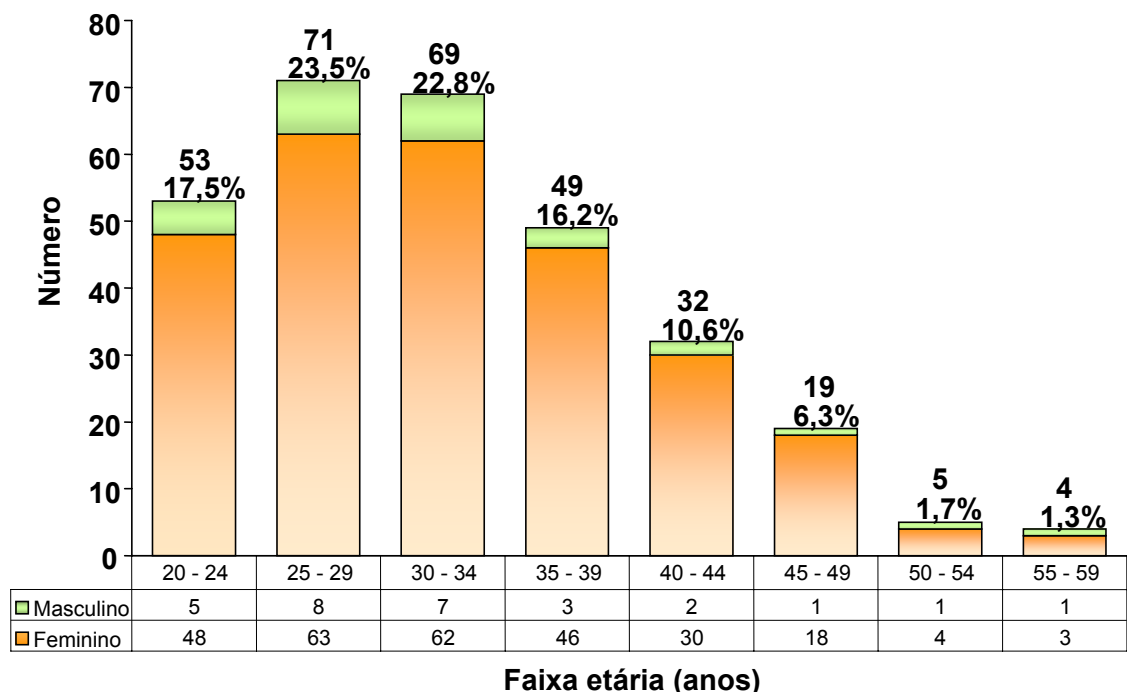
O quadro de ACS do município de Marília é formado predominantemente por mulheres, sendo estas 275 (90,8%) e os demais 28 (9,8%) homens, sendo estes distribuídos por todas as faixas etárias (ver figura 2).

Em 2003, Torres e Lopes mostraram que, de acordo com o SIAB, no Brasil existiam 176,8 mil ACS, sendo a grande maioria do sexo feminino, 140,6 mil (79,5%) e 32,1 mil homens (18,2%) e os demais sem informação.

Estudo realizado por Santos (2005) mostra que no município de São Bernardo do Campo, grande São Paulo, a distribuição por sexo foi semelhante à encontrada no município de Marília, sendo 220 (91,3%) do sexo feminino e (8,7%) do masculino.

No município de Porto Alegre/RS os resultados também são semelhantes, no ano de 2000, 101 (88,6%) dos ACS eram do sexo feminino e 13 (11,4%) do sexo masculino (FERRAZ; AERTS, 2004)

A idade variou de 20 a 59 anos, sendo a faixa etária predominante de jovens, com idade média de 32,5 anos, distribuídos nas seguintes faixas etárias: 53 (17,5%) entre 20 a 24 anos; 71 (23,5%) de 25 a 29; 69 (22,8%) de 30 a 34; 49 (16,2%) de 35 a 39; 32 (10,6%) de 40 a 44; 19 (6,3%) de 45 a 49; 5 (1,7%) entre 50 e 54 e 4 (1,3%) de 55 a 59 anos (ver Figura 2).



**Figura 2** – ACS distribuídos segundo faixas etárias e sexo, Marília/SP, 2004

A idade média do ACS do município de Marília, aproxima-se da encontrada por Santos (2005) em São Bernardo do campo, que foi de 33,5 anos.

Em estudos anteriores, Torres e Lopes (2003) observam que, de acordo com dados do DAB/SIAB/MS – 2003, 57% do ACS do Brasil encontram-se na faixa de 19 a 34 anos de idade, resultados semelhantes aos encontrados no município de Marília.

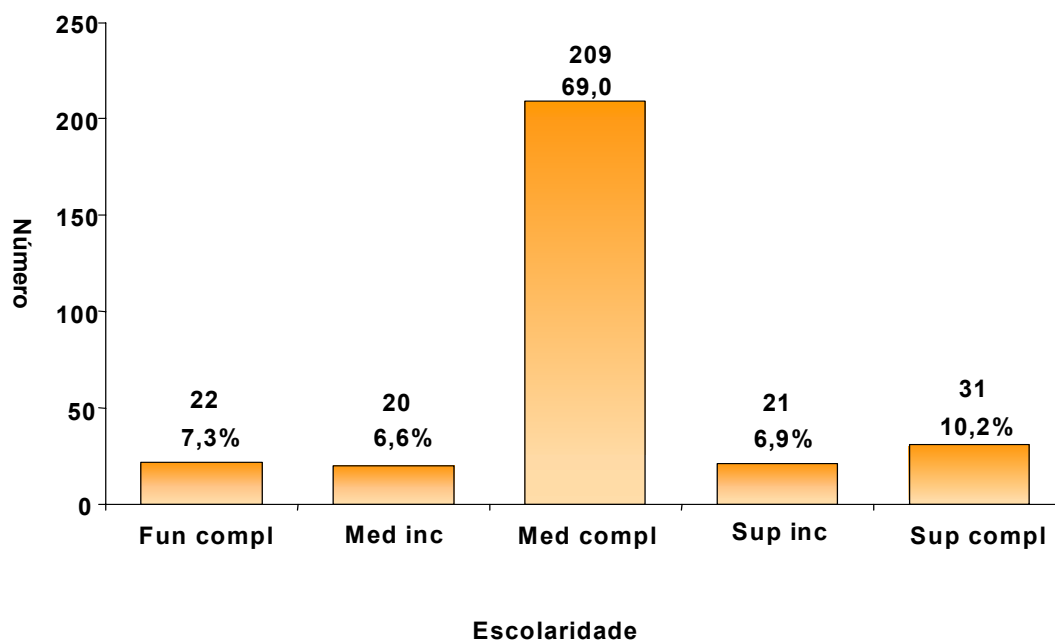


Ferraz e Aerts (2004), em estudo realizado em Porto Alegre, também encontraram pessoas jovens trabalhando como ACS, sendo na faixa etária de 19 a 29 anos 26 (22,8%); 38 (33,8%) de 30 a 39; 43 (37,7%) de 40 a 49; 6 (5,3%) de 50 a 59 e 01 (0,9%) maior ou igual a 60 anos.

### 5.1.2 Caracterização segundo a escolaridade

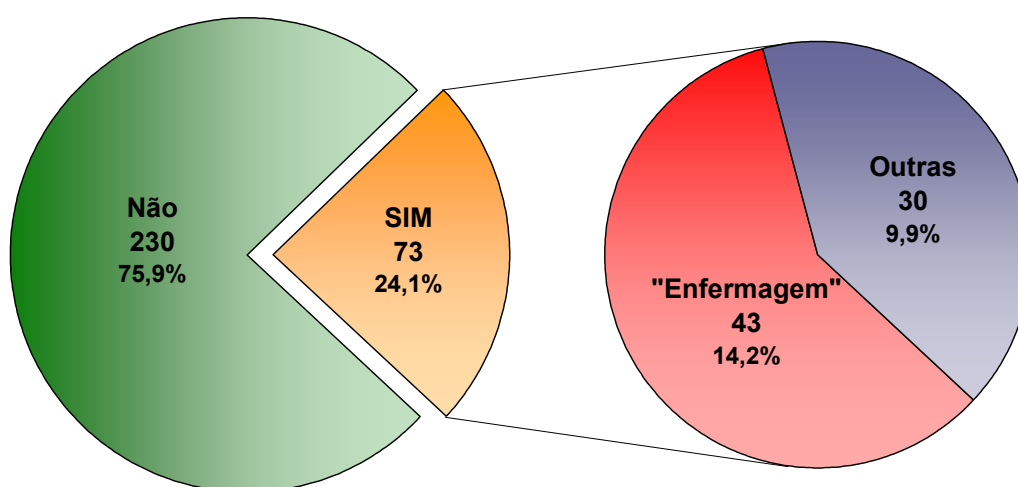
Neste estudo, observa-se que 209 ACS (69,0%) concluíram o ensino médio e 20 (6,6%) possuem o ensino médio incompleto; 31 (10,2%) concluíram o ensino superior e 21(6,9%) possuem o ensino superior incompleto; 22 (7,3%) possuem o ensino fundamental. Ou seja, 261 ACS (86,1%) têm, pelo menos, o ensino médio concluído (vide Figura 3). Em Marília, a minoria dos ACS possui apenas o ensino fundamental, situação diferente da do Brasil, onde 24,3% não terminaram o ensino fundamental e 18,2% possuem o ensino fundamental completo. A escolaridade do ACS em âmbito nacional relatada por Torres e Lopes (2003), de acordo com o DAB/SIAB/MS-2003, é de que 40,7% dos ACS possuem o ensino médio completo, 1,6% possuem o ensino superior incompleto e 0,6% concluíram o ensino superior, valores bem inferiores aos encontrados no município de Marília. No início da implantação do PACS o Ministério da Saúde não exigia grau de escolaridade para exercer a função de agente, apenas saber ler e escrever. Com a criação da profissão de agente comunitário de saúde, pela Lei 10.507, de 12 de julho de 2002, um dos requisitos para o exercício da profissão passou a ser o ensino fundamental. No município de Marília, desde o início do PACS/PSF, a escolaridade mínima exigida foi o ensino fundamental completo.

Em pesquisa realizada na cidade de São Bernardo do Campo por Santos (2005), 171 (71%) possuíam o ensino médio completo, valor bem próximo ao encontrado em Marília. Porém o número de ACS com ensino superior completo em Marília, 31 (10,2%), é bem maior que o encontrado naquele município, 08 (3,3%), possivelmente pela falta de oportunidade de emprego na área de formação.



**Figura 3** - ACS distribuídos segundo a escolaridade, Marília/SP, 2004

Da totalidade dos ACS, 73 (24,1%) estudam atualmente e, destes, 43 (14,2%) na área da enfermagem (auxiliar, técnico ou superior); 30 (9,9%) estudam em outras áreas (administração de empresas, ciências sociais, direito, educação física, idiomas, mestrado, pedagogia, serviço social, supletivo e técnico de informática), conforme apresentado na Figura 4.



**Figura 4** - ACS distribuídos segundo condição atual de estudo, Marília/SP, 2004.

### 5.1.3 Formação profissional

Os ACS do município de Marília possuem formação profissional nas seguintes áreas: 49 (16,2%) na saúde, 43 (14,3%) na educação, 32 (10,6%) em administração, 11 (3,6%) em informática, 34 (11,2%) em outras áreas e alguns com múltiplas formações (tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição dos ACS de acordo com formação profissional, Marília/SP, 2004.

Área	Número	Frequência (%)	Formação profissional
Saúde	49	16,2	Auxiliar de enfermagem; enfermagem; serviço social; Instrumentação cirúrgica; Auxiliar de consultório dentário.
Educação	43	14,3	Educador alimentar; magistério; pedagogia; educação física; ciências sociais.
Administração	32	10,6	Técnico de contabilidade; ciências contábeis; administração de empresas; telefonista; departamento pessoal; auxiliar de escrita; secretariado.
Informática	11	3,6	Informática; computação; técnico em processamento de dados
Outros	34	11,2	Técnico agrícola/agropecuária; comunicação social/jornalismo; publicidade; costureira/ mecânica; cabeleireira/ manicuro; fotografia; pedreiro/ azulejista; motorista; vigilante.

\* Fonte: Questionários

\*\* Ocorreram respostas múltiplas: agentes com mais de uma formação profissional.

#### **5.1.4 Atuação prévia como ACS**

A maioria dos ACS do município de Marília, 273 (90,1%), não atuou anteriormente na função; 30 (9,9%) têm atuação anterior e destes 20 (6,6%) em outras unidades de saúde de Marília e 10 (3,3%) em outros municípios.

#### **5.1.5 Participação em trabalhos comunitários**

A maioria dos ACS, 205 (78,8%), não desenvolvia trabalho comunitário prévio, 43 (14,2%) desenvolviam trabalho predominantemente de caráter religioso, 14 (4,6%) trabalho assistencial, 14 (4,6%) em escola, 14 (4,6%) em saúde, 13 (4,3%) em associação de moradores e 9 (3,0%) em outro tipo de trabalho comunitário, podendo ocorrer múltiplas respostas.

Santos (2005) encontra resultado diferente no município de São Bernardo do Campo, onde a maioria participa de atividades comunitárias, sendo 42,7% em grupos religiosos, a mesma atividade comunitária predominante entre os que desenvolvem este tipo de ação em Marília.

É importante ressaltar que o trabalho comunitário anterior não é um requisito para o exercício da profissão de agente, porém, no município de Marília, é um aspecto considerado na entrevista de seleção.

#### **5.1.6 Tempo de atuação como ACS na unidade**

Observa-se que o tempo de atuação na Unidade, como agente comunitário, variou de 01 a 72 meses com uma média de 27 meses, tempo semelhante à média de tempo de existência das USF e de implantação do PACS no município, denotando estabilidade do quadro de ACS.

---

### **5.1.7 Tempo de moradia no bairro**

O tempo de moradia no bairro teve uma variação de 01 a 43 anos, com média de 13,8 anos, distribuídos segundo se observa na Figura 5. O Ministério da Saúde não descreve qual deve ser o tempo mínimo de moradia no bairro em que atua, porém, em Marília, esse tempo mínimo de moradia no bairro deve ser de 01 ano para a participação do processo seletivo. Consideramos que a qualidade do vínculo do agente com a comunidade não está condicionada a seu tempo de moradia no bairro, mas em grande parte a suas características pessoais e seu compromisso com o trabalho.

De acordo com estudo realizado em Porto Alegre, em 2004, por Ferraz & Aerts, no ano de 2000, 26 (22,8%) dos ACS residiam no bairro de 4 a 9 anos, 44 (38,6%) de 10 a 19 anos, 28 (24,6%) de 20 a 29 anos, 11 (9,6%) de 30 a 39 anos e 5 (4,4%) moravam no bairro há 40 anos ou mais.

A média de tempo de moradia no bairro encontrada por Santos (2005), em São Bernardo do Campo, assemelha-se à de Marília, ou seja, 15,6 anos.

---

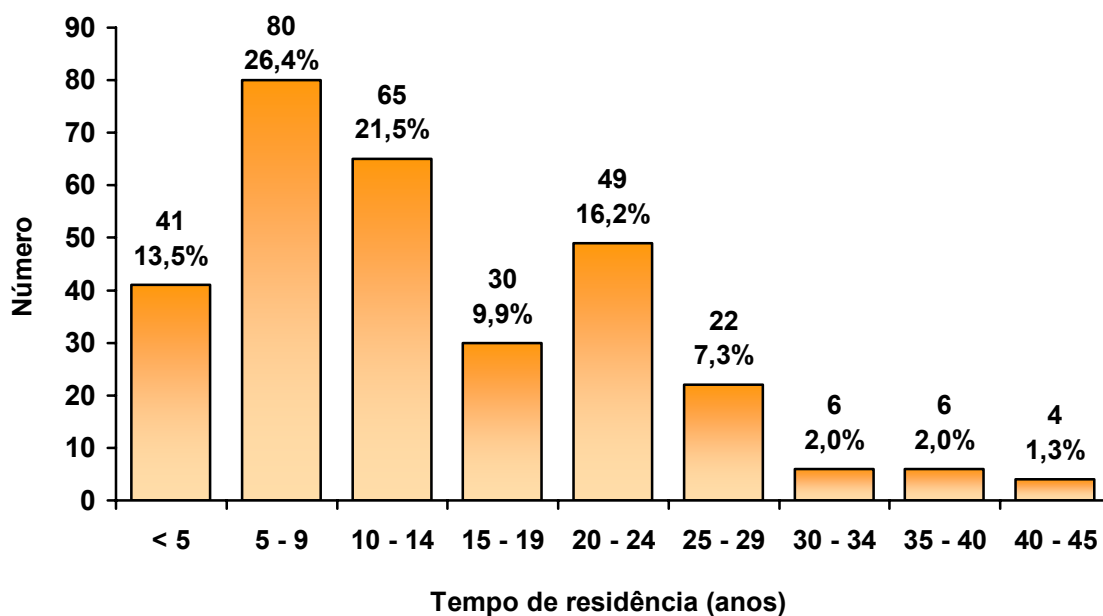


Figura 5 - ACS segundo tempo de moradia no bairro, Marília/SP, 2004.

## 5.2 Ser ACS: a motivação

De acordo com o IBGE, no ano de 2002, a taxa de desemprego no Brasil era de 7,1%. Esse dado pode ser importante, visto que o principal motivo de os sujeitos em foco trabalharem nessa atividade é a falta de oportunidade de trabalho (desemprego, falta de opção), levando-os a buscá-la, mesmo sem conhecimento sobre quais seriam suas atribuições e como seria o trabalho de ACS

*“...eu estava desempregado e fazia assim bicos como segurança,... e apareceu a vaga de agente comunitário, foi isso a razão de eu ter prestado o concurso de agente comunitário, porque eu conhecia pouco do trabalho e a razão mesmo é que eu estava desempregado e abri-se esse campo para mim.” (E7/UBS)*

*“... no momento o que me levou a ser agente de saúde comunitário era que eu estava desempregada.” (E3/USF)*

*“... eu estava desempregada, e fiz a inscrição, fiz o concurso, mas eu já trabalhei no Hospital de Clínicas com pacientes e tudo. Então você sabe mais ou menos as necessidades da população de trabalho.” (E12/UBS)*

*“...em primeiro lugar eu acho que é a necessidade. Eu fiquei sabendo da prova, aí eu fui e fiz a inscrição, estava passando por dificuldades e não apostava em nada, e eu acreditava que tudo era encaixado, entra quem eles querem...” (E8/UBS)*

*“... nunca me passou pela cabeça ser um agente comunitário, eu nem sabia que existia isso... e como eu estava desempregado ... entrei como agente comunitário.” (E2/USF)*

*“... eu saí justamente aquele dia para procurar emprego e justamente uma colega minha falou que estava tendo esse concurso ... e do restante eu nem sabia o que era ser agente comunitário porque era novo pelo menos aqui no nosso bairro...” (15/USF)*

Além da falta de oportunidade, trabalhar como ACS surge como uma possibilidade de mudança de emprego, de busca por outra área de atuação, ou procura do crescimento profissional, mesmo não tendo conhecimento das atividades que desenvolveria.

*“... no começo foi a falta de emprego mesmo. Eu trabalhava como empregada e não tenho muito estudo, e tinha feito só até a 8ª série e aí eu, quando eu vi o posto, a gente vê e fala - quero trabalhar no posto. E aí fui atrás e entrei, mas foi mais por precisão, por falta de outras oportunidades. Aí consegui e graças a Deus.” (E9/UBS).*

*“Necessidade de trabalhar ... quando eu prestei o concurso eu ainda estava trabalhando, mas eu já tinha a intenção de sair. Então eu resolvi prestar a prova e depois, bom, a verdade é que eu queria mudar de área, aí eu tentei, prestei, passei...” (E4/UBS)*

*“...não tinha uma noção do que era mesmo, então foi uma opção para mim tentar ver como que era mesmo, ver se eu ia me adaptar, que no começo tudo é difícil, a minha linha era outra mesmo porque eu fiz magistério e não tinha nada a ver com isso aqui,... e eu estava trabalhando no comércio, em uma lanchonete, onde eu entrava cedo e saía à noite, era mais corrido, mas a gente procura sempre melhorar profissionalmente e interior mesmo e vai buscar.” (E6/USF)*

Aliada à necessidade de trabalho, alguns ACS identificam sua vocação nas atividades que desenvolvem, como a facilidade de trabalhar com famílias/pessoas, o sonho de trabalhar na área da saúde, o lado humano de ouvir e ajudar o outro, o trabalho social e a possibilidade do trabalho em equipe levando à identificação com o trabalho de ACS.

