



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

**Centro de Ciências Biológicas e da Saúde**

**Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica**



---

**KÁTIA CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA**

**O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA: ENCONTROS E DESENCONTROS DE UMA PRÁTICA  
EM SÃO CARLOS/SP**

**SÃO CARLOS  
2014**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



**KÁTIA CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA**

O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA: ENCONTROS E DESENCONTROS DE UMA PRÁTICA  
EM SÃO CARLOS/SP

Trabalho de Conclusão de Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica.

Área de concentração: Gestão do Trabalho

Orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Niituma Ogata

Co-orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adriana Barbieri Feliciano

**SÃO CARLOS  
2014**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

V658ta

Vieira, Kátia Cristina dos Santos.

O trabalho do agente comunitário de saúde na estratégia saúde da família : encontros e desencontros de uma prática em São Carlos/SP / Kátia Cristina dos Santos Vieira. -- São Carlos : UFSCar, 2014.  
126 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2014.

1. Trabalho. 2. Agentes comunitários de saúde. 3. Saúde da família. I. Título.

CDD: 331 (20<sup>a</sup>)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



---

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**KÁTIA CRISTINA DOS SANTOS VIEIRA**

**“O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA: ENCONTROS E DESENCONTROS DE UMA PRÁTICA  
EM SÃO CARLOS/SP”**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Márcia Niituma Ogata/UFSCar

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Adriana Barbieri Feliciano

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mária Lúcia Teixeira Machado/UFSCar

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Matumoto/ EERP-USP

Data da defesa: 18/07/2014

## **Dedicatória**

*Aos meus pais José Moacir e Terezinha de Jesus (in memoriam) que me ensinaram que muito mais vale ser do que ter, que me amaram incondicionalmente e sempre me incentivaram a sonhar, sobretudo a buscar formas de transformar os sonhos em realidade. Dedico, em especial, a minha mãe, com quem compartilhei 25 anos da minha vida. Mulher virtuosa que foi exemplo de filha, esposa, mãe, mulher...de quem ainda me lembro do timbre da voz, do cheiro do perfume, seu olhar azul-mar e sereno. Choramos, sorrimos, esperamos pelo melhor, acreditamos em um amanhã diferente e cheio de vida, você me segurou pela mão, me encaminhou pelo caminho correto...e nos seus últimos dias pude fazer o mesmo com você, te entreguei nos braços do Pai com a certeza de um dia reencontrá-la.*

*“Combati o bom combate, terminei a minha carreira, guardei a fé. Desde já me está reservada a coroa da justiça, que me dará o Senhor, justo juiz, naquele dia; e não somente a mim, mas a todos os que tiverem esperado com amor sua aparição” (2Timóteo 4:7-8).*



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



## ***Agradecimentos***

*Agradeço a Deus pela sua fidelidade em minha vida, por ser o mesmo ontem,  
hoje e para sempre! Ebenezer!*

*À minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Márcia Niituma Ogata porque há momentos na  
vida que a palavra que mais precisamos ouvir é “NÃO”. Obrigada por não me  
deixar desistir e pelo apoio nessa caminhada.*

*À minha co-orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Adriana Barbieri Feliciano pela sua prontidão,  
dedicação e amizade.*

*À Equipe de Saúde da Família, na qual foi desenvolvido esse trabalho, em  
especial aos Agentes Comunitários de Saúde dessa unidade.*

*Ao Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva – Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Cecília  
Puntel de Almeida – e a todos os seus membros por compartilharem suas  
experiências, questionamentos e expectativas em relação a saúde coletiva.  
Nesses momentos de aprendizagem, cultivava-se em mim a paixão pela  
Atenção Básica à Saúde.*

*À turma de residentes, 2011-2013, do Programa de Residência em Saúde da Família e Comunidade- USFCar, pelos momentos de reflexão sobre a prática profissional e sobre qual SUS queremos.*

*À minha amiga e irmã, Paula Ferreira, quem muito me ensinou que sorrir sempre vale a pena, mesmo diante das maiores dificuldades da vida.*

*A todos os meus familiares, que estiveram sempre ao meu lado, que enxugaram minhas lágrimas e em outros momentos choraram comigo. Amo vocês!*

*A Ever Achucarro Ayala, meu companheiro, amigo, confidente, por mostrar-me outras realidades, me fazer conhecer outras culturas e cultivar junto comigo o desejo de ir além das fronteiras, de sair de nós mesmos e ir ao encontro dos outros.*