---

*“Bom é claro que necessidade de trabalho é um dos primeiros fatores, mas o agente comunitário, na minha visão de vida, eu sempre gostei de trabalho social e trabalho em equipe isso já veio comigo, e como isso veio a calhar que é um trabalho que tem essas duas características daí eu ter me identificado e gostado como eu trabalho porque gosto hoje, é nesse sentido que é um trabalho que tanto envolve o meio social como envolve o trabalho em equipe e também é um prazer muito grande.” (E11/USF)*

*“... eu gosto muito de ajudar as pessoas, sabe, assim não materialmente porque eu não tenho condições, mas assim quando uma pessoa está com problema eu gosto de estar ajudando assim dentro do possível conversando e existe muita gente que gosta de conversar comigo, que eu sou bem pacífica, bem tranqüila e então eu sei me envolver eu gosto muito de ouvir primeiro e aí depois o que eu acho, minha opinião, eu passo para a pessoa. Depois que eu comecei a trabalhar, eu acho o trabalho muito bom, eu gosto muito de sair lá fora. Conversar com as pessoas é bem gratificante.” (E5/UBS)*

*“A minha necessidade de trabalho mesmo, em relação à situação financeira em casa ... e junto com isso esse lado humanitário que eu tenho comigo de fazer o bem para as pessoas, né?. Então juntou o útil ao agradável, porque pra mim é muito agradável trabalhar com as pessoas e ajudar as pessoas.” (E16/UBS)*

*“...eu estava desempregada na época e surgiu essa vaga de agente lá na UBS [nome] e como eu sempre trabalhei com pessoas, com gente (eu sempre fiz departamento pessoal) eu achei que poderia ser uma oportunidade boa também de trabalho.” (E13/USF)*

*“...meu sonho desde criança sempre foi de trabalhar na área da saúde. Eu vivia falando para minha mãe que um dia eu quero ser médica ou enfermeira, mas assim, desde criança mesmo alimentando um dia apareceu a vaga aqui...e fiz a prova confiante, fiz a entrevista... na Secretaria..., eu acho assim era um sonho mesmo,... faz dois anos e seis meses que eu estou como agente comunitário gosto do que eu estou fazendo e minha intenção é sempre me aperfeiçoar mais, mas sempre trabalhar dentro da área da saúde mesmo.” (E10/USF)*

*“...e aí saiu o concurso de agente comunitário. Eu peguei e fiz para não ficar parada e era uma prioridade minha, né?, Ah, está aqui perto de casa e depois como eu estava acostumada a mexer com famílias na escola, para mim vai ser uma boa, né?, aí eu entrei gostei e me adaptei bem, graças a Deus.” (E1/UBS).*

---



Observa-se que a motivação para o trabalho de ACS confirma a existente em outros municípios, conforme os estudos de Santos (2005) e Silva (2001), respectivamente de São Bernardo e São Paulo, nos quais a oportunidade de emprego se torna o principal motivo para ser ACS.

### 5.3 Ser agente comunitário de saúde: o significado

O ACS entende-se como interlocutor entre a unidade de saúde e a comunidade. Essa ligação ocorre pela aproximação da unidade e vínculo com a situação real da comunidade, possibilitando o acesso ao serviço de saúde.

*“...o agente de saúde é muito importante, é um elo entre o posto e as famílias. Você via que o posto era muito distante das famílias...” (E1/UBS)*

*“...é o elo mesmo entre a UBS e a comunidade, e assim o lado humano, né?, das pessoas em relação... assim quando veio funcionar esse projeto do agente, eu como usuária do posto antes desse projeto me sentia muito sozinha; hoje eu sinto que o agente comunitário é esse elo mesmo, ele traz as dificuldades e leva assim pras pessoas. Calma, não é assim - muda, né?, o modo das pessoas pensarem em relação da unidade de saúde.” (E16/UBS)*

*“...o agente comunitário é um elo entre a população e a unidade de saúde, porque ,às vezes, certos moradores precisam ter uma lição diferente; a unidade não é boa para mim, mas é bom ir até lá, você mostra que está lá para eles, porque ,às vezes, assim uma coisa de nada que eles estão precisando e você ajuda eles, eles ganham o mundo.” (E15/USF)*

*“... o agente comunitário é a relação entre o posto de saúde e a comunidade quer dizer, se a comunidade está precisando de alguma coisa e passando por alguns problemas que eles não possam resolver aí a gente traz para o posto de saúde, passa pela enfermeira o que está acontecendo lá fora com a pessoa e a gente tenta resolver o caso dela...” (E5/UBS)*

*“... é ser um vínculo entre a comunidade, a unidade de saúde, a equipe porque de certa forma é a gente que vai na casa, a gente que conhece os problemas dos pacientes; traz para a equipe tentar resolver, para o médico e tudo, eu acho que é uma peça fundamental.” E10/USF).*

---

*“...para nós na prática do dia a dia é diferente. Envolve um monte de coisas, amizade, necessidade, vínculo, sabe?, porque você vive o problema aí, você que sai ali, você sabe tem casas que é uma casa ótima linda e maravilhosa você entra lá e eles [usuários] têm remédio todo mês e tem casa que você vai, não tem nada e está faltando remédio. A gente vive a prática aqui, eles têm o programa, a gente tem a prática...” (E8/UBS)*

Por ter o vínculo com a comunidade, o ACS consegue ver e entender a necessidade do outro, possibilitando ajuda à comunidade. O ACS procura tornar as pessoas responsáveis pelo cuidado com a própria saúde, bem como atuar em outros determinantes que interferem no processo saúde-doença.

Confirma-se, então, que o conhecimento dos problemas que ocorrem no cotidiano pode trazer benefícios para compreender o processo saúde-doença, sendo útil para os profissionais de saúde nas suas práticas (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2005).

Observamos ainda que muitos vêm no seu trabalho uma forma de crescimento pessoal.

*“... nossa é tanta coisa... é um trabalho que eu considero nobre... é um momento que você consegue estar com as pessoas saber delas realmente... ao mesmo tempo que você tem aquele estresse... você é compensado quando vê alguém que você conseguiu ajudar, que você conseguiu fazer ele entender alguma coisa, né?” (E14/USF).*

*“Para mim é muito gratificante, eu faço assim com muito amor, pois me ajudou muito para crescer como pessoa, com o ser humano, porque aí eu aprendi a me colocar mais no lugar do outro...” (E3/USF)*

*“...o agente que é o elo entre a unidade e a família, nós que colhemos todas as informações dentro do lar da pessoa, né?, nós tivemos um tempo pra isso, pra conhecer, nós pedimos licença, nós vamos conquistando, nós estamos dentro da casa das pessoas, então nós temos intimidade com as pessoas... tudo que a pessoa faz, lá no íntimo da família, nós sabemos...” (E16/UBS)*

---

*“...eu acho que o agente ajuda muito as pessoas, é um trabalho de conscientização das pessoas, então é isso, de repente nessa profissão você acaba sendo de tudo um pouco, um pouco psicólogo, um pouco enfermeiro, um pouco de tudo, eu acho que é isso. Você está ali para ajudar as pessoas, de repente orientar se for o caso e sei lá, e ajudando no que a pessoa precisar, e ter esse contato entre o posto e a comunidade mesmo.” (E4/UBS)*

*“... o agente comunitário tem basicamente essas duas funções, do lado do serviço é aquela pontinha que toca primeiro e que sente realmente o que é... que tem ali de necessidade se é necessidade física, psíquica... e do lado do usuário é essa possibilidade de conversar e de ele se aproximar do serviço e começar entender um pouco mais o que é o serviço de saúde.” (E11/USF)*

*“...para eles [comunidade] a gente é uma solução, é uma ajuda, uma mão estendida...” (E15/USF)*

É relevante observar pelas entrevistas, uma forte tendência em ajudar o outro, no sentido de satisfazer as suas necessidades de saúde, por meio de orientação/informação, cuidado, troca de experiência, buscando a solução dos problemas em conjunto com os demais profissionais da equipe. Por serem os profissionais que estão dentro dos domicílios, os ACS vivenciam situações que muitas vezes os outros profissionais não podem vivenciar.

De acordo com Lacerda e Valla (2003), as relações sociais nas quais predominam o vínculo, a troca e o acolhimento dos sujeitos permitem a presença do apoio social e do cuidado.

*“...vai fazendo esse vínculo, e eles te contam tudo o que passa na vida deles, os problemas, às vezes, você vai fazer dengue e fica em duas casas. Dependendo das pessoas eles querem te contar... então você não tem como você sair, você passa, você tem que ouvir...” (E9/UBS)*

*“...você está participando da vida da pessoa mesmo que não seja essa a sua função... você acaba depois ultrapassando um pouco essa relação de ser agente...” (E4/UBS)*

*“...se você está sentado só conversando, você está ajudando ela de certa forma... porque às vezes precisa de consulta, estar passando informações sobre doença, combate contra a dengue, a gente está sempre conversando e isso cria um vínculo com as pessoas...” (E7/UBS).*

*“...eu me envolvo muito, sabe?, eu tenho vontade de ajudar ,às vezes, eu vejo coisas que me angustiam, muito e muito e que você acaba não tendo as respostas que você precisa ter; é tudo teoria,... na hora que você vê a coisa ali acontecendo com você, você quer fazer alguma coisa e você fica meio de mão atada... eu gosto muito do que eu faço, faço com amor mesmo e é muito gostoso amizades que você faz.” (E8/UBS)*

*“...quando eu chego na casa e a pessoa tá precisando daquela orientação que eu tenho pra dar, então isso me satisfaz muito... porque o médico só que pode diagnosticar e medicar, mas... esse é o momento que eu mais gosto, de tá ali orientando, naquilo que eu posso, né?... Não é tudo que eu posso falar... não tenho autoridade de um médico, né?, mas como agente comunitária, a orientação e a prevenção de doenças, pra mim, é assim o auge, quando eu posso fazer isso”. (E16/UBS)*

Em alguns momentos, o contato com a real conjuntura sócio-econômica da população evidencia a pobreza e a desigualdade social. A dificuldade em obter resolução para estas situações crescentes e a busca da comunidade por respostas imediatas geram pressões sobre o trabalho do ACS. Em vez de tomar atitudes que promovam a autonomia da comunidade, muitos agentes são induzidos a reproduzir ações de cunho assistencialista, característica da história das políticas públicas, agindo de maneira paternalista, como quando oferecem algo material, por exemplo, cesta básica, na tentativa de diminuir o sofrimento do outro e as suas próprias angústias frente a essas situações.

*...a hora que eu cheguei e entreguei a cesta para ele...a expressão dele foi de felicidade, e ver um homem de 50 anos encher o olho d'água por causa de comida é uma coisa assim que eu nunca imaginei na minha vida que eu iria passar e eu não sabia o que eu falava se eu corria, se eu ficava; e ele pedia que Deus me abençoe... (E7/UBS)*

*“Quando a gente consegue ajudar as pessoas, vê que a gente começou, que aquilo teve um começo, um meio e um fim, mas um final bom, a gente conseguir atingir o ideal é porque eu acho que não tem coisa melhor do que conseguir ajudar a outra pessoa.” (E10/USF)*

*“... quando a gente ajuda as pessoas eu acho muito bom, é bom para a gente, é muito gratificante...” (E9/UBS)*

*“Eu gosto de ser agente comunitário. quando eu entro nas casas para entregar algum remédio, para... trocar experiência... então nessa hora eu acho então que é bom, você marca uma consulta... aí eu acho que é bem gratificante...” (E9/UBS)*

*“... é empenho...porque você está em casa, fora do seu horário, você está pensando como será que está? será que faltou algum remédio? será que tomou certo? eu acho que é uma entrega muito grande porque eu achava que não era tudo isso...” (E13/USF)*

Em outras falas, observamos a preocupação de “não dar pronto”, mas a necessidade e disponibilidade de promover a construção da autonomia das pessoas, tornando-os sujeitos do processo. O ACS contribui para a autonomia da comunidade nos momentos em que atua na promoção da saúde, por meio de atividades educativas, como grupos de atividade física (caminhada, ginástica, dança, entre outros); promove atividades que busquem a geração de renda (artesanato, horta comunitária), articula e estimula a população a utilizar seus equipamentos sociais na busca de soluções às suas necessidades, propondo ações inter-setoriais; estimula, e orienta a população em relação a medidas de proteção à saúde e ao autocuidado.

*“O objetivo é assim não só você dar pronto, é você ensinar eles [comunidade] plantar na casa deles, num terreno vazio do lado dele, que vai ter alguma coisa para ele comer.” (E1/UBS)*

Sob o ponto de vista dos sujeitos entrevistados, ser ACS é prestar informação e orientação em saúde, o que vem ao encontro da proposta do Ministério da Saúde para a função de ACS.

Em estudo realizado por Ferraz e Aertes (2004), na cidade de Porto Alegre, o ACS também se reconhece como educador, podendo trazer para si um sentimento de maior valorização. Como educador, ele é visto como um trabalhador com qualificações, que tem algo a oferecer à população.

---

---

*“...assim quando eu chego na casa e a pessoa tá precisando daquela orientação que eu tenho pra dar, então isso me satisfaz muito, quando eu encontro uma situação em que eu possa, né?, em que eu possa ajudar...” (E16/UBS)*

*“Ser solidário com o problema dos outros, por que tem muita gente que tem problema e não sabe como resolver, não sabe os caminhos que tem que percorrer para poder resolver seus problemas... então ele tem que ser solidário e passar, as informações. Eu acho que mais a gente trabalha mais como prestador de informação.” (E2/USF)*

O ACS entende que é um facilitador do acesso, levando o serviço de saúde para perto das pessoas e entende isso como o elo entre o serviço e a comunidade.

Silva et al (2004) utilizam duas metáforas para discutir a função do ACS: um elo ou um laço. Elo é parte de uma corrente, metalizada, de estrutura fria, rígida, fechada em si mesma, com a finalidade de unir partes separadas. O laço é artesanal, dá uma sensação de mobilidade, podendo ser desfeito, refeito, tomar diferentes formas. O ACS é um elo no momento em que serve apenas como veículo de informações. Quando ele é capaz de fomentar vínculos, ampliar o acesso tanto à unidade de saúde quanto ao cuidado e reorganizar o trabalho em equipe, contribuindo para a construção da integralidade, ele é considerado um laço.

*“...ser agente comunitário, do meu ponto de vista, é um elo que você tem entre a comunidade e a saúde, e você pode levar o posto de saúde para perto da casa das pessoas... porque tem pessoas que não têm conhecimento, eles não têm aquela noção, aquela informação... para mim ser agente comunitário é um elo que a gente tem entre o posto de saúde e a comunidade.” (E7/UBS)*

*“...é promover a saúde das pessoas, só que nisso você tem um monte de coisas...” (E16/papel/UBS)*

O ACS não tem clareza de qual é o seu papel, de suas atribuições.

---

---

Tomaz (2002) considera que a discussão do perfil e das atribuições dos ACS é polêmica e ainda não está determinada de maneira clara e efetiva. Acreditamos que, embora as competências dos ACS tenham sido delimitadas e o referencial do curso técnico de agente comunitário de saúde tenha sido traçado, há de se nortear a formação/capacitação do agente. As atribuições do ACS devem ser trabalhadas, considerando-se as singularidades de cada região, município e até mesmo unidades de trabalho, em virtude das particularidades encontradas em cada unidade de trabalho, como encontramos no município de Marília/SP. Devido a esta falta de clareza na delimitação de suas atribuições o papel do ACS tem sido distorcido e seu trabalho sobrecarregado. Hoje, qualquer ação a ser desenvolvida nas famílias e comunidade é atribuída ao ACS.

O ACS pode ser visto como um “super-herói” em virtude dos outros profissionais terem uma formação biologicista, sendo formados para uma atuação “intra-muros”, enxergando no ACS o profissional capaz de uma atuação voltada às questões sociais.

*“... um dia começamos a conversar sobre o papel do agente a respeito de qual é o papel do agente, só ficou na pergunta até hoje eu não sei assim o que é realmente...” (E2/USF)*

*“... eu não consigo fazer todas as coisas que é posto dentro da função de agente, que na verdade nós não sabemos qual é função do agente...nós não sabemos isso...e tudo que aparece é função do agente, né?” (E16/UBS)*

*“Assim, precisa-se fazer alguma coisa e quem vai fazer é sempre o agente comunitário.” (E3/USF)*

Apesar da falta de clareza do seu papel, o ACS tem entendimento de que muitas tarefas que realiza não fazem parte da sua competência, de que há tarefas que outros membros da equipe não executam e são habitualmente delegadas a ele.

---

A dificuldade da construção da autonomia junto à população e a evolução histórica de ações de cunho assistencialista, acabam por sobrecarregar o ACS com atividades que poderiam ser realizadas pelos próprios usuários, como buscar medicação e encaminhamentos na unidade de saúde. Por outro lado, a entrega domiciliar de medicamentos ocorre pela dificuldade do sistema em manter disponível na unidade todos os medicamentos para entrega ao usuário. Cria-se um paradoxo, pois, como discutido anteriormente, a unidade de saúde é a porta de entrada do sistema e deve Ter responsabilidade pelos moradores de sua área de abrangência e seus agravos. No momento em que a medicação está disponível ou o encaminhamento agendado, isso deve ser disponibilizado o mais rápido possível ao usuário. Como o agente é o profissional que mais desenvolve as atividades “extra-muros”, lhe é dada esta atribuição.

*“...a entrega de remédio eu acho que devia ser revista, porque eu acho que a função nossa não é entregar remédio.” (E2/USF)*

*“... a gente não é valorizado hoje até pelo próprio paciente pela, própria comunidade, às vezes, que talvez ainda não entende o papel do agente comunitário, por mais que você fale... mas ele tem uma idéia de que você é aquela pessoa que é um office-boy, alguns têm aquela idéia que você serve para ser aquele rapaz que leva aquele medicamento dele na casa dele de vez em quando...” (E14/USF)*

*“Eu acho que é mais informação, procurar onde está os pontos falhos para podermos corrigir com relação à saúde e não só ficar correndo entregando remédio por que tem tempo; aí que a gente sai de sacolada entregando remédio e fala que a gente tem que fazer campanha da dengue, visita, ver criança, gestante; só que tem dia que não dá, tem dia que a gente sai aí vai para cem residências só para entregar remédio, com duas sacolas, então como nos vamos entregar remédio e fazer as outras visitas normais? Então não dá.” (E2/USF)*

*“A gente faz, tem que fazer a gente faz, mas o papel real de contribuição que nós temos que dar eu acho que ninguém sabe e, se sabem, não falaram para mim.” (E2/USF)*



#### 5.4 Ações desenvolvidas pelo ACS

Para analisar as dificuldades e facilidades encontradas pelo ACS em seu trabalho, há necessidade de se conhecer o rol de ações desempenhadas pelos mesmos. Assim as ações foram analisadas à luz do perfil de competências do agente comunitário estabelecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), e descritas no Anexo A.

Em suas falas, os ACS identificam divisão do seu trabalho em trabalho interno (dentro da unidade) e trabalho “na rua” (junto às famílias).

*“...agora na unidade realmente nosso tempo é menor mais essa tramitação da documentação e a recepção da unidade que é um dia por semana de cada um e nesse dia você fica na recepção mesmo é um dia um pouco mais agitado para nós, cansativo, por que recepção é meio... é cansativo por que a demanda é um pouco maior do que a capacidade da unidade e isso desgasta tudo...”(E11/USF)*

*“...e na rua a gente faz o controle de doença, faz prevenção de diabete, hipertensão... faz controle das gestantes, controle de criança, a gente faz todo o tipo de controle de doenças...” (E7/UBS)*

No trabalho considerado fora da unidade de saúde, a visita domiciliar é identificada como base para o desenvolvimento do trabalho junto às famílias. Identificamos ações correspondentes às cinco competências esperadas do ACS: 1) integração da equipe com a população local; 2) planejamento e avaliação; 3) promoção da saúde; 4) prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário e 5) prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades, sendo que as ações relatadas pelos sujeitos entrevistados se concentram nessa última.

Em relação à competência de **integração da equipe com a população local**, esta se desenvolve por meio da visita domiciliar, que é a base para suas ações, com atividades de campanhas, registros dos

---

acompanhamentos domiciliares a indivíduos de grupo de risco específico (gestante, diabético, hipertensão, tuberculose, hanseníase, entre outros) e orientações sobre os serviços de saúde.

*“...o grande alvo que é para a gente, a visita domiciliar e é nessas visitas que a gente vai passar orientações para as famílias, então a gente tem essa prioridade...” (E3/USF)*

*“... atua nas campanhas como a de tuberculose, hanseníase, leishmaniose; tem a época de campanha de gripe que a gente faz esse trabalho...”*

*“... pegar o fichário da hipertensão e marcar se ela faz a dieta... se a pessoa for só hipertensa é um formulário, se ela for hipertensa e diabética é outro formulário...” (E16/UBS)*

*“... e para a pessoa nós damos suporte para coisas que ela precisa do posto, marcação de consultas, remédios, confirmação de consultas...” (E7/UBS)*

*“...na hora da visita a gente tem que ver a prevenção de Papanicolaou da mulher, se então tudo está OK...” (E3/USF)*

As ações desenvolvidas pelos ACS não estão muito voltadas ao **planejamento e avaliação**, porém em algumas situações, eles identificam as necessidades saúde da população, estabelecem com a equipe ações para resolução dos problemas e avaliam com a equipe os resultados atingidos.

*“...tinha dificuldade também de ler essa receita, de como tomar, porque tem também aqueles problemas das pessoas que não conseguem ler, você está falando, pensa que ela está absorvendo e ela não está, você entendeu?, aí a gente explica como toma o medicamento e então o que a gente fez ... duas agentes comunitárias, elas fazem grupo de alfabetização... mas o objetivo não é de alfabetizar mas é de pegar a receita e entender o medicamento e tomar; então isso também ajudou bastante...” (E3/USF)*

*“...e a questão da atividade física...então, foi uma mudança de comportamento que a gente conquistou, que assim, todas elas que estão dentro do grupo têm os afazeres domésticos, mas é uma coisa que assim, faz parte da rotina delas; então eu acho que isso é muito bom, é muito*

---

*gratificante, saber que essas pessoas estão conscientizando e tendo uma qualidade de vida melhor; eu acho que isso é uma conquista da nossa equipe... que melhorou a auto-estima dessas pessoas, a maioria delas perderam o peso, controlaram o nível da pressão; no começo nós tínhamos muita urgência hipertensiva, por isso foi a idéia de iniciar com esse grupo e nesse grupo...” (E3/USF)*

*“... nós vamos fazer um trabalho de planejamento familiar, que no início era umas... mais ou menos 70 gestantes quando a gente começou. Hoje, nós temos 12 gestantes, que também isso foi uma conquista da equipe...” (E3/USF)*

*“...essa semana foi dado aquele a..., aquele lembrete que era pras pessoas virem na reunião da comunidade;, então você tem que lembrar que aquele lembrete tem passar pras pessoas, esse aqui é um aviso que vai ter, essa é a hora, então você tem que passar pra pessoa; essa é a hora que você tem dentro da, da, do posto de saúde, que você reclama tanto... pra reclamar, vai estar à sua disposição um horário pra isso, se você não for, você vai perder essa oportunidade, então você tem que conduzir aquilo, você tem que falar pra ela, qual que é... o que você vai ter de vantagem nisso, porque a reclamação vem, você chega na casa das pessoas elas reclamam muito do posto, então na medida do possível eu tenho que ir orientando, né?, porque aquele é o momento...” (E16/UBS)*

Identificamos a competência de **promoção da saúde** na fala dos ACS, por meio de ações de estímulo a mudanças de hábitos de vida pelo desenvolvimento de atividades físicas como grupos de caminhada, ginástica e artesanato.

*“...segunda e quarta feira... umas 8:00 horas eu vou para alongamento, porque a gente tem um trabalho com o pessoal da terceira idade; antes era caminhada, agora nós temos uma professora voluntária e a gente faz alongamento...” (E5/UBS)*

*“...segunda e sexta nos temos caminhada das 7 às 8 horas e na quarta tem a ginástica...” (E12/UBS)*

*“...eu tenho um grupo de caminhada. Cada um tem um grupo de caminhada. A gente faz caminhada na terça e na Quinta, das 7 às 8:30 mais ou menos, duas vezes por semana...”(E13/USF)*

*“... acompanhamento do grupo de ginástica...” (E4/UBS)*

---

*“...tem o grupo do biscoit, e as mães estão trazendo as crianças e aí não dá para trabalhar os dois juntos, fica difícil; então, como é criança menorzinha a gente traz assim dobradura, papel para desenhar. Fazendo atividades assim, tem algumas que eu tento puxar para área do posto mesmo, como dentista escovar os dentinhos direito para eles, desenho para eles, mas tem dia que a coisa foge mesmo, que eles não se interessam para aquilo, então vamos fazer dobraduras...”(E6/USF)*

À medida que o ACS realiza o trabalho de escovação na escola, está educando e estabelecendo parceria com a mesma, contribuindo para a promoção da saúde.

*“...tem escovação da EMEI e EMEF dois dias da semana cada escolinha...” (E6/USF)*

Outro tipo de parceria estabelecida por meio de atividades comunitárias é a participação em associações de moradores e pastorais, de caráter religioso.

*“...participo da associação de moradores...”(E11/USF)*

*“...participo da pastoral á noite, uma vez no mês...” (E6/USF)*

No tocante à competência de **prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário**, identificamos apenas nas falas dos entrevistados as ações de controle e combate ao *Aedes aegypti*, que é realizada na rotina do seu trabalho. Acreditamos, porém, que o ACS desenvolva outras atividades dessa competência, embora não tenham sido relatadas.

*“...e a gente fala e orienta também sobre a dengue...” (E1/UBS)*

*“... e tem o trabalho nosso que é o trabalho da dengue que a gente faz as visitas nas casas, destruir criadores...” (E7/UBS)*

*“...a gente faz dengue, que isso é uma coisa que a gente é obrigado a fazer todos os dias... então você vai olhar o*

---

*quintal, olhar tudo, você vai explicar para as pessoas que muita coisa não pode e reeducar... a gente explica tudo sobre a dengue, o que pode e o que não pode...” (E9/UBS)*

*“...você tem que ir no fundo do quintal e vê, né?, contar os vasos, os vasilhames, se tem garrafa com boca... recebendo água sem tá fechadinha; você orienta, não pode deixar, até mesmo você tem que ajudar a pessoa a tá tirando aquele momento dali; a maioria das vezes eu faço isso, só quando a pessoa resiste um pouco que eu deixo ela fazer depois, né?, mais a maioria das vezes a gente até ajuda a fazer esse trabalho que é do aedes...” (E16/UBS)*

De acordo com as falas do ACS entrevistados, observamos que suas ações estão concentradas na **prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades**. Desta forma realizam a entrega de medicamentos e encaminhamentos a usuários de sua área.

*“...sair para fora para entregar remédio...” (E2/USF)*

*“...essa parte de a gente estar levando remédio para o paciente é meio complicado... eu comecei assim ter medo mesmo de estar entregando remédio e a gente às vezes fala uma coisa e o médico não falou e a gente tem que estar tomando cuidado...” (E6/USF)*

*“... a gente entrega remédios, a gente marca consulta...” (E9/UBS)*

*“...tem a entrega de medicamento...” (E16/UBS)*

*“... a gente entrega os encaminhamentos, que tem os dias de agendamento, a gente vai e entrega...” (E3/USF)*

*“... e tem a entrega de encaminhamento... ..tudo isso você tem que falar pra pessoa, o encaminhamento é tal hora, tal dia, né?, tá vendo aqui... deixar bem claro pra ela...” (E16/UBS)*

O ACS confere a carteira de vacinação de crianças e adultos nas visitas domiciliares, contribuindo para a busca de faltosos e controle de doenças imunopreveníveis.

*“...adultos e principalmente das crianças todos os tipos de vacina a gente vê a carteira e orienta quando está com problema, que está em falta por algum motivo; essa mãe está vindo trazer e a gente também passa a orientação na hora da visita...”(E3/USF)*

Nas visitas domiciliares, os usuários são orientados sobre os sinais dos agravos de saúde e o uso correto da medicação; além disso, pessoas em situações de “risco” são cuidadas com mais atenção, bem como grupos específicos como gestantes, diabéticos, hipertensos, tuberculose, hanseníase, dentre outros.

*“... existem as pessoas que acham que podem tomar o medicamento no dia que está passando mal, então a gente vai falar o quê? Que às vezes não tem nenhum sintoma para essa doença e que não pode tomar em um dia só; então devagar a gente vai conseguindo isso...” (E3/USF)*

*“E tem os doentes que você tem que voltar...Ontem eu passei na casa de uma senhora, ela estava na casa e não queria vir ao médico; aí eu voltei à tarde; então, você tem família você tem que voltar lá umas três vezes para saber realmente se ela foi no médico e o resultado você tem que ver, porque nós temos as fichas em que nós marcamos tudo.” (E1/UBS)*

*“...a gente tem que ficar atentos com as pessoas que moram sozinhas, que não dão conta de tomar os medicamentos; então a gente faz isso uma vez por mês, mas tem famílias que nós temos que passar muito mais que uma vez por mês... que tem hipertenso, a gestante, o diabético, e tem também o tuberculoso e a hanseníase...” (E3/USF)*

*“... controle de pressão alta, gestante, diabético...” (E4/UBS)*

*“...é levar medicação, encaminhamento, visita de hipertensos, diabetes, gestantes, crianças, em outras casas que não têm paciente com esse tipo de problema, se posso ajudar... orientar, conversar, essas coisas, de compreender, ajudar...” (E10/USF)*

Quanto ao trabalho caracterizado pelos ACS como “interno” (dentro da unidade), identificamos nas falas dos entrevistados que são eles responsáveis por ações de organização do atendimento da unidade, como a recepção e acolhimento dos usuários.

*“...no programa saúde da família não tem escriturário e aqui na nossa equipe a gente chegou ao consenso de que uma vez por semana fica um agente lá para tomar conta da recepção e toda a rotina da unidade...receber todas as pessoas que entram na unidade...” (E3/USF)*

---

*“...eu abro a unidade, recebo os clientes que vêm e, dependendo do dia, a gente digita todo o trabalho que a gente faz dentro da semana...” (E15/USF)*

*“... mas um dia que eu fico na recepção... a gente ajuda atender um telefone, ajudar na recepção receber, separar prontuário, encaminhar para a auxiliar de enfermagem estar fazendo a triagem...” (E10/USF)*

*“...a gente fica na recepção uma vez por semana...” (E13/USF)*

*“...tem os dias que a gente trabalha dentro do posto, ajudando na recepção...” (E7/UBS)*

*“...nós temos uma escala de trabalho... a recepção, tem a coleta, tem o prontuário, tem o computador... é atendimento de relações, que é para o acolhimento...” (E16/UBS)*

*“...exames para guardar, a triagem, o acolhimento, a coleta de sangue...” (E8/UBS)*

*“... tem dias que a gente fica o dia todo na recepção das 7:00 às 17:00 horas...” (E2/USF)*

De acordo com os sujeitos entrevistados, eles realizam outras atividades que contribuem para organização das questões burocráticas da unidade, como a digitação dos atendimentos realizados que alimentam os sistemas de informação.

*“... tem dia que a gente tem que ficar na digitação para digitar planilhas e o FAA (ficha de atendimento ambulatorial); tem um certo período aí de duas horas que nos temos que ficar...” (E2/USF)*

*“... nós temos uma parte que é ficar aqui dentro que ,às vezes, resolvendo alguma coisa atualizando planilha...fazendo as digitações...” (E14/USF)*

*“... tem o trabalho da digitação do SIAL que cada dia fica um agente... tem pessoas que ajudam na área do ultra-som, na digitação dos laudos...” (E7/UBS)*

*“...a gente digita tudo...” (E3/USF)*

Além das atividades de digitação, participam também de atividades que contribuem para o fluxo de atendimento da unidade, como a organização dos prontuários dos usuários.

---

*“...tem a bolsa família onde eu separo o prontuário também que a assistente social pede para que eu fique na reunião às vezes, que ela precisa de alguma coisa, ela pede que eu fique na reunião; mas a minha da bolsa família é mais assim separar prontuário, preparar a planilha para o pessoal assinar, mais assim papel da bolsa família a não ser quando elas pedem...” (E6/USF)*

*“...aí a gente já separa os prontuários do outro dia antes de ir embora; foi combinado que tem que separar os prontuários e deixar adiantado...”(E6/USF)*

*“... a gente tem que fazer acompanhamento dos prontuários que chegam e que saem; vamos supor do dia anterior, nos temos que colocar tudo em ordem para estar legal no outro dia, para todo mundo pegar certinho...” (E2/USF)*

*“...ajuda a guardar prontuário, a gente atende no balcão, ajuda quando tem agendamento...” (E9/UBS)*

Os ACS contribuem ainda em outras atividades burocráticas necessárias à realização de coleta de exames e sala de vacina.

*“... uma auxiliar vai colher o sangue e nós vamos separar, né?, todos os vidros que é para coleta de sangue, nós colocamos nome, número de prontuário, tudo certinho ... é feita uma relação de quantos exames de sangue, quantos exames de fezes, quantos de urina...” (E16/UBS)*

*“...a gente também auxilia na coleta de sangue preenchendo as planilhas, colocando a etiqueta nos frascos, o auxiliar do auxiliares...” (E2/USF)*

*“... ajudo as meninas na coleta, porque precisa ter uma para ajudar...” (E15/USF)*

*“... a gente também tem esse trabalho de ajudar na sala de vacina, na área de coleta...” (E7/UBS)*

*“...eu participo da coleta de sangue, né?, que eu ajudo a estar passando os nomes, a preparar os vidrinhos...chamando os pacientes...”(E6/USF)*

Embora as atividades internas não estejam descritas nas competências do ACS, são desenvolvidas para contribuir com o andamento das unidades de saúde, em virtude, muitas vezes, da falta de recursos



---

humanos. Acreditamos ainda que o trabalho interno do ACS contribui para a integração do mesmo à equipe de saúde. Porém, é necessário atenção para que o trabalho do ACS não fique intra-muros, descaracterizando o trabalho comunitário esperado desse profissional, como relatado na fala seguinte.

*“Eu acho que essas duas coisas pega ainda no serviço da gente, porque aí a gente estaria mais na rua, a gente estaria mais atrás, buscar mesmo o paciente para estar vindo para cá; e querendo ou não é uma semana que o agente fica, o agente fica, então a gente perde um pouco aquela coisa de estar indo para rua...” (E6/USF)*

### **5.5 Trabalho com as famílias: as facilidades**

Para os sujeitos entrevistados, atender as necessidades da família, dar respostas ao que buscam, oferecer informação correta e confiável são fatores relevantes que contribuem para o bom desempenho do seu trabalho. Isso vem ao encontro da habilidade necessária para o desempenho da competência do ACS de integrar a equipe de saúde com a população local: *“orientar indivíduos, famílias e grupos sociais quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica de saúde”* (BRASIL, 2004).

A satisfação das necessidades das famílias pode ser vista como a efetivação da integralidade, como princípio do SUS, muito discutida atualmente e ainda com algum percurso para ser alcançada.

Cecílio (2001) discute a integralidade no espaço de cada serviço de saúde como sendo o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor maneira possível, as necessidades, complexas, mas captadas em sua expressão individual. Esse esforço é observado na fala dos ACS entrevistados no sentido de facilitar o seu trabalho.

---

*“...tudo o que ela te pergunta você está sempre sabendo. Por exemplo, você tem que saber o que a unidade tem a oferecer para você estar passando direitinho para ela, então desde que você orienta... e você dando boa orientação e ela confiar em você... aí você não perde mais ela. (E1/UBS)*

*“...eu acho que é isso que facilita a gente ter mesmo aquilo e ter confiança no que está falando; a gente tem que saber o que fala e para quem fala, na verdade se você tem confiança naquilo,... fazer sempre o que se deve ser feito...” (E6/USF)*

De acordo com os sujeitos entrevistados, para que possam dar respostas às demandas sentidas ou referidas pelos pacientes, torna-se necessária uma estrutura de bens e serviços oferecida pelo gestor, no presente caso, a SMHS.

Em algumas falas observa-se que este respaldo apresenta fragilidades, como a dificuldade de acesso ao agendamento e a falta de insumos.

*“...quando tem todos os remédios, no começo de mês, ajuda e facilita bastante, né?” (E5/UBS)*

*“...Estrutura de funcionários, de médicos, física, igual à secretaria [SMHS] sempre nos dá... e isso é muito importante e ter boa vontade de sempre querer melhorar não ser uma pessoa conformada e isso eu acho importante.” (E15/USF)*

*“Olha, facilitaria bastante se aqui no posto tivesse como você agendar uma consulta, ter os remédios que a pessoa não tem, pois tem gente que não tem condições de comprar...” (E5/UBS)*

O trabalho em equipe, estratégia de organização do trabalho, permite oferecer suporte para os problemas encontrados pelo ACS. Observamos que esta fala é presente apenas nos ACS das USF, levando-nos a pensar que o modelo do PSF está organizado de maneira a melhor apoiar os profissionais das equipes.

---

---

*“...o respaldo, a retaguarda que no meu caso aqui do PSF que a gente tem... sendo isso fundamental, isso é realmente o que nos dá essa sustentação e facilita o nosso trabalho,... que quando você vê uma situação e aí se você não tem essa retaguarda você fica meio que perdido porque o nosso conhecimento o nosso preparo técnico é limitado, então quando você volta e tem toda uma equipe de profissionais de diversas áreas disponíveis para nos ouvir, interessado no que a gente tem para falar isso realmente é o que facilita e o que possibilita na minha opinião esse trabalho do agente comunitário. (E11/USF)*

Os sujeitos entrevistados colocam as relações interpessoais, como a “amizade” e a comunicação como facilitadores do seu trabalho com as famílias. A amizade é “trazida” no sentido de confiança no trabalho profissional e pode ser percebida como estabelecimento de vínculo, empatia, ética e sigilo.

Em estudo realizado por Fortes e Spinetti (2004) em duas unidades de saúde da cidade de São Paulo, constatou-se que o contato freqüente do ACS com os usuários faz com que os mesmos revelem seus segredos em relação aos agravos de saúde, por considerarem que o mesmo facilite seu acesso. No presente estudo o ACS mostrou-se preocupado com a privacidade e necessidade do sigilo profissional.

*“O vínculo que a gente cria, de certa forma, é amizade que a gente cria e a gente chega na casa a pessoa já sabe seu nome...” (E7/UBS)*

*“A amizade... porque isso acaba criando um vínculo mesmo de conversar, de bater um papo...” (E8/UBS)*

*“A amizade, né?... eu acho assim que você tem que fazer amizade. Aos poucos você faz uma boa amizade com as pessoas...” (E1/UBS)*

Além do estabelecimento de vínculo, morar na comunidade e ter as mesmas vivências das famílias torna o trabalho mais fácil.

---

*“... é o fato de você ser conhecido deles, de você estar em contato com eles e isso cria um vínculo, uma coisa que eles te respeitam... o fato de estar aqui... morando com eles, isso facilita... é importante para eles, de a figura do agente comunitário estar presente com eles. (E14/USF)*

*“...quando você tem esse conhecimento com a comunidade e um bom relacionamento, sem dúvida nenhuma ele é condicionante para um trabalho positivo...” (E11/USF)*

*“... no meu caso, como eu sou homem, para você falar com mulher, uma senhora de idade sobre a coleta de Papanicolaou, sobre fazer qualquer outro exame de ginecologia, ela já fica meio assim... então você, criando aquele vínculo, ela já não cria aquele medo de vir a falar disso.” (E7/UBS)*

*“...você tem que ter um bom vínculo para estar entrando, conversando, para conhecer eles [comunidade] mesmo, porque ,às vezes, eles falam uma coisa para você que ,às vezes, para o médico não...não é a primeira visita que eles já vão te contar tudo ou uma coisa grave que tenha acontecido...” (13/USF)*

*“Eu acho que é a comunicação mesmo, o vínculo, porque a gente está dentro da casa da pessoa, às vezes só de você chegar e falar ‘como está? tudo bem?’, às vezes, tem pessoa que começa a chorar: ‘não, não está bem, eu preciso conversar’; eu acho que é a atenção, é o respeito, que é a ética também, sigilo, saber ouvir, saber compreender e principalmente de guardar...” (E10/USF)*

*“O que facilita é a gente ir nas casas e conquistar as famílias, fazer a união... você vai estar participando da casa dele no dia a dia e depois que conquistou a confiança da família aí se torna mais fácil...” (E12/UBS)*

O fato de conhecer a comunidade e fazer parte dela proporciona ganhos no trabalho com as famílias. O saber/viver o que acontece no dia a dia possibilita um olhar e uma escuta ampliada dos problemas, que favorecem o colocar-se no lugar do outro (comunidade), ou melhor, ser a extensão do outro.

Valla; Guimarães e Lacerda (2005) apontam que fazer parte da comunidade traz ganhos para as relações.

*“Conhecimento no dia a dia que eu tenho com a família e o tempo que eu moro no bairro... a maioria do pessoal aqui eu conheço. Então eu acho que isso facilita muito o trabalho com as famílias.” (E2/USF)*

*“...porque eles se envolvem com os mesmos problemas que a gente tem, na mesma comunidade, eu acho que ajuda.” (E13/USF)*

*“... o que facilita eu acho que é da gente estar aqui mesmo e poder estar vendo o que está acontecendo...” (E3/USF)*

Na visão dos ACS, saber identificar e respeitar o momento do outro para que informações possam ser trabalhadas é outro fator que facilita o trabalho com as famílias.