*À todos os professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica.*



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



---

*“Mesmo quando tudo parecer desabar, cabe a mim decidir entre rir e chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar; porque descobri, no caminho incerto da vida, que o mais importante é decidir.”*

*Cora Coralina*



## RESUMO

Trata-se de um estudo de natureza exploratória descritiva, de abordagem qualitativa, mais, especificamente, do tipo estudo de caso. Objetiva analisar o trabalho do Agente Comunitário de Saúde, na perspectiva do usuário do serviço de saúde e do próprio ACS, identificando as atividades desenvolvidas por esses atores, as percepções dos ACSs quanto ao seu papel na equipe para o cuidado individual e coletivo e as percepções e expectativas dos usuários quanto ao trabalho do ACS. Os sujeitos do estudo foram seis ACS de uma Unidade de Saúde da Família do município de São Carlos e quatro usuários do serviço de saúde e representantes da população no Conselho Gestor Local de Saúde. Os referenciais que sustentaram o estudo e que foram objeto de aprofundamento teórico: saúde da família, trabalho e modelos de atenção no SUS. A coleta dos dados se deu por meio de entrevista individual, semi-estruturada. Os conteúdos transcritos das entrevistas foram analisados segundo a técnica categorial temática. Os dados coletados foram analisados separadamente e obteve-se as seguintes categorias: o que é ser ACS: entre o ideal e o real; organização do cotidiano de trabalho do ACS; desmotivação e impotência diante da adversidade; falta de EPS: a asfixia do trabalho do ACS; quem é o ACS para mim?; o real e o ideal do trabalho do ACS, na perspectiva dos usuários e; o agir para fortalecimento do trabalho do ACS. A análise das categorias possibilitou uma aproximação das dificuldades e facilidades do cotidiano de trabalho do ACS, elementos ora desmotivadores, ora potencializadores da prática desse sujeito. Identificou-se a multifuncionalidade do ACS como dificultador da construção da identidade desse trabalhador perante a população. Quanto aos usuários, verificou-se a expectativa de que o ACS contribua para o exercício da cidadania, orientando a população sobre seus direitos e deveres, ou seja, não se limitaram em suas falas ao trabalho técnico do ACS, mas contemplaram a dimensão político-social do papel desse sujeito. A pesquisa indica que a mudança de modelo de produção de saúde não depende apenas de um trabalhador- ACS - e tampouco com simples implantação de novas equipes de saúde da família. É necessário um esforço conjunto de todos os trabalhadores da saúde e que, os mesmos possam se colocar em processo de análise crítico-reflexivo de suas práticas, reverberando em efetiva mudança de modelo de produção de saúde e consolidação do SUS.

**Palavras-chave:** trabalho, Saúde da Família, Agente Comunitário de Saúde



---

## ABSTRACT

This is a descriptive study with qualitative approach, more specifically a case study. It aims to analyze the work of Community Health Agent (ACS), from the perspective of health user and ACS itself, identifying the activities undertaken by these actors, perceptions of ACSs about his role on the team for the individual and collective care assistance, and the perceptions and expectations of users regarding the work of the ACS. The subjects were six ACSs from a unit of Family Health Program of city São Carlos, and four users of the health service and spokesman in the Local Health Council. Theoretical frameworks that supported this study and who were the object of theoretical study: family health, work and health care directives of the Brazilian Unified Health System (SUS). The research technique chosen for data collection was individual semi-structured interviews and data analysis used the technique of thematic analysis. The data collected with ACS and users were analyzed separately and yielded on the following categories: what is to be ACS: between the ideal and the real; organization of daily work of the ACS; demotivation and impotence in the face of adversity; lack of Permanent Education in Health: choking the work of ACS; who is the ACS to me; the real and the ideal work of ACS, and a user's perspective; the effort to strengthen the work of ACS. The results of this study allowed an approximation of the difficulties and easiness from everyday work of the ACS, sometimes demotivating elements, sometimes augmenting the practice of this worker. It was possible to identify the multifunctionality of ACS as one reason for the loss of identity from that worker before the population. As for users, the expectation that the ACS contributes to citizenship, advising people of their rights and duties, ie, not limited in their speeches to the technical work of the ACS was found, but contemplated the political and social dimension in the role of this worker. Research indicates that the change in the health production model depends not only on a worker-ACS- neither simple deployment of new family health teams. A joint effort of all health workers and a critical-reflective analysis of their own practices, reverberating effective change in health production and consolidation of SUS.