*“...eu entender que aquela hora não é hora, depois tem uma outra hora que eu possa falar isso...” (E16/UBS)*

*“...quando você consegue ter com eles um envolvimento de segurança para eles se abrir e ter no mínimo uma conversa instrutiva... você passar para esse usuário... essa segurança de que você realmente se não puder ajudar não vai atrapalhar.” (E11/USF)*

De acordo com as falas dos sujeitos, o acúmulo de experiências, o envolvimento e conhecimento das pessoas no bairro e a realização de atividades comunitárias favorecem o desenvolvimento do trabalho de ACS.

*“...eles sabem quem eu sou, conhecem meus pais...” (E2/USF)*

*“... a gente faz sopa lá na igreja, para as famílias carentes, é tudo ganho e é tudo voluntário, então conhece muita gente e a gente é acostumado neste trabalho e é onde facilita” (E1/UBS)*

*“... eu sempre tive uma amizade com as pessoas, um relacionamento muito bom aqui por perto, né?, então pra mim eu acho que facilita... todo mundo me conhece, já tem dezenove anos que eu moro no bairro, pra mim facilitou muito...” (E16/UBS)*

---

De acordo com os sujeitos entrevistados, seu trabalho é melhor desempenhado quanto maior é o conhecimento e reconhecimento do papel do ACS pela comunidade.

*“..se a pessoa entende o seu trabalho e te recebe bem, isso facilita, e as pessoas entendem que você está ali para ajudar...quando a comunidade é consciente de seu trabalho...” (E4/UBS)*

*“...eu acho que a hora que eu sinto que eles estão me dando aquela atenção que no começo eles não davam e nem queriam receber a gente no portão, eu acho que a hora que eu mais me sinto gratificada do que eu estou fazendo ... (E6/USF)*

Segundo os entrevistados, o fato de gostar do que faz e trabalhar com vontade facilita seu trabalho como as famílias.

*“...o vínculo é assim a vontade de poder está trabalhando, de gostar de trabalhar como agente porque eu podia ter vínculo e não gostar do que eu faço, eu acho que o importante é fazer o que a gente gosta e fazer melhor, dar o melhor da gente.” (E3/USF)*

*“...você tem que ter força de vontade, você tem que gostar do serviço...” (E1/UBS)*

*“...eu acho que eu confio muito em que eu faço, porque eu gosto de que eu faço ...” (E6/USF)*

De acordo com os entrevistados, o trabalho com as famílias é facilitado, quando executado com amor, carinho, motivação, vontade, com o querer e aceitar mudanças, o que reflete a preocupação com a humanização das ações realizadas.

*“...tem que ter uma parte humanitária... dar amor para eles... eu tenho que chegar e ter um carinho com ela...tem que ser muito humano, tem que ser mãe, tem que ser tudo, tem que ter amor ao serviço senão você não consegue.” (E1/UBS)*

*“...boa vontade, motivação e capacidade de tentar mudar... aceitar às mudanças e também querer mudar o outro...um motivar o outro, mudança; ser aberto as mudanças porque o*

*mundo hoje está mudando muito, não ser uma pessoa conformada...” (E15/USF)*

*“...a gente trabalhar com vontade.. você trabalha com amor, com vontade de fazer o próximo feliz...” (E16/UBS)*

## **5.6 Trabalho com as famílias: as dificuldades**

O ACS do município de Marília considera que a falta de preocupação das famílias em relação à pessoa que necessita de cuidado e o enfoque na doença e não na promoção à saúde são fatores que dificultam a realização do seu trabalho.

*“...isso que dificulta porque não é todo mundo que está preocupado com o próprio familiar e para a gente isso é uma realidade.” (E3/USF).*

A doença é o foco da preocupação das famílias; a cultura está consolidada no olhar curativo. A preocupação com o uso de medicamentos, sem considerar a incorporação de práticas saudáveis de vida, não contribui com o trabalho da equipe, se distanciando do modelo de atenção pautado na Vigilância à Saúde. O sucesso do trabalho de prevenção e promoção depende da autonomia do outro (comunidade). É esperado do ACS que ele contribua para a construção da autonomia da comunidade diante da própria saúde, porém muitos são os fatores que interferem para que essa construção se efetive, já que cada indivíduo traz consigo uma carga cultural, de valores e experiências vividas que interferem na sua maneira de ver e entender o mundo, conseqüentemente na sua autonomia.

*“A gente querer o bem do outro e o outro não ter condições de perceber que aquilo é melhor para ele, mas ele tem outros problemas mais. Mas quem sou eu? Eu tenho que respeitar também. Então eu acho que isso dificulta às vezes, eu queria tanto mas às vezes não depende só da minha vontade, depende da vontade do outro.” (E3/USF)*

*“...tudo que gira é remédio... vamos supor o programa de saúde da família eles ainda não estão sabendo que o médico daqui tem que cuidar da família e eles estão com aquela mentalidade de chegar, passar pelo, sei lá, ginecologista, ou ... e chegar lá pegar o remédio na farmácia e vai embora, é isso, então aqui é mesma coisa: eles querem o remédio...” (E2/USF)*

*“No início a dificuldade da dengue foi conseguir que os moradores entendessem a importância de não deixar vasilhas com água, estar trocando, pôr terra em vasos; tem muito morador que não quer, então isso foi a dificuldade e estar explicando para eles a importância do nosso trabalho; sempre estar batendo na mesma tecla: não pode deixar água parada, estar pondo terra, no pneu, caixa d'água tampada... tinha muito morador que não aceitava; agora não! com nós e as campanhas que estão tendo já está melhorando.” (E12/UBS)*

*“...cultura muito forte aquelas coisas de avós de ir em benzedor, para questão de acreditar nessas coisas é muito forte mesmo, aqui na zona rural muito forte mesmo...” (E14/USF).*

Observamos que, na realização de seu trabalho, o ACS se envolve com a dinâmica das famílias e seus problemas. Este envolvimento é sentido como algo que causa sofrimento a este profissional, em virtude da dificuldade e falta de preparo para lidar com situações que mobilizam sentimentos adversos.

*“...o trabalho nosso é um trabalho assim cansativo porque mexe com o seu psicológico; é uma estrutura para poder lidar com isso, porque você se envolve no problema da pessoa; você querendo ou não você está dentro do problema da pessoa, porque é assim para você que ela vai falar.” E7/UBS)*

*“...depois que eles [comunidade] pegam amizade com você eles despejam tudo, contam tudo... eu comecei a sofrer, que eles [comunidade] começam e despejam tudo em cima da gente, mas eu gosto de ouvir... (E5/UBS)*

A falta de habilidade para agir em determinadas situações é sentida como dificuldade para atuação junto às famílias. A população e o próprio ACS esperam uma atuação que ultrapasse suas capacidades técnicas, os conhecimentos biomédicos, bem como sua condição pessoal/emocional.



*“... você teve uma formação, uma cultura, você tem, e muitas vezes você se depara com educação diferente da sua, culturas diferentes da sua, costumes diferentes dos seus, classe social diferente da sua e isso é um complicativo muito grande e, na minha opinião, a gente não tem nenhuma referência anterior que nos dê subsídios técnicos para a gente enfrentar essa complexidade... limitação minha mesmo de lidar com esse choque que a gente tem no contato” (E11 /USF)*

*“... a pessoa cair na sua frente, começar a ter convulsão e ter ataque epilético e você não poder fazer nada; igual à moça que caiu: A mãe começou entrar em desespero, chorava e chorava, não sabia o que fazer, e eu muito menos; eu só falei senta aqui e segura a cabeça da sua filha e fui chamar a ambulância e aí eu sentei do lado dela e ajudei a segurar a cabeça dela, para não bater e se machucar; então você não tem aquele preparo para dar o primeiro atendimento um primeiro socorro. É terrível. Você vê a pessoa caída no chão se torcendo, pulando assim e você não saber o que fazer; é terrível. Eu não quero que ninguém passe pelo que eu passei... (E7/UBS).*

*“...eu tenho muita dificuldade de chamar as pessoas para o grupo, grupo de caminhada... a gente avisa, tem o cartaz lá na frente com os horários para toda a comunidade participar, mas eu não consigo ver uma forma de trazê-los; são sempre as mesmas pessoas...” (E13/USF)*

Existe uma descrença no serviço de saúde por parte da população, o que leva o ACS a ter dificuldade em seu trabalho com as famílias.

*“...a gente sabe que eles pensam assim, que o posto de saúde, o remédio no posto de saúde não é tão válido assim, por exemplo que tem farinha no remédio do posto de saúde, é isso e aquilo. Não tem essas pessoas que tem esse pensamentos?... pessoas assim que a gente percebe que não acreditam no médico do posto de saúde – ah! Eu prefiro aqueles médicos que têm clínica, é melhor.” (E14/USF)*

*“... ‘e têm aquela coisa que eu vou no posto de saúde e nunca vou conseguir nada’ e a pessoa sempre tem o posto de saúde como uma coisa difícil de ver, a pessoa não confia muito naquilo que ele vê e não sabe o que ela pode fazer” (E7/UBS)*

O fato do ACS morar na mesma área em que trabalha, é apontado como uma facilidade, mas é contraditoriamente considerado uma dificuldade. Esta aproximação física gera solicitações variadas em seus domicílios como se estes fossem extensões da unidade de saúde. A população acaba por não diferenciar o trabalhador do vizinho, já que o ACS transita por entre estas duas condições: ser morador e trabalhar atendendo os seus pares do mesmo bairro.

*“... eu vejo que tem gente que não tem muito sossego em casa, então eu acho para quem mora mesmo na área isso acaba atrapalhando um pouco.” (E4/UBS)*

*“... às vezes, no início de tudo era assim, 11:00 horas da noite ou meia noite, batiam lá na minha casa: ‘M... fulano está com pressão alta o que você vai fazer?’; eles ainda não conseguem distinguir que sou M. a agente comunitária lá [na unidade] e que aqui eu sou a M. a dona de casa, moradora igual a eles. E o que tinha que fazer? Ir lá atender porque eu não posso maltratar ninguém porque, depois, como eu ia entrar na casa?..” (E3/USF)*

*“... ‘fulano está com febre, não tem uma dipirona aí?’ Não eu não tenho medicamento na minha casa e não pode dar medicamento para ninguém sem passar por uma avaliação médica, então eles achavam porque a gente estava dentro da unidade tinha acesso a tudo e levava tudo para minha casa...” (E3/USF)*

Observa-se que a dificuldade em obter a integralidade do cuidado, bem como a dificuldade de articulação dos diferentes níveis de atenção, juntamente com as fragilidades do sistema de referência e contra-referência, interferem diretamente no trabalho dos ACS, que vão aos domicílios e são freqüentemente questionados em relação às necessidades não atendidas.

*“... em muitas situações que você gostaria que tivesse uma seqüência, um atendimento mais amplo e isso não acontece... porque você chega até na família e não tem uma resposta que seria ideal. Isso é angustiante. Isso dificulta o nosso trabalho; por isso, porque no momento que você se envolve com a pessoa de repente você chega lá e tem que dizer para ela que não tem como fazer tudo o que seria*

*necessário e que o caso é um caso que vai ser um pouco mais difícil, que vai ser um pouco mais demorado e que o sistema não está em condições no momento, então isso, isso é extremamente dificultoso...” (E11/USF)*

*“... quando você gera uma expectativa na pessoa e você vê que a unidade e a saúde pública não pode estar suprindo, desde a questão dos remédios, às vezes a demora em alguns encaminhamentos para ir em alguma especialidade, então esse tipo de coisa é assim é uma coisa que atrapalha, porque você chega nas pessoas, e a primeira coisa que ela pergunta: ‘cadê o meu exame?’.” (E4/UBS)*

A falta de resposta do sistema de saúde às necessidades da comunidade limita o trabalho do ACS e dificulta as ações de prevenção e promoção da saúde, na medida em que o acesso às famílias está diretamente ligado à satisfação da demanda no próprio serviço e nos serviços de referência. Aqui se pode resgatar a cultura medicalizada a que a população foi induzida, na qual a unidade de saúde é tida como fornecedora de remédios e atendimento médico curativo. A prevenção e promoção não são identificadas como sendo atividades das equipes de saúde, não só do médico. Po meio da atuação de equipe de saúde, incluindo o ACS, pode-se realizar mudanças de hábitos de vida como, por exemplo, uma caminhada, o que contribuirá no tratamento das doenças.

Em estudo realizado por Ermel (2002) sobre o processo de trabalho das enfermeiras no PSF de Marília, a cultura medicalizada é colocada pelo gestor como a principal dificuldade para o desenvolvimento do trabalho no PSF.

*“...agora tem aquelas pessoas que mais cobram e aí fica difícil. Você quer ver quando elas te pedem remédio, você não tem, por que aí a gente não tem acesso à farmácia, e não pode ter...” (E5/UBS)*

*“O que dificulta bastante e o que atrapalha mesmo é a questão da medicação que falta, principalmente remédio de pressão... então ele fica assim, [a pessoa] fala: ‘caramba ela vai na minha casa todo o mês, vai falar que eu tenho que tomar o remédio no horário certo... chega aqui e não tem’; a gente tenta explicar para eles o que acontece...” (E6/USF)*

*“...enquanto não vier esse remédio você não precisa ir lá fazer o negócio dos mosquitos não’ e você vai fazer o quê?, e tem gente que segue à risca isso aí. Até você convencer essa pessoa que não é dessa forma, demora um pouco de tempo, então isso atrapalha.” (E2/USF)*

*“...é tudo relacionado a remédio,. Tem pessoas que chegam a brigar com a gente na rua porque não tem remédio no posto e sendo que a gente não tem nada a ver e tem pessoas porque não tem remédio não te atende na casa.” (E2/USF)*

*“O que está dificultando no momento são falta de médico e falta de remédio, porque vem para o posto de saúde e não tem médico e não tem remédio, então você vai na casa de um hipertenso fazer um acompanhamento e consulta para ver se está tomando medicação. Se não tem, como você faz? Aí tem que ser comprado, então aí você tem que defender o posto sem magoar a família...” (12/UBS)*

*“...o ruim de ser agente é a questão dos medicamentos, você sabe, às vezes você se depara em situações que, por exemplo, o posto não corresponde às expectativas que as pessoas têm deles então você, mesmo estando ali na família, olha toma remédio de pressão, mas a pessoa vem aqui e não acha o remédio, então isso é um coisa ruim...” (E4/UBS)*

*“Eles [comunidade] não entendem direito o trabalho da gente, se entendem eles fazem que não entendem, porque o negócio deles é remédio. Então eu acho que neste caso aí eu acho que a população não amadureceu com a ação que a gente faz...” (E2/USF)*

Observa-se que a clínica tradicional é valorizada pela população. A busca por tecnologia dura, descrita por Merhy (1997c), retratada na busca da comunidade por exames de alta complexidade, equipamentos e medicamentos de última geração, está introjetada na população, o que muitas vezes dificulta o trabalho do agente que dispõe de tecnologias leves, apoiadas no saber biologicista, que são produzidas no momento da ação de saúde. São tecnologias de relações, como o acolhimento e o vínculo e, portanto, nunca são escassas, estando em constante produção e/ou mudança no trabalho em saúde.

O ACS sente-se “esmagado”: de um lado a população que espera dele a resolução de todas as suas necessidades de saúde, de outro a equipe da saúde que vê nele a solução para todas as dificuldades encontradas no atendimento da comunidade, como adesão ao tratamento, administração de medicamentos supervisionados, estímulo à mudança de hábitos de vida, entrega de encaminhamentos, entrega de medicamentos, dentre outras atividades “extramuros”. É preciso ressaltar que essas ações fazem parte das competências do ACS (ver Anexo A).

*“...a pessoa fala eu estou precisando de um remédio, você vai no posto não tem e aí você manda para a secretária, e aí a secretária não tem o dinheiro para comprar e já não vem e aí a pessoa vem marcar uma consulta, o médico marca um exame, vai marcar, e vai esperar vaga e aí fica 3, 4, 5 meses dependendo do exame um ano, então a pessoa: ‘eu estou precisando deste exame’ e você não tem onde recorrer e é a questão de que não tem vaga, é determinada vaga, tem uma fila de espera e você não tem onde recorrer e a pessoa fala: ‘eu estou precisando do meu exame’ e toda a vez que você vai ela fala: ‘e meu exame, meu exame?’ e você não tem onde correr...” (E7/UBS)*

*“... falta uma estrutura, uma base que a gente não tem lá de cima, um apoio, às vezes se o agente comunitário tivesse um apoio em certas coisas não por falta de interesse mas por questão assim da saúde hoje no Brasil, se hoje a gente tivesse mais essa base para a gente poder ter onde se apoiar eu acho que o trabalho nosso ia ser bem mais aproveitado.” (E7/UBS)*

*“... falta de medicação dificulta um pouco, porque tem assim, não são todos, mas alguns não compreendem, e por mais que você explique, por mais que você tenta fazer compreender, a pessoa acha que é sempre assim, que é porque você não é competente, para fazer seu serviço, porque o posto é uma porcaria, porque a prefeitura é pior ainda, e aí acha que você tem culpa da falta de medicamento, aí já muda um pouco o comportamento com você, porque fala assim: ‘ah! ela precisa vim para saber como eu estou, mas também para fazer a parte do Aedes do quintal, aí também, se não me der tal coisa, eu também não vou colaborar’...” (E10/USF)*

*“... todo o trabalho que a gente faz com eles às vezes por causa de um, dois ou três meses que fica faltando o mesmo remédio e quando vem uma caixa só para uma população inteira, eles acabam ficando meio balançados com a gente falam assim: ‘Ela vai lá, fala, fala e fala. Chega aqui e não tem’...” (E6/USF)*

Observa-se que as diversas tarefas que são atribuídas ao ACS acabam sobrecarregando e dificultando o seu trabalho. Em virtude da falta de clareza do papel do ACS, as tarefas que não são assumidas por outra pessoa da equipe acabam sendo atribuídas ao agente: campanhas, preenchimento de relatórios, atividades de informática, atividades burocráticas, e tudo o que de imediato surge na unidade de saúde. O que está fora da rotina, como arrastões e bloqueios de transmissão da dengue, também é sentido como sobrecarga de trabalho.

Esta percepção dos sujeitos entrevistados vem ao encontro do que diz Tomaz (2002): na falta da delimitação clara das atribuições dos ACS, seu papel tem sido distorcido e sobrecarregado, sendo-lhe atribuída qualquer ação que deva ser desenvolvida nas famílias e na comunidade.

Esse acúmulo de tarefas atribuídas ao agente pode ocorrer em virtude das ações dos médicos e enfermeiros ainda serem centradas no atendimento individual e pela falta de estratégias de todos os membros da equipe para lidarem com enfoque populacional e com ações de promoção e prevenção, o fato decorrente de a formação dos profissionais de saúde ainda se voltada para o modelo biomédico. Para o modelo de vigilância à saúde proposto pelo PACS/PSF, a “clínica do sujeito”, descrita por Campos (2003), deve ser mais valorizada e o indivíduo considerado dentro do seu contexto de vida. Quando surge a figura do ACS, que vive na comunidade, a expectativa de se pensar dessa forma ampliada é depositada totalmente nesse profissional, que acaba tendo suas atividades sobrecarregadas, especialmente pela desorganização e imprevisibilidade de seu cotidiano.

*“... o mês que tem a dengue, os bloqueios... aí eu me sinto sobrecarregada, mas depois volta ao normal nos outros meses e vai deslançando.” (E12/UBS)*

*“...eu acho que vêm as coisas muito em cima da hora para poder realizar e o trabalho não é bem feito, e isso demanda tempo e a gente perde muito tempo com isso, sendo que nós poderíamos estar fazendo um negócio mais legal, mais coerente.” (E2/USF)*

---

---

“...tem que ir lá agora - nós vamos; tem que fazer a campanha, nós temos; tem que colher essa informação, nós temos, então o trabalho de prevenção e orientação e o aedes... eu acho que fica a desejar... Na verdade nós não temos uma função específica. Promover, ser elo da unidade com a comunidade, nós somos; promover a saúde das pessoas, nós temos conhecimento disso. Só que as funções que nós ocupamos, muitas, muitas... sobrecarrega, então isso me preocupa muito, é não fazer um trabalho de qualidade...” (E16/UBS)

“Eu faço hoje tudo sobrecarregado, não tem planejamento... e tem coisas que é para ontem, eu acho que nesse campo de agente comunitário, eu acho que tem que ter, é um negócio meio complexo, né?... porque saúde é complexo...” (E2/USF)

“... essa idéia fixa de que o agente é pra tudo...atrapalha a qualidade do trabalho.” (16/UBS)

“... as coisas caí tudo de cima de uma vez; esse cartão SUS que chega agora e mais as visitas, a gente estar arrumando prontuários então chega tudo de uma hora só, então sobrecarrega um pouco e aí....tem que dar conta de tudo...” (E10/USF)

“... quando eu tenho que, por exemplo, entrar na casa do indivíduo para preencher um relatório... ele vai ser fonte de informações para a Secretaria e tudo, isso, esse sentido de invasão que muitas vezes que o agente tem. Hoje tem uma boa parcela da população que acha que o agente comunitário é um invasor... isso é extremamente desgastante e eu acho que não colabora em nada e... é o momento que eu detesto ser agente comunitário.” (E11/USF)

“...o grande volume de trabalho nosso ele é externo e é realmente na rua, com o usuário dentro da unidade poderia começar nos temos né?, a manipulação dos nosso papéis dos nossos documentos que você tem que digitar, você tem que encaminhar, então esse trabalho ele é um pouco desgastante, a gente hoje tem muitos papéis diferentes com informações iguais, diria, e isso atrapalha um pouco.” (E11/USF)

As tarefas de entrega de recados, encaminhamentos, medicamentos e outras também interferem no trabalho de cuidado à saúde das famílias.

---

*“ por conta de muitas tarefas, muitas tarefas... muitas, muitas e muitas... ... porque eu não consigo é, porque nós temos datas pras entregas, né? de aedes , de coisas que nós temos compromissos no mês, mas dentro desse mês existiu muita entrega de encaminhamento, muita entrega de medicamento, muito aviso de prevenção...” (E16/UBS)*

Existe uma ambigüidade na fala dos sujeitos entrevistados em relação à dificuldade no trabalho causada pelo clima, em clima seco é difícil trabalhar em virtude do calor, em contraposição quando chove demais o trabalho é prejudicado e sobrecarregado devido às metas que devem ser atingidas. Assim as variações climáticas interferem na realização do trabalho do ACS.

*“...o que dificulta o trabalho do agente comunitário hoje é o tempo do verão do sol quente...” (15/USF)*

*“... quando chove é uma loucura... tem que correr para poder atingir a meta...” (E10/USF)*

*“...eu não gosto é quando chove o mês todo, você tem que correr para poder bater uma meta ... eu acho que é um coisa muito forçada, é uma coisa que você tem mais pressa e você não pode dar a atenção que o morador merece, você tem que estar correndo.. esses dias choveu tanto e as últimas semanas foram maçantes para a gente, com esse sol e com esse calorão a gente teve que correr para bater meta...” (E9/UBS)*

O paternalismo dos serviços de saúde para com a população, presente nas ações estritamente de cunho assistencialista, é apontado como algo que dificulta o trabalho, na medida em que a população se inibe na busca por soluções próprias às suas necessidades de saúde, esperando as ações do sistema.

Cecílio (2001) afirma que a informação e educação em saúde são partes do processo de autonomia da pessoa. A autonomia implica a possibilidade de reconstrução dos sentidos da vida, o que tem peso efetivo no seu modo de viver, possibilitando a luta pela satisfação de suas



necessidades. Assim, ao esperar as soluções de outras partes, o incentivo do ACS à construção da autonomia da comunidade fica prejudicado. Além disso, a informação e educação em saúde nem sempre são trabalhadas de maneira efetiva pela equipe de saúde, o que também ocorre com o exercício do controle social como instrumento de intervenção para melhores condições de saúde.

*“... aquela forma de paternalismo, de carregar no colo. Tudo eles querem que você faça por eles e eu acho que eles tem que caminhar sozinhos assim eu falo: ‘a gente dá a vara, o peixe você tem que pescar’...” (E13/USF)*

*“...onde teve isso na vida? Nunca teve o pessoal nem você... olha, remédio; você leva remédio, olha o que a gente leva de remédio! ... o pessoal não gasta as pernas mais para nada, é a gente que gasta a nossa, você leva remédio, explica como toma tudo e tudo, eu acho que isso que é ótimo porque tem muita gente de idade que não aguenta chegar até aqui...” (E9/UBS)*

A falta de clareza do papel do ACS pelo próprio agente e pela comunidade dificulta o seu trabalho. O ACS é visto como uma extensão do trabalho da enfermagem, como aquele que realiza procedimentos, como verificação de pressão arterial, curativo, coleta de material para exames, entre outros. Em outros momentos, as atividades desenvolvidas pelo ACS já foram vistas pela comunidade como “invasora” nos domicílios, conforme já mencionado.

*“... é maçante todo o mês voltar na mesma casa... você tem que fazer metas e tem que fazer aquilo de qualquer maneira se fosse uma coisa que você não fosse obrigada a fazer, entendeu?, uma coisa assim, eu acho que até seria mais e de uma forma diferente, menos maçante.” (E9/UBS)*

*“... no início quando a gente começou, porque a comunidade não conhecia o trabalho do agente comunitário e eles achavam nós uns estranho adentrando na casa deles e eles não tinham conhecimento do agente comunitário, mas bem no início, hoje não...” (E15/USF)*

*“... as pessoas [comunidade] acham que como você trabalha aqui dentro, você pode tudo; elas acham que você tem acesso a tudo e tudo fica fácil.” (E5/UBS)*

---

*“... porque você chega lá eles perguntam se você mede a pressão, se você tira sangue...” (E5/UBS)*

*“...a gente tinha bastante pessoas que não acostumaram com isso: ‘Você está entrando demais na minha vida’, eu escutei isso muitas vezes, mas a gente tem que explicar que não é isso que a vida particular deles é deles e que nós só estamos interessados em estar melhorando a saúde deles.” (E6/USF)*

A falta de preparo (capacitação/treinamento) e de uma supervisão especializada é sentida como algo que dificulta o trabalho do ACS em vários sentidos: não saber como lidar com as angústias geradas no trabalho, não saber como atuar em situações que ocorrem nas visitas, como cuidados mínimos de primeiros socorros a intercorrências. Destaca-se a necessidade de uma supervisão psicológica para o enfrentamento dos conflitos vivenciados cotidianamente.

*“...só que tem coisas que não tem como você não se angustiar...; eu acho que o agente comunitário, ele devia ter um espaço aberto para ele com o psicólogo entendeu?, não sei se para um tratamento ou para você chegar lá e conversar com ela, mas você sabe, tem que ter para quem falar e você não tem...” (E8/UBS)*

*“... você está, e dependendo do lugar, uma pessoa está passando mal, você vai fazer o quê? você não tem um auxílio para poder dar, para poder dar os primeiros socorros para a pessoa, você não tem esse conhecimento...” (E7/UBS)*

*“... se você não possuir o psicológico bom não dá, você não agüenta, não adianta, porque você lida com problema: é problema em cima de problema...” (E7/UBS)*

*“... essa proposta nova de integração de integralidade a gente não tem nenhuma referência anterior, então os próprios treinamentos eles são treinamentos baseados nas necessidades que vai surgindo, mas não têm uma referência anterior” (E11/USF)*

---

## 5.7 A equipe: facilidades no trabalho

O trabalho em equipe é considerado como um dos pressupostos mais importantes no PSF. Visa à reorganização do processo de trabalho, possibilitando uma abordagem mais integral e resolutiva, o que é esperado com a mudança do modelo de atenção (BRASIL, 2001).

O trabalho em equipe pode ser entendido como estratégia concebida pelo homem para melhorar a efetividade do trabalho e elevar o grau de satisfação do trabalhador (PIANCASTELLI; FARIA; SILVEIRA, 2000).

Para que o trabalho em equipe seja possível, os sujeitos entrevistados consideram que a construção das relações no trabalho é fator fundamental e que algumas atitudes e estratégias facilitam a construção dessas relações.

A estratégia de reunião de equipe é percebida como fator que favorece o trabalho em equipe. Além disso, uma reunião semanal somente com os ACS permite melhorar o desempenho no trabalho.

Em estudo realizado por Silva e Trad (2005), em uma equipe de PSF de um município baiano, a reunião de equipe foi também valorizada pelos ACS, sendo considerada espaço para alívio de angústias e para que dúvidas sejam sanadas, constituindo um momento para transmissão de informações técnicas.

*“...o que facilita para a gente é que assim toda a semana, uma vez por semana a gente tem a reunião de equipe e toda segunda-feira nós temos a reunião dos agentes comunitários com a enfermeira, né, que é o momento da gente assim tirar dúvidas e estar passando orientações...”  
(E3/USF)*

---

A reunião de equipe é ainda sentida como estratégia que facilita a comunicação e o diálogo entre os profissionais da equipe, favorecendo a troca de informações, discussão e resolução dos problemas relacionados ao trabalho.

Essa estratégia de comunicação é mais evidenciada na fala dos ACS que atuam no PSF, onde o trabalho de equipe aparece mais consolidado em virtude do modelo de atenção à saúde.

*“... a gente tem aquele tempo da reunião para discutir certos casos, o andamento, eu não vou falar que é 100%..., só que a gente tem para resolver pequenas coisas dentro do PSF como de organização e tudo, e a gente está sempre opinando porque nem todo mundo pensa igual, somos diferentes, tudo diferente...” (E15/USF)*

A construção das relações de trabalho nas reuniões de equipe é promovida pela liberdade de falar, o que possibilita pensar novos caminhos em relação às situações levadas à discussão.

No mesmo estudo citado anteriormente, Silva e Trad (2005) concluem que a reunião de equipe desempenha papel importante, pois possibilita que os diversos membros da equipe conheçam o trabalho dos demais e discutam os problemas que se apresentam na prática cotidiana.

*“... não fica nada engasgado; a gente fala que é hora de lavar a roupa suja... essa liberdade de poder falar... poder ver o que está certo e o que está errado...” (E3/USF)*

A comunicação e o diálogo são colocados pelos ACS entrevistados como práticas necessárias para o trabalho em equipe.

Fortuna et al. (2005) consideram a comunicação como indicador importante dos vários momentos possíveis de se viver num grupo. A comunicação pode ser produzida de duas formas, gerando mal-entendidos

---

e situações paralisantes, porém pode ser um instrumento para crescimento e troca. Nas equipes muitas coisas podem estar sendo faladas e compartilhadas sem serem ditas explicitamente. Estas coisas ditas de modo implícito precisam ser esclarecidas e colocadas à mesa.

*“Comunicação em relação à equipe, que eu acho essencial... a outra pessoa não pode adivinhar o que você está pensando, eu acho que uma boa conversa um diálogo, trocar idéia, é importante isso para a equipe.” (E15/USF)*

*“... se você não souber conversar, se você for uma pessoa sempre estourada e não existir esse diálogo, não vai; não adianta: o diálogo é fundamental e o respeito...” (E7/UBS)*

Na visão dos ACS entrevistados, paralelamente ao diálogo, atitudes de respeito e cooperação entre os profissionais favorecem o trabalho com a equipe. Aliada a isso, uma linguagem comum é uma forma de retratar a integração da equipe, como estudo realizado por Peduzzi (2001), em que os agentes da pesquisa destacam como característica do trabalho em equipe a elaboração conjunta de linguagens comuns, objetivos, propostas ou cultura comum, reportam a elaboração de um projeto assistencial comum, construído por meio da relação entre execução de intervenções técnicas e comunicação dos profissionais

*“... todos se importarem e falarem a mesma língua, eu acho que isso facilita bastante; não adianta eu tentar fazer de um lado e precisar de ajuda daquele ali, e aquela lá não está querendo ajudar, eu acho que falar a mesma língua, o entrosamento, o respeito também, tanto da paciente, tanto do outro [profissional]...” (E10/USF)*

*“...você respeitar ela independente do cargo mas como pessoa e tem diálogo; esse é o principal para você ter um bom relacionamento com a equipe: é o diálogo.” (E7/UBS)*

*“Ter o mesmo objetivo, falar a mesma língua, isso é muito importante...” (E15/UBS)*

*“É quando eles [equipe] estão todos integrados, quando todo mundo fala assim a mesma língua, está tudo certinho...” (E14/USF)*

Outra atitude sinalizada como importante para facilitar o trabalho em equipe é a disposição para aprender e ouvir o outro, enxergar as situações de forma ampliada.

Fortuna et al. (2005) afirmam que a aprendizagem caminha ao lado da comunicação. Aprender ultrapassa a transferência de saber de uma pessoa para a outra, ou seja, o aprendizado ocorre com o outro e não do outro.

*“É ter mente aberta, eu procuro ver as coisas boas, as idéias boas; o que não dá certo a gente tenta também, mas vê que não deu certo já não volta, muda de novo e acho que é cabeça aberta, uma visão ampla da coisa...” (E13)/USF)*

Podemos observar na fala dos sujeitos entrevistados que há um entendimento do que é trabalhar em equipe. Os ACS percebem que a cooperação, a co-responsabilidade, objetivos comuns e a ética contribuem para o bom desempenho do trabalho coletivo.

A cooperação diz respeito à articulação dos membros da equipe, de seus saberes, e de seus fazeres, para a execução da tarefa a que o grupo se propõe (Fortuna et al., 2005).

A co-responsabilidade é apontada por Piancastelli, Faria e Silveira (2000) como a percepção de que o fracasso de um, pode significar o fracasso de todos e que o sucesso de um é fundamental para o sucesso da equipe.

*“... eu acho assim que aqui dentro se ajudar um ao outro, uma equipe, uma família mesmo, a gente passa quase a maior parte do tempo junto...se todos tivessem humildade um aos outros.” (E5/UBS)*

*“... uma equipe com essa característica com essa maturidade realmente que tem ética para me apontar quando eu estou falhando, para me incentivar quando eu estou executando de forma boa o trabalho, quando eu percebo essa maturidade ética da equipe sem dúvida nenhuma que o meu trabalho foi com facilidade, com alegria...” (E11)/USF)*

---

*“... eu me responsabilizo pelo meu trabalho e pelo trabalho dos outros assim como os outros acabam se responsabilizando pelo meu trabalho então essa cumplicidade que há, essa liberdade e essa coresponsabilidade sem dúvida é o que possibilita e o que facilita essa convivência em equipe...” (E11/USF)*

Na fala dos sujeitos entrevistados aparece de maneira enfática a importância da construção das relações interpessoais para que boas relações possam ocorrer e a equipe possa ser constituída com atitudes de união, coleguismo, (entendido como solidariedade), honestidade e diálogo entre os profissionais.

Estudo realizado por Leite e Vila (2005), em Unidade de Terapia Intensiva, mostrou que uma das dificuldades enfrentadas na equipe pesquisada é a falta de coleguismo e de compromisso entre os profissionais. Desta forma, para o ACS atitudes como as descritas a seguir são fundamentais para que o trabalho em equipe seja facilitado.

*“... a gente tem que fazer uma união com eles [outros profissionais] porque se não o trabalho não anda, porque se você não trabalhar com gosto não vai...” (E1/UBS)*

*“... você tendo união, você tendo a facilidade de estar convivendo no dia a dia ali com eles em união é mais fácil.” (E12/UBS)*

*“... facilita muito a união e a vontade, o carinho que tem uns pelos outros...” (E1/UBS)*

Concordamos com Fortuna (1999) ao afirmar que o trabalho em equipe *vai oscilar entre a vida e a morte, cooperação e competição, complementaridade e não complementaridade, em movimento, em alternância e apropriação de seus sujeitos, em vida, em ato e em lembranças.*

## 5.8 A equipe: dificuldades no trabalho

Os sujeitos consideram que, apesar de terem os mesmos objetivos, as diferenças pessoais e adaptação ao modo de ser e de agir do outro são fatores que dificultam o estabelecimento das relações interpessoais e interferem na forma como a equipe se organiza, repercutindo em seu trabalho

Cada membro da equipe traz um saber, uma história de vida diferente, uma formação específica e isso nos leva á tendência de desconsiderarmos essas diferenças e trabalharmos como numa fábrica, onde cada um faz uma atividade sem articulação.O trabalho em equipe vai se constituindo, gestando-se no fazer diário, devendo ser analisado pelos próprios trabalhadores e com múltiplas possibilidades de significados, pois passa por movimentos de dificuldades, de paralisação, de satisfação, sendo um processo de idas e vindas em várias direções (FORTUNA et al., 2005).

Peduzzi (2001) descreve uma tipologia referente a duas modalidades de trabalho em equipe. Observamos nas equipes que o ACS atua, a presença dessas duas modalidades. Em ambas, estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade do valor atribuído a esses distintos trabalhos, operando a passagem da especialidade técnica para a hierarquia de trabalhos, o que torna a recomposição e a integração diversas do somatório técnico.

A primeira tipologia é **equipe agrupamento**. Nesse tipo de equipe ocorre justaposição de ações e agrupamento dos agentes. É possível seu reconhecimento quando se identificam os seguintes parâmetros: comunicação externa ao trabalho e estritamente pessoal, diferenças técnicas e especificidades dos trabalhos especializados, autonomia técnica plena e ausência de autonomia técnica. O segundo tipo é a **equipe interação**. Nesta tipologia há articulação das ações e interação dos agentes. É reconhecida pela ocorrência de parâmetros como: comunicação intrínseca ao trabalho, projeto assistencial comum, diferenças e especificidades dos trabalhos especializados, argüição da desigualdade dos trabalhos especializados, flexibilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica de caráter independente (PEDUZZI, 2001).

---



---

*“Porque trabalhamos em muitas [pessoas], né?, cada uma pensa de um modo, né?, então é muito difícil, muito difícil. Como ser humano é muito difícil, porque cada um tem uma personalidade, cada um tem um jeito de ser, tem que respeitar tudo isso...” (E16/UBS)*

*“... é que eu trabalho de um jeito, a minha outra amiga trabalha de outro jeito, cada uma tem uma bagagem, uma educação, o que é legal para mim, não é legal para outra, isso é uma coisa de grupo, então deve ser respeitada. Não sei nem se é dificuldade, mas eu acho que é a diferença de, assim, de respeito mesmo, pois cada um de nós temos um único objetivo.” (E3/USF)*

*“... nós temos os mesmos objetivos, o mesmo serviço, e cada um tem seu jeito de ser, eu acho que a dificuldade seria essa, de respeitar o outro, que eu sou limitada tenho limites, para algumas coisas eu tenho mais agilidade... então a gente tem que perceber isso no outro.” (E3/USF)*

*“... é difícil mudar uma educação de 30, 40 anos... é difícil ter que se adaptar; primeiro a gente tem que aceitar mudanças... porque não é todo mundo que pensa igual, mas, aquele espaço de estar conversando e estar dialogando, mas depois a gente tem aqueles, que a gente não concorda com a mesma coisa, mas assim a gente acaba levando o bom senso para trabalhar em equipe.” (E15/USF)*

O trabalho em equipe fica comprometido pela dificuldade dos profissionais visualizarem a totalidade das ações, gerando a fragmentação das ações em detrimento ao projeto assistencial comum.

*“...se eu sentir que ela não está prestando atenção, por exemplo, no que está acontecendo com a equipe como um todo ou no trabalho como um todo, isso me irrita profundamente...” (E14/USF)*

Apesar de sentirem a dificuldade de adaptação ao trabalho coletivo, os ACS percebem a necessidade de flexibilização das relações interpessoais e das especificidades, em que os profissionais realizam ações próprias de suas áreas e, simultaneamente, atividades comuns como recepção, acolhimento, grupos educativos.

---

De acordo com Peduzzi (2001), ambas as atividades, as específicas e as comuns, são partes constituintes do projeto assistencial construído pela equipe, porém quanto maior o enfoque na flexibilidade da divisão do trabalho, maior a proximidade da equipe integração, e quanto maior a ênfase na especificidade do trabalho, mais próximo está da equipe agrupamento.

*“...cada um tem um pensamento, então se você fala uma coisa outro já fala diferente e aí até chegar em um só é muita discussão, mas isso é normal em uma equipe com 16 pessoas diferentes.” (E12/UBS)*

Percebemos um entendimento do trabalho em equipe por parte dos ACS, o que pressupõe boas relações dentro da própria equipe.

Segundo os ACS entrevistados, para que o trabalho em equipe não seja dificultado é preciso haver maturidade entre os profissionais no sentido de fazer e receber críticas, com a intenção de melhorar o desempenho cotidiano. Para que isso ocorra é preciso haver flexibilidade nas relações, todos entendendo e trabalhando as diferenças pessoais, assim podendo se constituir como a equipe integração descrita por Peduzzi (2001).