**Key-words:** work, Family Health, Community Health Agent.

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1-** Caracterização dos ACSs segundo sexo, idade, escolaridade e tempo de exercício, 2013 ..... 40

**Quadro 2-** Caracterização dos Conselheiros de saúde, representantes da população, segundo sexo, idade, tempo de moradia e de representação no Conselho, 2013. .... 43



## ABREVIATURAS

<b>ABS</b>	Atenção Básica à Saúde
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>ARES</b>	Administração Regional de Saúde
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CEME</b>	Centro de Especialidades Médicas
<b>CEO</b>	Centro de Especialidade Odontológica
<b>DRS</b>	Divisão Regional de Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>EPS</b>	Educação Permanente em Saúde
<b>FESC</b>	Fundação Educacional de São Carlos
<b>PAS</b>	Programa Agente de Saúde
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>PDT</b>	Psicodinâmica do Trabalho
<b>PNACS</b>	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
<b>RMSFC</b>	Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFSCar</b>	Universidade Federal de São Carlos
<b>UPA</b>	Unidade de Pronto-Atendimento
<b>USE</b>	Unidade Saúde Escola
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família
<b>VD</b>	Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>1-INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>2- OBJETIVOS</b> .....	<b>30</b>
2.1- Objetivo geral .....	30
2.2- Objetivos específicos .....	30
<b>3-PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>31</b>
3.1- Caracterização do estudo.....	31
3.2- Técnica de investigação .....	32
3.3- Cenário de pesquisa .....	33
3.4- Sujeitos do estudo.....	35
3.5- Aspectos éticos da pesquisa .....	36
3.6- Técnica de análise dos dados .....	37
<b>4- RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>40</b>
4.1- Caracterização dos sujeitos .....	40
4.2- Com a palavra, nossos Agentes Comunitários de Saúde.....	44
4.2.1- O que é ser ACS: entre o ideal e o real .....	44
4.2.2- Organização do cotidiano do trabalho do ACS .....	55
4.2.3- Desmotivação e impotência diante da adversidade .....	58
4.2.4- Falta de EPS: a asfixia do trabalho do ACS.....	64
4.3- Voz aos conselheiros de saúde: suas percepções referentes aos ACSs.....	67
4.3.1- Quem é o ACS para mim?.....	67
4.3.2- O real e o ideal do trabalho do ACS, na perspectiva do usuário .....	70
4.3.3- O agir para o fortalecimento do trabalho do ACS.....	78
<b>5- CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>81</b>
<b>6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>85</b>



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



---

7- APÊNDICES..... 95

8- ANEXO..... 123

## **APRESENTAÇÃO**

O interesse pelo tema da pesquisa foi delineando-se com a minha inserção no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), da Universidade Federal de São Carlos (USFCar). Estando inserida na atenção básica em saúde do município de São Carlos, mais especificamente em uma Unidade de Saúde da Família (USF), enquanto residente de enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade tive a oportunidade de vivenciar diversas situações, mas o que mais me mobilizou foram as discussões existentes em torno da prática do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Durante a realização de um trabalho de territorialização na USF, uma vez que território não deve ser entendido apenas como uma limitação geográfica, mas também política, o qual é de extrema importância para o planejamento local de ações em saúde que possam ir ao encontro das reais necessidades da população adscrita e que fora realizado em três etapas – análise de indicadores de saúde, observação do território e entrevistas semi-estruturadas com alguns usuários do serviço - percebi a dificuldade de muitos em identificar a figura do ACS responsável pela sua microárea.

Essa situação vivenciada suscitou alguns questionamentos: O que tem sido desenvolvido pelos ACSs? Será que há um descompasso entre o que é preconizado e o que realmente tem sido desenvolvido por esses trabalhadores? Suas ações vão ao encontro das expectativas dos usuários e dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Saúde da Família, contribuindo para uma mudança no modelo de atenção à saúde?

Esses questionamentos apontaram para um principal problema de pesquisa: "há um desencontro entre as ações desenvolvidas pelos ACSs e as preconizadas pela



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



---

Política Nacional de Atenção Básica". Este estudo visou identificar as potencialidades e as fragilidades do trabalho do ACS para a reorientação de uma prática em saúde que seja usuário-centrada e fomentar reflexões para mudanças que contribuam para o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde (ABS) e o Sistema Único de Saúde.



## INTRODUÇÃO

A partir do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, a luta pela implantação de uma política pública de saúde no Brasil, da qual participaram intelectuais, profissionais da área da saúde e usuários, possibilitou-se a discussão acerca do conceito de saúde-doença e de um processo de trabalho que contemplasse o âmbito da determinação social da saúde (LUNARDELO, 2004).