*“... a gente tenta colocar as coisas... tudo em ordem, e nem sempre todo mundo é da mesma forma ,às vezes, a gente se sente irritada e tem que se segurar um pouco porque não é todo mundo assim...” (E13/USF)*

*“... porque a partir do momento que você está trabalhando em equipe, você tem que falar o que está certo e o que está errado e a pessoa tem que aceitar, todo mundo erra.” (E15/USF)*

*“... a gente pode ser um pouco mais flexível, a gente consegue trabalhar e... tem que saber são pensamentos que é diferente uma pessoa da outra... mas não é uma dificuldade, é uma diferença; eu acho que você pode ser flexível, você pode tentar ajudar e ter, é lógico, que um monte de gente trabalhando junto e a maneira de pensar é diferente...” (E6/USF)*

Podemos perceber que o número de pessoas na equipe interfere na adaptação entre seus integrantes. Em trabalho realizado por Silva e Trad (2005), observou-se que o número elevado de pessoas na equipe investigada compromete o processo de comunicação.

*“... quanto maior a equipe mais você tem dificuldade de administrar e são mais cabeças pensantes totalmente diferentes, né?, então se torna mais difícil...” (E2/USF)*

A falta de comunicação dificulta o trabalho. Como discutido por Bonet (2005), a dificuldade em se comunicar reflete a maneira como a equipe está organizada e estruturada. A comunicação na equipe permite dividir as ações sem perder de vista a finalidade de trabalho e a especificidade de cada profissional. Sentar para conversar, porém, não é tão fácil assim, pois nesse momento são evidenciadas as contradições, diferenças e as expectativas que cada membro da equipe tem em relação ao outro e que não haviam sido explicitadas (FORTUNA et al., 2005).

Peduzzi (2001) afirma que a comunicação entre os profissionais é denominador comum do trabalho em equipe, que decorre de uma relação recíproca entre trabalho e interação.

*“... Tem certas pessoas que não têm diálogo, há falta do diálogo; tem pessoas que as vezes assim acaba misturando o pessoal com o profissional...” (E7/UBS)*

Os ACS entrevistados relatam que a falta de união é desencadeada pela dificuldade de comunicação entre os profissionais da equipe, o que se pode observar na formação de subgrupos dentro da equipe, contribuindo para o distanciamento entre os profissionais.

*“... se tivesse um pouco mais de união, fosse mais unido, eu não sei nos outros postos, mas aqui no nosso falta união...” (E7/UBS)*

*“... você vê que fica um grupinho sentado no canto, outro em outro canto e você vê aquela chamada panelinha: é a panelinha de um e a panelinha do outro; então você vê que não é aquela coisa unida...” (E7/UBS)*

---

*“... e você vê que não tem aquela união entre os agentes e a equipe...e a causa disso é o diálogo, se não tem união não tem diálogo, então você percebe, você vê que fica meio longe, então cada um pensa de um jeito, e eu não posso mudar todo o mundo.” (E7/UBS)*

*“É justo essas picuinhas... é normal do ser humano; não tem esse que não levanta de mau humor ou não está bem, mas assim, falta mesmo de procurar ajuda...” (E10/USF)*

Os ACS entrevistados atribuem a dificuldade de se comunicar, ao receio de manifestarem suas opiniões em reuniões de equipe, considerando-se o “lado mais fraco”. Segundo Fortuna et al. (2005), no interior das equipes vão se tecendo relações de poder, ocorrendo uma polarização entre as pessoas, o que as divide entre as que “podem” mais e as que podem menos, levando a uma hierarquização das relações. Ressaltam, ainda, que na equipe as relações de poder são complementares, não existindo os ditadores sem os submissos.

De acordo com Adorno et al. (1987), em nossa sociedade aceita-se pelo senso comum, a relação existente entre o possuir conhecimento e o exercício do poder. Nas dinâmicas da equipe de saúde, a relação de poder via conhecimento não é diferente, sendo o detentor do poder aquele que em uma hierarquia possuir maior conhecimento. Em vista disso, o ACS percebe-se como o profissional que detém menos poder.

Ao longo da história o médico era o detentor do poder dentro de uma equipe, por ser considerado o que mais sabe entre os profissionais. Recentemente, como apontam Almeida e Mishima (2001), a revisão do papel do médico como central e hegemônico nas equipes de saúde, posição essa que pode se desdobrar em valorações hierárquicas e desigualdades sociais entre o trabalho dos agentes, é algo que se faz necessário.

*“Dos auxiliares, do resto do pessoal, como eu vou cobrar deles alguma coisa...esses dias foi realizada com eles uma reunião de equipe, porque precisa falar isso e isso, chega na hora, ninguém fala nada, porque ninguém tem coragem...a corda arrebenta sempre do lado mais fraco e o lado mais fraco, aqui, somos nós.” (E8/UBS)*

---

Nos momentos em que a cooperação e a responsabilidade não acontecem entre os profissionais da equipe, o trabalho coletivo fica comprometido, pois há uma sobrecarga de trabalho de alguns profissionais em virtude do não comprometimento de outros. De acordo com Fortuna et al. (2005), a cooperação se refere à articulação dos membros da equipe, de seus saberes e de seus fazeres para a realização da tarefa a que o grupo se propõe.

*“... porque se um não fizer prejudica o outro, o outro tem que trabalhar mais para cobrir aquilo... a falta de responsabilidade de alguns, você acaba tendo que trabalhar mais para cobrir aquilo.” (E9/UBS)*

*“... tem coisas que incomoda, por que exemplo, às vezes, uma amiga folgada que, às vezes, você vê que você está fazendo o trabalho para ela... cada uma tem suas quadras, suas fichas e o método de trabalhar...” (E8/UBS)*

*“Com relacionamento mesmo, de uma para com a outra... onde pessoas facilitam, cooperam, né?, e você encontra pessoas que não facilitam, não cooperam...” (E16/UBS).*

*“... nós somos uma equipe e trabalhamos em equipe, então a disposição é muito importante, se a pessoa tiver 24 horas indisposta ela se torna um estorvo na tua frente, ela te atrapalha, ela não coopera...’cê não pode bater de frente, então é difícilimo o relacionamento entre funcionários...” (E16/UBS)*

*“O serviço não vai para frente porque está faltando alguma coisa ou porque o outro profissional deu uma falhada lá, pisou na bola em algum momento ou porque ninguém está entrosado...” (E14/USF)*

*“... mas precisamos acho que uns dos outros, todo mundo, um precisa do outro, para funcionar, né?, e cada um pensa de uma maneira, não tem como, então precisamos uns dos outros, precisa cooperar, precisa união, precisa tá querendo fazer as coisas...” (E16/UBS)*

*“... as pessoas falam: ‘ah... vou deixar que o outro faz’, e acaba ninguém fazendo... aí você chega, você olha assim: ‘não vou falar nada’, nada mas a gente fala, que não dá para segurar.” (E13/USF)*

Os ACS entrevistados que trabalham nas USF percebem que, para que o trabalho em equipe aconteça, é necessário haver uma organização do processo de trabalho baseada na horizontalização das ações, com co-responsabilidade entre os profissionais da equipe. Essa percepção vem ao encontro do apontamento de Almeida e Mishima (2001) de que a saúde da família pode se ampliar para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos distintos poderes, o que possibilita maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe.

*“... às vezes, essa falta de tino das pessoas me irrita; vamos compartilhar, repartir responsabilidade; então, se ele está com dificuldade, vamos tentar amenizar...” (E14/USF)*

*“O que dificulta é exatamente isso, quando começa a ver ali uma centralização de opinião, centralização de decisão, quando começa a acontecer essa hierarquia, mais direcionada, mais verticalizada; aí realmente a equipe deixa de funcionar, a equipe até mantém uma aparência nas formulações, preenchimento de papéis, mas, no dia a dia, no trabalho, no resultado do trabalho, a equipe deixa de existir... Se não houver realmente essa cumplicidade de todos, essa co-responsabilidade de equipe não funciona. Pode dar resultado o trabalho, mas a equipe, com um tempo, com mais tempo ou menos tempo, ela vai ter problema.” (E11/USF)*

Para que haja uma equipe integração e não agrupamento, descrita por Peduzzi (2001), é necessária construção dos sujeitos que estão no cotidiano do trabalho. Essa nova construção requer articulação das ações e a interação dos agentes, sendo a interação a mais difícil, pois não está “normatizada” *a priori*. Requer compromisso ético e respeito com o outro, com cada um e com todos da equipe e, acima de tudo, com a clientela (ALMEIDA e MISHIMA, 2001).

O resultado das discussões sobre elementos constitutivos do trabalho em equipe realizada em Oficina de Trabalho intitulada “O agente comunitário de saúde e a equipe de saúde da família” (Torres e Lopes,

2003), durante o V Congresso Nacional da Rede Unida em Londrina/PR, aponta para o mesmo caminho discutido anteriormente: o respeito mútuo, objetivos convergentes, interdisciplinaridade, oportunidade para o surgimento de lideranças, disponibilidade, respeito à diferença, busca do consenso, construção coletiva, respeito aos limites, integração ética e resolutividade, como elementos necessários ao trabalho em equipe.

### **5.9 As expectativas do ACS do município de Marília.**

Ao final das entrevistas os ACS foram questionados se havia algo que não lhes foi perguntado e de que gostariam de falar. Essas falas revelaram expectativas com uma conotação reivindicativa.

Os ACS demonstram desejo e necessidade que seu trabalho seja mais valorizado pelas famílias, pela equipe e pelos gestores. Expressam que suas atividades deveriam ser olhadas com mais atenção e que a importância de seu trabalho deveria ser melhor divulgada, bem como oferecidas melhores condições de trabalho como uniforme, o que facilitaria sua identificação.

*“...então eu achava assim que nós deveríamos ter um uniforme melhor, um material de trabalho melhor...a gente deveria ter uma identificação melhor, para a gente andar bem mais limpinho, bem mais bem arrumado, né?, e isso infelizmente a gente não tem... a gente deveria ter mais valor, andar mais bem arrumadinho, porque a gente tem uma importância dentro da comunidade...” (E1/UBS)*

*“... já foi reconhecido o agente comunitário como profissão, mas eu acho que se deveria tratar com mais carinho, ter uma curso técnico, ter mais informações, porque que acho que isso ia melhorar muito mais a classe; a classe de agente comunitário ia ser muito mais unida, eu acho que falta neste momento um tratamento com mais carinho, mais atenção para o agente comunitário... Outro dia, veio um papel de Brasília...alguma coisa sobre legalização, a hora que eu li, eu fiquei triste porque o que eles estavam pedindo, foi feito por uma pessoa que está lá longe, não está aqui na ponta para saber o que é o agente comunitário....” (E3/USF).*

*“... falta de reconhecimento pelo que a gente faz, a gente se esforça, mas tem sempre um lado que não reconhece...”  
(E10/USF)*

*“... eu acho que a gente deveria ser visto com mais carinho, eu acho que falta um pouco dessas informações, esse canal de informações para a gente...” (E2/USF)*

*“... a gente fala que á falta de reconhecimento...quando tem que elogiar, esquece.” (E10/USF)*

*“... eu acho que esse serviço tinha que ser mais valorizado, no sentido de ser mostrado mais, ser falado mais...estar sempre falando na televisão, estar sempre respeitando o que a gente faz...” (E9/UBS)*

Aliados à forma de reconhecimento das atividades desempenhadas pelos ACS, os relatos sinalizam a falta de reconhecimento financeiro como fator que contribui para a busca de cursos na área da enfermagem, o que vai ao encontro dos dados encontrados no perfil do ACS, em que 73 (24,1%) estudam, e destes, 43 (14,2%) na área da enfermagem.

*“... não tem incentivo para você melhorar na sua função... por isso muita gente está fazendo curso de enfermagem para poder sair, porque não tem uma luz no fim do túnel...”  
(E2/USF)*

A comunicação discutida anteriormente como prática fundamental para o trabalho do ACS, aparece aqui com conotação de reivindicação em várias esferas: na equipe, entre as equipes de PSF e UBS, com os gestores e coordenadores.

*“... eu acho que a gente deveria ter um pouco mais de um canal mais aberto; aberto existe, mas mais aberto com relação à troca de informações, com relação ao agente, esse canal aberto onde a quem de direito a secretária, quem coordena.” (E2/USF)*

*“Mais conversa, mais discussão... então eu acho que devia ter uma pessoa para a gente ter essa comunicação...”  
(E2/USF)*



*“... há um abismo muito grande entre PSF e UBS neste sentido do agente comunitário... as angústias, a dificuldade são as mesmas; a retaguarda com a equipe que é diferente...” (E11/USF)*

Outro aspecto que aparece com tom de reivindicação é a necessidade de capacitações. Sentem a necessidade de serem capacitados como cidadãos, para atendimento de situações que surgem no cotidiano.

*“... a gente devia ter tido... alguém que falasse com a gente e sobre o que a gente ia encontrar...eu sei que existe gente passando por muita necessidade, mas eu nunca tinha visto... Foi difícil, foi muito difícil, eu acho que a gente deveria ter tido orientação, uma orientação das coisas, o que eu ia ver...” (E5/UBS)*

*“... uma capacitação para um primeiro atendimento, eu vou dar os primeiros socorros, já ajudaria e muito, não precisa fazer um curso de auxiliar, vamos fazer um curso ou desenvolver um trabalho de primeiros socorros...” (E7/UBS)*

Apesar de se sentirem desvalorizados, percebem sua importância para a comunidade pelo cuidado e serviço que prestam.

*“... eu me sinto importante assim de estar ajudando ela e a pessoa confiar em você...” (E1/UBS)*

*“... eu gosto do que eu faço, eu posso não ser o melhor agente mas procuro fazer o melhor...” (E7/UBS)*

Muitos demonstram uma preocupação futura com a própria saúde, em virtude do desgaste de trabalhar com o processo saúde-doença das pessoas. Há um questionamento sobre o adoecimento precoce do ACS.

*“... eu tenho preocupações assim do amanhã, mesmo sabendo que eu tenho necessidade de trabalho, eu preciso dele pra sobreviver... agora, o amanhã, de ver tantas doenças, eu sinto hoje... que nós ficamos muito doentes e não é falado isso, porque na verdade nós precisamos desse trabalho... é desgastante você trabalhar com a saúde das pessoas, então será que a gente não tá adoecendo mais depressa?” (E16/UBS)*



*Considerações finais*

Apresentamos, neste estudo, uma descrição e análise da situação de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Marília/SP, em sua relação com a população e com os demais profissionais de saúde, sob o ponto de vista dos sujeitos envolvidos na atividade.

Num primeiro momento, foi caracterizado o perfil do ACS do município de Marília, após preenchimento de questionário distribuído à totalidade dos agentes.

No momento seguinte, foi possível realizar inferências a partir da interpretação de unidades de registro identificadas ao longo de entrevistas com dezesseis ACS que atuavam nas UBS e USF de Marília no período da pesquisa.

### **Perfil do ACS do município de Marília**

Em novembro de 2004, havia um quadro de 339 Agentes Comunitários de Saúde na Secretaria Municipal de Saúde e Higiene de Marília, trabalhando em Unidades Básicas de Saúde (59,4%) e em Unidades de Saúde da Família (39,3%). Este quadro era constituído predominantemente por mulheres (90,8%), jovens (idade média de 32,5 anos) e com escolaridade média (86,1% com ensino médio concluído).

O tempo médio de atuação na unidade de saúde, como ACS, era de 27 meses e o tempo de moradia no bairro em que trabalhavam era de 13,8 anos.

Os ACS estudados possuíam formação profissional predominante nas áreas de saúde (16,2%) e educação (14,3%), sendo que, da totalidade, 73 ainda estudavam, a maioria destes (58,9%) em carreiras da área de enfermagem.

---

A maioria (90,1%) não tinha atuação prévia como ACS nem desenvolvia qualquer tipo de trabalho comunitário (78,8%), o que não constitui pré-requisito para o processo seletivo, porém é valorizado na entrevista de seleção.

### **Ser agente comunitário de saúde - motivação e significado**

Pelos dados coletados o, ficou claro que o principal motivo que levou os ACS a buscarem esta atividade foi a falta de oportunidade de trabalho, ou seja, o desemprego. Embora poucos conhecessem quais seriam suas atribuições e atividades, trabalhar como ACS significou, também para alguns, a oportunidade de mudança de área de atuação e crescimento profissional.

Além disso, foram referidas a vocação e a facilidade em trabalhar na área da saúde e lidar com famílias e pessoas, além de poder ajudá-las. Os ACS percebem-se como interlocutores entre a unidade de saúde e a comunidade, estreitando vínculos, levando o serviço de saúde para perto das pessoas, ampliando o acesso à unidade e reorganizando o próprio trabalho em equipe, contribuindo para a construção da integralidade dos cuidados.

Conseguem, desse modo, ver, entender e ajudar a comunidade em suas necessidades, buscando atuar em determinantes do processo saúde-doença, além da esfera meramente biológica ou tecnológica, a saber - como identificar relação entre problemas de saúde e condições de vida, realizar atividades educativas utilizando recursos de comunicação adequados à realidade local, propor e implementar ações intersetoriais e parcerias com equipamentos sociais para intervenção em situações identificadas. Voltam-se especialmente à satisfação das necessidades de saúde, por meio de orientações e troca de experiências. Reconhecem-se como educadores, o que lhes traz um sentimento de

---

valorização e crescimento pessoal, já que são vistos como trabalhadores qualificados, que têm algo a oferecer à população.

Este estreitamento de vínculo permite, por um lado, o aprimoramento do cuidado e do apoio social buscando construir a autonomia e a iniciativa das pessoas na superação de seus problemas. No entanto, evidenciou-se também que, nesse contato, dada a precariedade de condições de vida da população (pobreza e desigualdade social) e a dificuldade em se encontrar soluções, afloram ações “paternalistas”, como o oferecimento de bens materiais, na tentativa de diminuir o sofrimento do outro e as suas próprias angústias frente a essas situações.

Os ACS não têm clareza de qual é o seu papel profissional, ainda não definido de forma clara e efetiva para eles próprios, para a equipe de saúde e para a população. Esta falta de clareza acaba por distorcer e sobrecarregá-los no exercício de seu trabalho. Assim, muitas das ações desenvolvidas na comunidade lhes são atribuídas, como se fossem os únicos profissionais capazes de atuar nas questões sociais, em contrapartida aos demais membros da equipe, que se reservam às ações de cunho técnico-biológico, desenvolvidas, preferencialmente, dentro das unidades.

Ademais, na falta de clareza do seu papel, são delegadas os ACS todas as tarefas que outros membros da equipe julgam não ser de sua competência.

### **Ações desenvolvidas pelo ACS**

O ACS identifica dois momentos em seu trabalho: dentro e fora da unidade de saúde.

O trabalho fora da unidade tem como base a visita domiciliar e ações que contemplam as cinco competências esperada do ACS,

---

integração da equipe com a população local; planejamento e avaliação; promoção da saúde; prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário ; prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades.

No trabalho realizado dentro da unidade, as ações são de caráter burocrático, contribuindo para a organização do atendimento: recepção, digitação de dados, organização de prontuários, auxílio em sala de vacina e coleta de exames e acolhimento. Embora essas atividades internas não estejam descritas nas competências do ACS, contribuem para a organização das unidades de saúde e para a integração do mesmo à equipe. Porém, não se deve perder de vista que o trabalho do ACS deve ser realizado essencialmente “extramuros”, junto às famílias da sua microárea.

### **ACS: facilidades no trabalho com as famílias**

Os ACS apontam como facilitadores de seu trabalho as relações de “amizade” que mantêm com as famílias, traduzidas no estabelecimento de um vínculo permeado por empatia, ética e sigilo. Estas relações comunicacionais são facilitadas pelo fato de os ACS serem, ao mesmo tempo, moradores do bairro, terem as mesmas vivências das famílias com que trabalham e serem uma extensão destas junto aos serviços, o que lhes permite ver e ouvir os problemas com olhar ampliado. Conseguem, assim, melhor perceber e respeitar valores, avaliando o momento adequado de intervir.

Para eles, o bom desempenho de seu trabalho é facilitado pela capacidade de atender e responder às necessidades da população, oferecendo informações corretas e confiáveis, dando encaminhamento às demandas apresentadas e promovendo a integralidade. Além de procurar bem entender e atender as necessidades sentidas ou referidas, é necessário que eles dêem respostas, o que requer estrutura e oferta de bens e serviços por parte dos demais níveis que integram o SUS e que, cujas deficiências são várias, como se pode observar.

---

A solução dos problemas da comunidade não deve ser uma busca isolada da área da saúde. A intersetorialidade é uma parceira na resolutividade desses problemas de saúde (Almeida e Mishima, 2001), porém o desenvolvimento dessas habilidades propostas na competência do ACS, a de promover a saúde, por exemplo, nem sempre é uma tarefa fácil. No entanto, com ações intersetoriais e articulação com os equipamentos sociais da comunidade estão muitas das respostas às necessidades sentidas e referidas pela população.

Outra facilidade apontada é a ocorrência do trabalho em equipe que oferece aos ACS retaguarda para os problemas por eles encontrados. Merece ser mencionado, porém, que esta facilidade foi referida apenas pelos ACS das USF onde o trabalho em equipe é um pressuposto e está melhor organizado.

Também foi apontada, como facilitadora, a própria relação dos ACS com seu trabalho. Gostar daquilo que faz e trabalhar com vontade e motivação facilita o desempenho dos ACS em suas atividades junto às famílias, refletindo-se na humanização do cuidado. Além disso, esta relação promove a reciprocidade, pois seu trabalho será tão melhor desempenhado, quanto maior for o conhecimento e reconhecimento do papel do ACS pela comunidade.

### **ACS: dificuldades no trabalho com as famílias**

Os ACS referem que o enfoque da população na doença e em ações curativas são dificuldades para o desenvolvimento de seu trabalho, especialmente a preocupação excessiva com o atendimento médico e o uso de medicamentos, com a conseqüente desconsideração das práticas saudáveis de vida, com foco na promoção de saúde e na prevenção, áreas em que o ACS poderia melhor intervir com seu trabalho.

---

Além disso, ACS referem-se à descrença da população nos serviços de saúde: a falta de respostas resolutivas e as dificuldades de acesso a outros níveis do sistema de saúde e à própria unidade interferem direta e negativamente em seu trabalho. O fato se agrava pela despreocupação de muitas famílias com relação à pessoa que necessita de cuidados, transferindo a busca de soluções para o ACS.

Segundo os ACS, o “paternalismo” dos serviços de saúde dificulta ainda mais sua atividade, já que a população tudo espera do sistema de saúde, abdicando de sua autonomia e do exercício do controle social. Priva-se assim a população de seu principal papel no desenvolvimento dos SUS, qual seja, a possibilidade de influenciar na condução dos serviços e das políticas de saúde, que restam entregues ao controle dos técnicos e dos gestores.

Neste cenário de desresponsabilização, o ACS encontra-se comprimido entre as demandas da população (que deles espera respostas para todas suas necessidades) e da equipe da saúde (que dele espera respostas às dificuldades nas relações com a comunidade).

Tais dificuldades são agravadas pelo fato de o ACS morar na área em que trabalha, o que dialeticamente é um facilitador, já mencionado, e um dificultador de seu trabalho. Por um lado, muitas pessoas não percebem ou respeitam os limites dessas condições simultâneas, mas distintas, de morador e trabalhador de saúde, invadindo a privacidade do ACS. De outra parte, o envolvimento com as famílias e seus problemas é apontado como causa de sofrimento, pelo despreparo ou pela dificuldade em lidar com situações adversas e complexas, que se encontram além de sua “autonomia para agir” e de seus conhecimentos e habilidades técnicas.

Por falta de uma clareza de atribuições, como já foi dito, são-lhe atribuídas responsabilidades e ações que deveriam ser desenvolvidas pelas famílias e pela comunidade e suas organizações. Acresça-se o fato de

---



que, como será melhor apontado adiante, a própria equipe de saúde sobrecarrega o ACS de atividades, especialmente aquelas voltadas à promoção e prevenção, reservando-se o médico, o enfermeiro e os auxiliares para o trabalho curativo tradicional, segundo expectativas da população e da própria equipe.

Neste contexto de adversidades nas relações com as famílias, a falta de preparo e supervisão adequada é apontada como um agravante, já que têm dificuldades em lidar com os conflitos psicológicos, sociais, políticos e sanitários vivenciados cotidianamente.

### **ACS: facilidades no trabalho com a equipe**

O trabalho em equipe foi mencionado pelos ACS como elemento fundamental na construção das boas relações no trabalho. Foram apontadas algumas atitudes e estratégias facilitadoras, destacadamente as reuniões de trabalho periódicas, que favorecem a comunicação, discussão e resolução dos problemas relacionados ao trabalho. Esta estratégia ficou mais evidente no discurso dos ACS das USF, em que o trabalho em equipe, fundamentado no diálogo, é parte do modelo de atenção à saúde.

Aliados ao diálogo, atitudes de respeito, ética e cooperação entre os profissionais favorecem o trabalho coletivo na equipe, conforme apontado pelos ACS. De acordo com Gomes et al. (2005), uma equipe deve agir em concerto, isto é, os múltiplos saberes e práticas não devem se restringir às atuações individuais de cada profissional, apontando assim para a integralidade das ações de saúde. Quando a atuação se dá em paralelo, com cada um realizando “sua parte” específica do trabalho, sem articular as interfaces com o trabalho dos outros profissionais, ocorre a desagregação da equipe, a perda da potencialidade para a integralidade e eficácia da atenção. A ação em concerto, baseada no respeito e na reafirmação cotidiana das diferenças e especificidades de saberes e práticas e na atuação de cada profissional vinculada aos objetivos da equipe, é fundamental para que a

---

mesma se mantenha. Trabalhar em equipe implica uma relação de complementaridade, interdependência e, ao mesmo tempo, de autonomia dos saberes distintos de cada profissão. Para que se constitua a *equipe integração*, proposta por Peduzzi (2001), é necessário que haja articulação dos diferentes aspectos e a possibilidade de as equipes refletirem sobre suas dificuldades.

Os ACS apontaram enfaticamente a necessidade de que as relações interpessoais sejam embasadas em atitudes cotidianas de união, coleguismo, honestidade e diálogo entre os profissionais. Essas atitudes devem ser estimuladas e trabalhadas na equipe, já que um dos maiores estressores entre os trabalhadores de saúde é a falta de coleguismo e compromisso entre os membros da equipe, conforme apontado por Leite e Vila (2005). A equipe deve ser estimulada para que as boas relações, bem como a honestidade e o respeito mútuo, possam ocorrer.

Portanto, acreditamos que no trabalho das equipes de UBS e USF as relações humanas devem ser enfatizadas para que a interação entre os profissionais ocorra de maneira mais adequada e a equipe alcance o objetivo comum de cuidar do conjunto indivíduo/ família/ comunidade.

### **ACS: dificuldades no trabalho com a equipe**

Os ACS relataram que, apesar dos objetivos comuns, as relações interpessoais são dificultadas pela diversidade de saberes, formação pessoal e profissional e histórias de vida dos diferentes integrantes da equipe, pelo próprio exercício de profissões e tarefas distintas.

Assim, o trabalho em equipe é dificultado pela tendência de abordagens fragmentárias do pensar e agir sobre o trabalho em saúde, à margem da necessária visão de totalidade das ações da equipe. Embora mencionando dificuldades de agir desta forma, os ACS apontam a necessidade de flexibilização das relações interpessoais em benefício do

---

trabalho coletivo. O tamanho da equipe é apontado como um elemento adicional de dificuldade.

Merece destaque o papel das ações comunicativas dentro da equipe como forma de promover a unidade no trabalho a despeito das diversidades e especificidades pessoais e profissionais. Neste sentido, os ACS apontam que a desunião da equipe decorre, em boa medida, da dificuldade de comunicação e esta da formação de subgrupos (“panelinhas”) e da hierarquização das relações de poder em que os ACS seriam o “lado mais fraco”.

Os ACS referem que o trabalho em equipe pressupõe maturidade em fazer e receber críticas, flexibilidade nas relações, organização do processo de trabalho baseada em co-responsabilidade entre os profissionais da equipe, o que nem sempre acontece.

Prevalecem ainda relações que revelam o desconhecimento do trabalho dos ACS pelos membros da equipe, como anteriormente apontado, sendo-lhe atribuídas diversas tarefas que acabam sobrecarregando e dificultando o seu trabalho. São as tarefas de última hora e aquelas que “não têm outra pessoa da equipe que faça”.

A análise das facilidades e dificuldades do trabalho do ACS com a equipe, suscita-nos alguns questionamentos. Quanto o ACS está preparado para este desafio de trabalhar em equipe? Quanto os demais profissionais da equipe estão preparados? Qual a instrumentalização, capacitação dada a essas equipes? Que suporte é oferecido aos profissionais da saúde para vencer esse desafio do trabalho em equipe?

### **ACS: Expectativas**

Diante dessas facilidades e dificuldades reconhecidas, os ACS expressaram sua expectativa quanto à valorização de seu trabalho

---

pelas famílias, pela equipe e pelos gestores, inclusive quanto à importância e à melhoria das condições de trabalho e remuneração.

Apontam que, embora se afirme e reafirme a relevância de seu trabalho e se destaque que são eles o elo ou laço que une a unidade de saúde e a comunidade, essa relevância não é reconhecida no plano salarial, fazendo com que os ACS procurem outras alternativas de trabalho.

Os ACS apresentam ainda suas expectativas quanto à melhoria da comunicação dentro da própria equipe, entre as equipes de PSF e UBS, com a comunidade e as instâncias gestoras do sistema.

Destacam ainda a necessidade de capacitação técnica e, sobretudo, de estarem preparados para lidar com as adversidades que cotidianamente enfrentam diante de conflitos psicológicos e sociais graves e para os quais não têm preparo, supervisão e retaguarda adequados.

Acreditamos que a capacitação que solicitam vai além de “treinamento” sobre determinados conteúdos técnicos específicos, que sejam proporcionados às equipes espaços de reflexão sobre sua prática e experiências vivenciadas e sobre os resultados atingidos e desejados. Este espaço deve ocorrer em cada unidade de trabalho, considerando que existem singularidades de cada território de atuação e características próprias de cada equipe e comunidade. De acordo com Matumoto et al. (2004), esses espaços facilitam que a equipe visualize, compreenda e modifique os obstáculos, por meio da problematização das situações e ações vividas pela equipe. Podemos considerar este espaço como um momento de educação permanente bem expresso no seguinte registro:

*“... não diria um treinamento, mas um acompanhamento de uma equipe multiprofissional, mais disponível com mais tempo. Isso seria, sem dúvida nenhuma, subsídio para o agente, porque, embora você tenha essa retaguarda hoje, ela é limitada. Nós temos profissionais que o tempo dele é mínimo com a gente. Então isso dificulta...” (E11/USF)*

---

O único ponto de divergência que merece destaque entre o trabalho do ACS que atua em UBS e USF é relacionado ao respaldo da equipe, que é melhor percebido no PSF. Quanto às demais dificuldades e facilidades no trabalho do ACS, percebemos que não há diferença significativa entre o ACS que atua nos dois diferentes modelos de atenção à saúde.

### **Em tempo:**

Ao concluir este trabalho, resta a certeza de que de há muito por fazer por ser o ACS um novo profissional inserido no trabalho em saúde e muito a ser discutido. Ao recordar os incômodos que me motivaram à realização desta pesquisa - as angústias trazidas pelos ACS e repassadas à equipe, em especial às enfermeiras; as dificuldades em lidar com as situações diversas e adversas encontradas no território de trabalho; a complicada inserção na equipe e a heterogeneidade de formação profissional, bem como escolaridade muito superior à mínima exigida; enfim, - ao recordar tudo isso, acredito que obtive as respostas às minhas indagações, bem como surgiram questões que extrapolaram as inquietações iniciais.

Durante a realização das entrevistas e análise dos dados muitos sentimentos em mim foram mobilizados. Pude sentir de perto como está a oferta de emprego em nosso país, ao identificar que aproximadamente 10% dos ACS possuem nível superior e estão fora de sua área de formação. Que país é esse em que as pessoas estudam e não têm oportunidade de emprego posteriormente? Outro dado, que me incomoda quanto ao desemprego no Brasil, é a presença de ACS na faixa etária acima de 50 anos. Penso que essas pessoas deveriam estar em um momento tranquilo da sua vida profissional, mas o que observamos é que essas pessoas têm buscado o trabalho de ACS também por falta de oportunidade de emprego.

---

Outro aspecto que me chamou a atenção é o número de ACS estudando na área da enfermagem; por sentirem que seu trabalho não é valorizado proporcionalmente à sua importância, buscam outras alternativas como uma formação profissional diferenciada na área da saúde. Isso futuramente pode repercutir em alta rotatividade dos ACS.

O trabalho com as famílias é algo que me gerou muitos questionamentos: como esperar que o ACS realize algumas ações na comunidade, como as de prevenção e promoção à saúde, sendo que nós, os demais profissionais da equipe, também nos deparamos com nossas limitações? Trabalhar em equipe é a saída?

Trabalhar em equipe! Como desenvolver esta habilidade? Considero-a um desafio, pensando nos modelos tradicionais de ensino em que fomos formados, nos quais não fomos estimulados e capacitados para este modo de trabalhar, que envolve muitas questões pessoais, de saberes e interesses. Concluo que não há fórmula e nem equipe perfeita; o trabalho em equipe tem de ser construído no cotidiano, a partir das situações vivenciadas na prática e isso depende da disponibilidade, respeito, cooperação e flexibilização entre os profissionais. Acredito ainda que, se queremos a mudança no modelo de atenção, trabalhar em equipe deva fazer parte das experiências na formação dos futuros profissionais da saúde.

Finalizando, esclareço que no decorrer desta pesquisa, o meu respeito e crença no trabalho do ACS foi fortalecido pelo privilégio de estar mais próxima desses profissionais, ainda que por poucos momentos. Foram momentos de uma riqueza indescritível. É muito bom reconhecer seu bom desempenho. Ele é um “super-herói”, capaz de resolver todas as situações difíceis da comunidade e do sistema de saúde, o que muitas vezes dele se espera. Compartilharam comigo suas angústias, alegrias, tristezas, satisfação pelo que fazem e, apesar das adversidades que encontram no seu cotidiano, demonstraram que seu trabalho é desempenhado com amor, responsabilidade, compromisso e humanização, o que os torna atores

---

fundamentais para o modelo de atenção pautado na Vigilância à Saúde

Como palavras finais deste trabalho deixo a fala de uma ACS que muito me mobilizou e acredito representar o quanto essas pessoas são especiais.

*“...a gente brinca: você tem agente comunitário na veia...”*  
(E6/USF).



## *Referências*



ADORNO, R. C. F. et al. O conhecimento e o poder: de quem é a palavra. Relato de uma experiência de pesquisa participante. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n.5, p.405-412, 1997.

ALVAREZ GUTIÉRREZ, R. ; NERI, R. Atención médica en la URSS. **Salud Publica de Mexico**, México, v. 9, n. 4, p. 459-464, jul/ago. 1968.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, p. 150-153, ago. 2001.-

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

BONET, O. A equipe de saúde como um sistema cibernético. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005. p. 117-128.

BRASIL. Portaria nº 1886, de 18 de dezembro de 1997. **Aprova as normas e diretrizes do Programa de agentes comunitários de saúde e do programa de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php>>. Acesso em: 7 jun. 2006.

BRASIL. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 125p.

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. **List of journals indexed in Index Medicus**. Washington, 2003.

---

<sup>1</sup> ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023: informação e documentação – Referências – Elaboração**. Rio de Janeiro, 2002. 24p.

---

BRASIL. Lei nº 10507, de 10 de julho de 2002. **Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências**. Brasília: Casa Civil, 2002. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2002/L10507.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10507.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2003.

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

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. 185p.

CARDOSO, M. V. G.; BARRETO, C. M.; FONSECA, A. **A saúde da família: um desafio para educação**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/epsjv/alunos/jornal/voxesparmarcia.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2003.

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. (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ Abrasco, 2001. p.113-126.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Cuidados: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec/ IMS-UERJ/ Abrasco, 2004. p. 259-278.

---

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set-out. 2004.

DEAN AG, D. J. A. et al. **Epi Info Version 6**: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 1994.

DONNAGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. 2.ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979. 124p.

ERMEL, R. C. **Processo de trabalho das enfermeiras nas equipes de saúde da família no município de Marília/ SP**. 2002. 76f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA-FAMEMA. **Saúde da família**. Marília, 2001. Disponível em: <[http://www.famema.br/sausedafamilia/attribu\\_agen\\_comuni.htm](http://www.famema.br/sausedafamilia/attribu_agen_comuni.htm)>. Acesso em: 13 abr. 2003.

FERRAZ, L; AERTS, D. R. G. C. Agente comunitário de saúde em Porto Alegre: “ um vendedor de saúde”. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 66, p. 68-74, jan/ abr. 2005.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso da mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002. 306 p.

FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cadernos. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1328-1333, set/out. 2004.

---

FORTUNA, C. M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde:** produzindo e reproduzindo-se em subjetividades – Em busca do desejo, do devir e de singularidades. 1999. 236f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-8, mar-abr. 2005.

GOMES, R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação da equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Orgs). **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC-ABRASCO, 2005. p.105-116.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde:** processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Cefor, 1992.

GUTIÉRREZ, R. A.; NERI, R. Atención médica en la URSS. **Salud Publica de Mexico**, México, v. 10, n. 4, p. 459-464, jul/ago. 1968.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População:** censo demográfico 2000. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/censo2000/universo.php>> . Acesso em: 13 ago. 2004.

LACERDA, A.; VALLA, V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A . (Orgs). **Construção da integralidade:** cotidianos, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-ERRJ/ ABRASCO, 2003. p. 169-196.

---

LEITE, M. A.; VILA, V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Revista. Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 2, p. 145-150, mar/ abr. 2005.

MANZANO J. P. Observaciones sobre la salud pública en la Republica Popular China. **Salud Publica de Mexico**, México, v. 15, n. 6, p.823-829, nov/dez. 1973.

MARÍLIA. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Marília**: Diagnóstico. Marília,1998. v. 1 e 2.

MARÍLIA. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. **Relatório de gestão**. Marília, 2000.

MARÍLIA. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. **Relatório de gestão**. Marília, 2002.

MARÍLIA. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. **Relatório de gestão**. Marília, 2003.

MARÍLIA. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. **Relatório de gestão**. Marília, 2004.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 9-24, set 2004/fev 2005.

MEDRONHO, R. A.et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços da saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997a. p. 117-160.

---

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. ;ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997b. p. 71-112.

MERHY, E. E. et ali. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E. ;ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997c. p. 113-150.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1999. 269 p.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994. 176 p.

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

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. O. **A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis*: o agente comunitário de saúde**. [Texto para discussão 735]. Rio de Janeiro, 2000. 33p. Disponível em <<http://www.opas.org.br/rh/site/docs/>> .Acesso em: 10 ago. 2003.

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

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE-OPAS. Declaração de ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. República do Casaquistão URSS, set. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2006.

---

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

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p.103-109, fev. 2001

PIANCASTELLI, C. H.; FARIA, H. P.; SILVEIRA, M.R. O trabalho em equipe. In: SANTANA, J.P. (Org.) **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde – Pólo de Capacitação em Saúde da Família da UFMG: NESCON. OPAS, 2000. 80p.

PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista. Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 13, n. 1/2, p. 83-92, abr./out. 2000.

ROSAS, E. J. **A extensão da cobertura dos serviços de saúde no Brasil**. 1981. 218f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília.

SANTOS, L. P.G. S. **A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção da saúde**. 2005. 188f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SILVA, J. A. **O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade?** 2001. 290f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

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. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n.10, p. 75-83, fev. 2002a.

---

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002b. 240 p.

SILVA, R. V. B. et al. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Cuidados: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec/ IMS-UERJ/ Abrasco, 2004. p. 75-90.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 9, n.16, p.25-38, set.2004/ fev.2005.

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

SOUTO, A. N. **Marília: do passado ao novo milênio.** Marília, 2003.

TESTA, M. **Pensar em Saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 226p.

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

TORRES, Z. F.; LOPES, B. C. O ACS na equipe de Saúde da Família. **Olho mágico**, Londrina, v.10, n.3, p.71-78, jul./set. 2003.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.175 p.

---



VALLA, V.V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. A qualidade do cuidado na convivência com os pobres: o trabalho dos pastores e do agentes comunitários de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC-ABRASCO, 2005. 304 p.

WERNER, D. **Onde não há médico.** 23. ed. São Paulo: Paulus, 1997. 440 p.



*Anexas*

## ANEXO A

### Perfil das competências profissionais do agente comunitário de saúde

#### Competência 1 – Integração da equipe de saúde com a população local

Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adscrita à unidade básica de saúde, considerando as características e as finalidades de trabalho de indivíduos e grupos sociais e coletividades.