É nesse contexto que foi instituído o SUS, após a aprovação da Constituição Federal Brasileira de 1988, que definiu a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas e como “direito de todos e dever do Estado”. As ações e os serviços de saúde deveriam ser promovidos por um sistema único organizado com base nos princípios da descentralização, integralidade, resolutividade, universalidade, equidade, intersetorialidade, participação e controle social. Buscou-se, assim, garantir a ampliação do acesso e a participação social na gestão e organização dos serviços de saúde, além de mudanças nas formas de produzir assistência à saúde no país.

A aprovação e a implantação do SUS ocorreram em um período em que as políticas sociais não eram priorizadas em decorrência de uma visão privatista que subordinou o bem-estar social ao crescimento econômico brasileiro. Esse período foi marcado intensamente pela incorporação tecnológica e a oferta de serviços dominados pela iniciativa privada e pela lógica do lucro, pela medicalização, além de uma compreensão reducionista do conceito de saúde, resultando em dificuldades para a estruturação e total implantação do novo Sistema de Saúde (FURLAN, 2008).

Para suplantarmos o modelo assistencial hegemônico, também conhecido como modelo clínico ou flexneriano, que apresenta características curativa, tecnicista,

biologicista e individual, com centralidade na figura do médico, o Ministério da Saúde define a Atenção Básica à Saúde (ABS) como reordenadora do sistema, sendo prioritariamente implantada através do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2012).

Entende-se por modelo assistencial uma determinada forma de combinação de técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender às necessidades de saúde tanto individuais quanto coletivas (PAIM, 2003). Tal mudança de modelo, não se faz simplesmente pela adoção de estratégias, mas sobretudo é necessária a mudança no processo de trabalho dos trabalhadores de saúde.

A ABS é caracterizada como:

*[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde [...] e considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. (BRASIL, 2012, p.19).*

A ABS é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo e da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Em concordância ainda com a Política Nacional de Atenção Básica, o Ministério da Saúde consolidou o PSF, criado em 1994, como estratégia estruturante prioritária para reorganização da ABS no Brasil e passou a denominar a Saúde da Família não mais como programa, que nos remete a

um caráter vertical e um objetivo de extensão de cobertura para as populações marginalizadas e sim, como estratégia, uma estratégia de mudança (BRASIL, 2012).

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), o cuidado à saúde é realizado por uma equipe multiprofissional com composição mínima de um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem com um número máximo de 12 ACSs. O número de ACS deve ser o suficiente para atender 100% da população cadastrada, sendo cada um responsável pelo acompanhamento de no máximo 750 pessoas (BRASIL, 2012). À composição da equipe multiprofissional de saúde da família pode ser acrescentado ainda os profissionais de saúde bucal - cirurgião dentista, atendente de consultório dentário ou/e um técnico de higiene bucal.

Tal estratégia procura reafirmar os princípios básicos do SUS sendo eles a universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

A ESF:

*Prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua [...] incorporando os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): universalização, integralidade, equidade e participação social (BRASIL, 2001b, p.5).*

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a ESF tem como princípios: atuar em caráter substitutivo das práticas convencionais de assistência à saúde, caracterizando-se como porta de entrada do sistema local de saúde e visando à integralidade e hierarquização – compondo o primeiro nível de ações e serviços no sistema de saúde, garantindo o acesso a outros níveis de maior complexidade e



responsabilizando-se pelo acompanhamento dos indivíduos e famílias em todo o processo de referência e contrarreferência.

Possui como ponto principal o estabelecimento de vínculo e co-responsabilidade entre os trabalhadores de saúde e população. A atenção à saúde centra-se nas famílias, compreendidas a partir do contexto social, político, econômico, cultural e geográfico nos quais estão inseridas e tem como importante instrumento de trabalho a educação em saúde.

Sakata (2009, p.25) ressalta que as ações curativas também estão contempladas no cuidado prestado pelas equipes de saúde da família, bem como as ações em conjunto com outros setores públicos, o que denominamos de intersetorialidade, e com a própria comunidade para a resolução de questões ligadas com o processo saúde-doença. Diz ainda que o cuidado não perdeu seu caráter clínico e biológico, mas o relaciona na rede complexa dos fatores determinantes e condicionantes de saúde e doença.