Habilidades (saber fazer)	Conhecimentos (saber)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalhar em equipe de saúde;</li> <li>• Promover a integração entre a equipe de saúde e a população de referência adscrita à unidade básica de saúde;</li> <li>• Identificar a importância do acompanhamento de família no domicílio como base para o desenvolvimento de suas ações;</li> <li>• Orientar indivíduos, famílias e grupos sociais quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica de saúde;</li> <li>• Realizar ações de coleta de dados e registro das informações pertinentes ao trabalho desenvolvido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo de trabalho em saúde e suas características.</li> <li>• Ética profissional.</li> <li>• Sistema Municipal de Saúde: estrutura, funcionamento e responsabilidades.</li> <li>• Informações formativas do SUS: legislação básica, manuais da atenção básica, normas operacionais de aplicação na atenção básica à saúde, regulamentação dos programas de saúde da família e agentes comunitários de saúde, portarias ministeriais relativas ao trabalho em saúde comunitária.</li> <li>• Estratégia de saúde da família na atenção básica à saúde.</li> <li>• História da formação do povo brasileiro e a contribuição das etnias na construção da ciência, da política, da economia, da cultura e das práticas de saúde no Brasil.</li> <li>• Direitos humanos.</li> <li>• Cultura popular e práticas populares no cuidado à saúde.</li> <li>• Informação e comunicação em saúde: conceitos, especificidades e práticas.</li> <li>• Estratégias de abordagem familiar e de grupos.</li> <li>• Família: ampliação contemporânea do conceito, especificidades e diferenças.</li> <li>• Eventos vitais e sociais: nascimento, infância, adolescência, maturidade e envelhecimento; adoecimento e morte; casamento, separação e uniões familiares diversas; vida produtiva, aposentadoria e desemprego; alcoolismo, drogas, violência intrafamiliar e atos ilícitos.</li> </ul>

## Competência 2 – Planejamento e avaliação

Realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adscrição da unidades básica de saúde.

Habilidades (saber fazer)	Conhecimentos (saber)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a população para participar do planejamento, acompanhamento e avaliação das ações locais de saúde;</li> <li>• Realizar mapeamento institucional, social e demográfica em sua micro-área de atuação</li> <li>• Analisar os riscos sociais e ambientais à saúde da população de sua micro-área de atuação;</li> <li>• Realizar o cadastramento das famílias na sua micro-área e atuação;</li> <li>• Consolidar e analisar os dados obtidos pelo cadastramento;</li> <li>• Realizar ações que possibilitem o conhecimento, pela população local, das informações obtidas nos levantamentos sócio-epidemiológicos realizados pela equipe de saúde;</li> <li>• Priorizar os problemas de saúde da população de sua micro-área de atuação, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde e pela população local;</li> <li>• Participar da elaboração do plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanente junto às equipes de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e Lei Orgânica da Saúde.</li> <li>• Plano Municipal de Saúde.</li> <li>• Cadastramento familiar e territorial: finalidade, instrumentos, técnicas de registro de informação, preenchimento do cadastro familiar, consolidação e análise qualitativa dos dados.</li> <li>• Interpretação demográfica.</li> <li>• Mapeamento sócio-político e ambiental: finalidade e técnicas.</li> <li>• Conceitos de territorialização, micro-área e área de abrangência.</li> <li>• Técnicas de levantamento de condições de vida e de saúde doença da população.</li> <li>• Indicadores epidemiológicos.</li> <li>• Critérios operacionais para definição de prioridades: indicadores sócio-econômicos, culturais e epidemiológicos.</li> <li>• Indicadores de produção da atenção à saúde utilizados nas unidades básicas de saúde.</li> <li>• Conceitos de eficácia, eficiência e efetividade em saúde coletiva.</li> <li>• Atendimento e internação domiciliar: conceito, finalidades, implementação e avaliação dos resultados.</li> <li>• Estratégias de avaliação e saúde: conceitos, tipos, instrumentos e técnicas.</li> <li>• Conceitos e critérios de qualidade da atenção à saúde: acessibilidade, humanização do cuidado, satisfação do usuário e do trabalhador, equidade, outros.</li> <li>• Sistema de informação em saúde.</li> </ul>

### Competência 3 – Promoção da saúde

Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde visando à melhoria da qualidade de vida da população, à gestão social das políticas públicas de saúde e ao exercício o controle da sociedade sobre o setor saúde.

Habilidades (saber fazer)	Conhecimentos (saber)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar a relação entre problemas de saúde e condições de vida;</li> <li>• Identificar situações e hábitos presentes nas localidades que são potencialmente promotores de saúde;</li> <li>• Organizar grupos de discussão;</li> <li>• Utilizar recursos de informação e comunicação adequados à realidade local;</li> <li>• Implementar processos de reflexão, junto aos indivíduos, grupos sociais e coletividades, acerca de suas condições de saúde / doença;</li> <li>• Realizar atividades educativas;</li> <li>• Orientar indivíduos quanto ao auto cuidado;</li> <li>• Orientar a população quanto a medidas de proteção à saúde (alimentação; higiene pessoal; limpeza; acondicionamento e destino do lixo, cuidados com a água e dejetos);</li> <li>• Orientar indivíduo e famílias quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos;</li> <li>• Propor e implementar ações intersetoriais;</li> <li>• Estabelecer articulação com equipamentos sociais (creches, asilos, escolas e outros);</li> <li>• Orientar a família e/ou portador de necessidades especiais quanto as medidas facilitadoras para sua máxima inclusão social;</li> <li>• Apoiar ações sociais de alfabetização de crianças, adolescentes, jovens e adultos;</li> <li>• Participar de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais;</li> <li>• Mobilizar a população para participar de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida e seus determinantes e condicionantes.</li> <li>• Condições de risco social: violência, desemprego, infância desprotegida, processos migratórios, analfabetismo, ausência ou insuficiência de infraestrutura básica.</li> <li>• Indicadores de saúde.</li> <li>• Promoção da saúde: conceito e estratégias.</li> <li>• Principais problemas de saúde da população e recursos existentes para o enfrentamento dos problemas.</li> <li>• Intersetorialidade: conceito e dinâmica político-administrativa do município.</li> <li>• Informação, educação e comunicação: conceitos, diferenças e interdependências.</li> <li>• Formas de aprender e ensinar em educação popular.</li> <li>• Cultura popular e sua relação com os processos educativos.</li> <li>• Participação e mobilização social: conceitos, fatores que facilitam e/ou dificultam a ação coletiva de base popular.</li> <li>• Conceitos operados na sociedade civil contemporânea: organizações governamentais e não-governamentais, movimentos sociais de luta e defesa da cidadania, das minorias, e pelo direito às diversidades humanas.</li> <li>• Lideranças: conceito, tipos e processos de constituição de líderes populares.</li> <li>• Pessoas portadoras de necessidades especiais: abordagem, medidas facilitadoras da inclusão social e direitos legais.</li> <li>• Saúde da criança, do adolescente, do adulto e do idoso.</li> <li>• Estatutos da criança, do adolescente e do idoso.</li> </ul>

#### Competência 4 – Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário

Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário para a população, conforme plano de ação da equipe de saúde.

Habilidades (saber fazer)	Conhecimentos (saber)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar as condições ambientais e sanitárias que constituem risco para a saúde de indivíduos e populações;</li> <li>• Informar à equipe de saúde e à população sobre a ocorrência de situações de risco, na micro-área de atuação;</li> <li>• Identificar, na micro-área, as doenças relacionadas aos problemas sanitários e ambientais locais;</li> <li>• Orientar indivíduos e grupos quanto a medidas de redução ou prevenção de riscos ambientais e sanitários e saúde;</li> <li>• Orientar indivíduos e grupos quanto a medidas de redução ou prevenção de riscos ambientais e sanitários em saúde;</li> <li>• Orientar moradores e famílias quanto aos cuidados relacionados ao ambiente domiciliar e peridomiciliar;</li> <li>• Realizar o acompanhamento da micro-área, utilizando indicadores definidos pela equipe de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceito de ambiente saudável, enfoque de risco e poluente.</li> <li>• Condições de risco ambiental: poluição sonora, do ar, da água e do solo, queimadas, desmatamentos, calamidades, outros.</li> <li>• Vigilância em saúde: epidemiológica, sanitária e ambiental.</li> <li>• Saneamento ambiental.</li> <li>• Medidas de prevenção de riscos ambientais e sanitários.</li> <li>• Doenças prevalentes na micro-área relacionadas aos problemas sanitários e ambientais: mecanismo de transmissão e medidas de prevenção e controle.</li> <li>• Código de postura municipal e código sanitário municipal e estadual.</li> </ul>

## Competência 5 – Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades

Desenvolver ações de prevenção e monitoramento a grupos específicos e a doenças prevalentes, conforme definido no plano de ação da equipe de saúde e nos protocolos de saúde pública.

Habilidades (saber fazer)	Conhecimentos (fazer)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais de saúde;</li> <li>• Orientar famílias e grupos na identificação de sinais indicativos de problemas de saúde;</li> <li>• Comunicar à unidade básica de saúde da respectiva micro-área os casos existentes de indivíduos ou grupos que necessitam de cuidados especiais;</li> <li>• Encaminhar para a unidade básica de saúde as demandas de atendimento identificadas na população da micro-área, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde;</li> <li>• Sensibilizar familiares e seu grupo social para a convivência com os indivíduos que necessitam de cuidados especiais;</li> <li>• Registrar os acompanhamentos domiciliares, conforme estabelecido pela unidade básica de saúde;</li> <li>• Estimular indivíduos, famílias e grupos a participarem de programas sociais locais que envolvam orientação e prevenção da violência interfamiliar;</li> <li>• Apoiar o acompanhamento da gravidez e puerpério, conforme orientações da equipe de saúde;</li> <li>• Orientar as gestantes e seus familiares nos cuidados relativos à gestação, parto e puerpério;</li> <li>• Orientar gestantes, puéperas e grupo familiar quanto ao aleitamento materno e cuidados com o recém nascido;</li> <li>• Orientar famílias e grupos quanto à saúde sexual e reprodutiva.</li> <li>• Acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil e a situação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anatomia e fisiologia do corpo humano.</li> <li>• Diferentes fases do ciclo vital: características, situações de vulnerabilidade e cuidados especiais.</li> <li>• Doenças mais comuns por grupo etário, étnico, inserção social e distribuição geográfica, com ênfase nas características locais.</li> <li>• Saúde sexual e reprodutiva: sexualidade e reprodução humana.</li> <li>• Cartão da gestante: finalidade, leitura dos vários tipos e interpretação dos dados.</li> <li>• Saúde da mulher nos ciclos gravídico-puerperal e no climatério.</li> <li>• Direitos sexuais e reprodutivos: métodos de planejamento familiar e paternidade responsável; vantagens, desvantagens, indicações e contra-indicações dos métodos contraceptivos, formas de acompanhamento, aspectos culturais relacionados e promoção da autonomia.</li> <li>• Direitos constitucionais relativos à licença maternidade, paternidade, planejamento familiar e aborto.</li> <li>• Doenças prevalentes da infância: identificação dos sinais de risco, medidas de prevenção, encaminhamento e acompanhamento.</li> <li>• Cartão da criança: finalidade, registro, leitura dos vários campos, interpretação dos dados.</li> <li>• Esquema vacinal.</li> <li>• Aleitamento materno: importância, anatomia e fisiologia da mama; mitos e técnicas de amamentação; cuidados gerais com a mama.</li> <li>• Desmame: período e a introdução gradual de alimentos.</li> <li>• Saúde bucal: conhecimentos gerais da anatomia e funcionamento da cavidade bucal, principais doenças bucais e</li> </ul>

---

<p>vacinal das crianças, conforme planejamento da equipe de saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Orientar indivíduos e famílias sobre medidas de prevenção e controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis.</li></ul>	<p>mecanismos de prevenção e controle das doenças bucais.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o modelo assistencial de acordo com a Lei 10.216/2001.</li><li>• Saúde do escolar: características da criança na fase escolar, nutrição, detecção de fatores indicativos de baixa acuidade visual e auditiva, problemas posturais, cuidados preventivos às doenças bucais e dermatoses, prevenção de acidentes.</li><li>• Saúde do adolescente: características físicas, psicológicas e sociais do adolescente; crescimento e desenvolvimento; cuidados preventivos em relação à gravidez precoce, às DST e Aids, ao uso de drogas e à violência; redes de apoio familiar e social.</li><li>• Saúde do idoso: características e necessidades físicas, psicológicas e sociais do idoso; cuidados preventivos em relação a acidentes e doenças prevalentes; uso de medicamentos; situações e sinais de risco; redes de apoio familiar e social.</li><li>• Doenças transmissíveis e não transmissíveis: conceitos, sinais, sintomas e fatores de risco.</li><li>• Cadeia de transmissão de doenças: agentes infecciosos, hospedeiros e mecanismos de transmissão.</li><li>• O processo de resistência e imunidade do hospedeiro e suas diversas respostas à agressão do agente infeccioso.</li><li>• Medidas de prevenção individual e coletiva das principais doenças transmissíveis e não transmissíveis.</li><li>• Doenças de notificação compulsória.</li><li>• Medidas de monitoramento das enfermidades segundo protocolo de saúde pública.</li><li>• Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB): conceito, finalidades, fluxo, preenchimento dos formulários e análise dos dados.</li></ul>
--	---

---



## ANEXO B RESUMO DA PESQUISA

**Título:** O trabalho do agente comunitário de saúde - ACS - no município da Marília-SP.

**Objetivo geral:** Descrever e analisar a situação de trabalho e das necessidades dos ACSs em relação às atividades desenvolvidas nas Unidades de Saúde.

**Objetivo do questionário:** Traçar o perfil do ACS do município de Marília e fornecer informações para a escolha dos sujeitos da pesquisa (que serão entrevistados).

**Riscos e benefícios:** A participação na pesquisa não implicará em riscos para a saúde, contribuirá para a análise do trabalho do ACS no município, e será apresentada à Secretaria Municipal de Saúde.

**Direito à desistência:** O participante terá a liberdade de recusar a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização.

**Garantia do sigilo:** As informações obtidas serão confidenciais, utilizadas somente para fins de pesquisa e os sujeitos não serão identificados.

### Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_  
declaro que participarei de modo voluntário da pesquisa acima descrita, respondendo o questionário abaixo.

Declaro que tomei conhecimento dos objetivos, riscos e benefícios desta pesquisa. Entendo que terei a garantia de sigilo e direito de deixar de responder qualquer questão.

Marília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2004.

Assinatura do participante \_\_\_\_\_

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

**Pesquisadora:** Cássia Regina Fernandes Biffe Peres / Av. Maria Fernandes Cavallari, 3150 Apto 323 Marília –SP / Fone: (014) 3402-9302 / e-mail: [biffe\\_peres@yahoo.com.br](mailto:biffe_peres@yahoo.com.br)

**Orientador:** Antonio Luiz Caldas Jr. / Faculdade de Medicina de Botucatu - Departamento de Saúde Coletiva / Botucatu – SP Fone: (014) 3811-6200 / e-mail: [acaldas@fmb.unesp.br](mailto:acaldas@fmb.unesp.br)

### QUESTIONÁRIO

UBS/USF DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

SEXO: ( ) FEMININO ( ) MASCULINO IDADE: \_\_\_\_\_ anos

Até que série você estudou? \_\_\_\_\_

Possui alguma formação profissional?

( ) SIM ( ) NÃO Qual? \_\_\_\_\_

Já atuou em outro município ou Unidade como ACS?

( ) SIM ( ) NÃO Qual? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo trabalha como ACS? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo trabalha nesta Unidade como ACS? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo reside neste bairro? \_\_\_\_\_

Desenvolveu trabalho comunitário anterior? ( ) SIM ( ) NÃO

Qual \_\_\_\_\_

## ANEXO C

### ROTEIRO PARA A ENTREVISTA

#### **Questões relacionadas ao trabalho com as famílias**

1. O que te levou a ser ACS? O que te motivou? Por que escolheu ser ACS?
2. Para você, o que é ser ACS?
3. Quando você gosta de ser ACS?
4. Quando você não gosta de ser ACS?
5. O que você acha que facilita seu trabalho com as famílias?
6. O que você acha que dificulta seu trabalho com as famílias?
7. Como é o seu trabalho no dia a dia. Fale-me das atividades que desenvolve
8. O tempo de residência no bairro facilita o seu trabalho?

#### **Questões relacionadas ao trabalho com a equipe**

1. Fale sobre sua relação de trabalho com a equipe da Unidade.
2. O que dificulta seu trabalho com a equipe?
3. O que facilita o seu trabalho com a equipe?

Você gostaria de falar algo que não lhe foi perguntado?

---

## ANEXO D

### Termo de consentimento livre e esclarecido.

**Pesquisa:** O trabalho do agente comunitário de saúde - ACS- no município de Marília-SP.

**Objetivo geral:** Descrever e analisar a situação de trabalho e das necessidades dos ACS em relação às atividades desenvolvidas nas Unidades de Saúde.

**Resumo:** Será realizado um estudo quanti-qualitativo sobre o trabalho do ACS, para a obtenção dos dados serão realizadas entrevistas individuais orientadas por um roteiro de questões norteadoras, as entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, esse procedimento se faz necessário para que a análise dos dados possa retratar com a máxima fidelidade o objeto da pesquisa.

**Riscos e benefícios:** A participação na pesquisa não implicará em riscos para a saúde, contribuirá para a análise do trabalho do ACS no município de Marília, que será apresentada aos gestores municipais.

**Direito à desistência:** O participante terá a liberdade de recusar a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização.

**Garantia do sigilo:** As informações obtidas serão confidenciais, utilizadas somente para fins de pesquisa e os sujeitos não serão identificados.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que participarei da pesquisa acima descrita.

Declaro que fui informado(a) sobre os objetivos, o conteúdo, riscos e benefícios desta pesquisa. Entendo que terei a garantia de sigilo, ou seja, minha identidade não será divulgada. Entendo também que terei direito de receber informação adicional sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com o pesquisador principal e com o orientador da pesquisa. Fui informado(a) que a minha participação é voluntária e que tenho o direito de não participar ou deixar de participar em qualquer momento da pesquisa, ou deixar de responder qualquer questão, o que será compreendido, sem qualquer penalização.

Declaro que compreendo tudo que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento.

Assinatura do participante \_\_\_\_\_

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

Marília, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2004.

Pesquisadora: Cássia Regina Fernandes Biffe Peres  
Av. Maria Fernandes Cavallari, 3150 Apto 323 Marília –SP  
Fone: 0(XX) 14 3402-9302  
e-mail: biffe\_peres@yahoo.com.br

Orientador: Antônio Luis Caldas Jr.  
Faculdade de Medicina de Botucatu  
Departamento de Saúde Coletiva  
Distrito de Rubião Júnior. Botucatu – SP Fone: 0(XX)14 3811-6200  
e-mail: [acaldas@fmb.unesp.br](mailto:acaldas@fmb.unesp.br)

---

## Anexo E



**FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA**  
**Comité de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**

Marília, 29 de Junho de 2004

lima Sr.<sup>a</sup>  
Cássia Regina F. Biffe Peres  
Marília/SP

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 150/04, intitulado: "O Trabalho de Agente Comunitário de Saúde no Município de Marília/SP", considerou **APROVADO** em Reunião Ordinária - 28/06/2004, de acordo com as Resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, podendo ser iniciado.

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

**Prof. DrRúbens Augusto Brazil Silvado**

Presidente do Comitê de Ética em  
Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Av. Monte Carmelo, 800 – Marília S.P. - CEP: 17.519-030  
Fone: (014) 421 1827 - E-mail: dirpos@famema.br

---

**ANEXO F**  
**PREFEITURA DE MARILIA SECRETARIA**  
**MUNICIPAL DE HIGIENE E SAÚDE**

REF: SOLICITA AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA SOBRE O  
TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM MARÍLIA

**PARECER:** Analisada a solicitação apresentada a esta Secretaria pela Enfermeira Cássia Regina F. Biffe Peres, como parte integrante de seu programa de pós-graduação desenvolvido no Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, passamos a exarar nosso parecer.

A requerente solicita autorização para colher informações sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde em Marília através da aplicação de um questionário a ser respondido pela totalidade dos Agentes Comunitários existentes atualmente bem como entrevistar pelo menos um Agente de cada Unidade de Saúde.

O presente estudo "O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MARÍLIA" tem por objetivo contribuir para o fortalecimento do trabalho deste profissional no modelo de atenção voltado a Vigilância em Saúde, conhecendo o perfil e a compreensão destes sujeitos em relação ao seu trabalho.

Não identificamos nenhum inconveniente no atendimento a presente solicitação desde que:

- As Chefias das Unidades Básicas de Saúde e as Enfermeiras das Unidades de Saúde da Família sejam previamente contatadas e convidadas a participar do estudo e que lhes seja facultado o direito de decidir sobre sua participação;
- Os Agentes Comunitários de Saúde sejam previamente contatados e convidados a participar do estudo e que lhes seja facultado o direito de decidir sobre sua participação ou não, formalizando sua decisão por escrito mediante termo de consentimento;
- O envio e recolhimento do material de estudo seja de responsabilidade exclusiva da pesquisadora;
- A realização do estudo, não imponha dificuldades para o desenvolvimento das atividades das Unidades de Saúde.
- Ao final do estudo, seja entregue a SMHS uma cópia impressa do trabalho.

Marília, 24 de maio de 2004.



Dr. Antonio-Carlos-Ribeiro