A ESF representa a possibilidade de aproximação entre serviço/sistema e usuários/necessidade, pautado no pressuposto do diálogo entre equipe multiprofissional e usuário (VIEIRA et al.,2008). Esse processo dialógico conta, idealmente, com relevante atuação de um personagem - o ACS – o qual não nasce com a ESF. Sua atuação precede à própria implantação da ESF. E é assim, que se faz necessário dar maior enfoque ao trabalho dos agentes comunitários de saúde, uma vez que representariam a população dentro dos serviços, através de um recrutamento a partir de suas referências comunitárias e do reconhecimento do seu papel de liderança.

A ESF tem suas origens no Programa Agente de Saúde (PAS) instituído em 1987, quando o Estado do Ceará contrata pessoas, em sua maioria mulheres, em caráter emergencial, com a finalidade de realizar ações de promoção à saúde frente aos períodos de seca que assolavam a região. Segundo Lunardelo (2004), o Estado do Ceará também enfrentava dificuldades para fixar profissionais de saúde em regiões sem recursos sociais, econômicos e culturais, além de possuir um grande contingente populacional sem atividade geradora de renda.

O objetivo geral do PAS era melhorar a capacidade da população em cuidar da sua própria saúde e, como objetivos específicos, tinha-se a redução do risco de morte de mulheres durante o parto, diminuição de morte infantil, diminuição do número de óbito causado por diarreia e o aumento do índice de aleitamento materno exclusivo até os quatro meses de vida. Para atingir esses objetivos, as ações básicas desenvolvidas por essas pessoas contratadas eram: visitas domiciliares regulares às famílias cadastradas, em especial às famílias que possuíam crianças menores de dois anos de idade e gestantes; controle de infecção respiratória aguda; controle de diarreias por meio de terapia de re-hidratação oral, acompanhamento do crescimento infantil; fornecimento de medicações; controle de vacinação; incentivo ao aleitamento materno e encaminhamentos às unidades de saúde (SAKATA, 2009; LUNARDELO, 2004 e WAI, 2007). Também, segundo Wai (2007), era função dos agentes de saúde promover, organizar e colaborar para o desenvolvimento social da comunidade.

Analisando os objetivos e as ações realizadas pelos agentes comunitários do PAS, verifica-se que a prioridade do cuidado à saúde estava voltada às doenças infectocontagiosas e parasitárias, realidade de saúde muito diferente da qual os agentes comunitários de saúde se depararam hoje, uma realidade que é marcada por violência,



desemprego, uso de drogas, doenças crônicas. Assim, se colocam novos desafios às ações do agente comunitário de saúde (FURLAN, 2008).

Os agentes de saúde, embora fossem considerados “elite” de suas comunidades, não tinham direitos trabalhistas garantidos e por não possuírem identidade de categoria profissional, apresentavam dificuldade em se organizarem em entidades de classe e se inserirem em planos de cargos e carreira (SOUSA, 2001; WAI, 2007).

Com a iniciativa do PAS obteve-se resultados positivos nas condições de saúde da população e, em 1991, o programa foi ampliado pelo Ministério da Saúde com a denominação de Programa Nacional de Agente Comunitário de Saúde – PNACS, mas mesmo assim o programa ficou restrito às regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. O objetivo do PNACS era o mesmo do PAS, ou seja, o de transmitir informações e conhecimentos à população, somado ao de proporcionar a ligação entre o serviço de saúde e a comunidade por meio do ACS. Tinha como propósito também colaborar para a implantação do SUS, segundo os princípios da integralidade, regionalização, acesso universal, equidade, participação e controle social (DALMASO, apud SAKATA, 2009). Em 1992, o PNACS passa a ser denominado PACS.

Segundo Viana e Dal Poz apud Dias (2008):

*A história do Programa Saúde da Família (PSF) tem início quando o Ministério da Saúde forma o Programa Agentes Comunitário de Saúde (PACS), em 1991. A partir daí começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão somente) o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura (por família). [...] Pode-se afirmar, então, que o PACS é um antecessor do PSF.*

A partir de 1994, com o desenho do PSF é que os ACSs passam a compor a equipe nuclear desta proposta e, portanto, começam a chegar aos grandes centros, regiões metropolitanas e capitais do sul e sudeste (SOUSA, 2001).

O ACS atua, então, como membro da equipe de saúde, mas suas funções transcenderiam o campo da saúde, uma vez que, para serem realizadas, requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população, situados no âmbito daquilo que se convencionou chamar de ação intersetorial (NOGUEIRA, 2002). É colocado como desafio para esse trabalhador, bem como para os demais membros da equipe, atuar com base no modelo da determinação social do processo saúde-doença da saúde coletiva, diferentemente da saúde pública baseado no modelo da causalidade (MATUMOTO, MISHIMA, PINTO, 2001) . Sousa (2001) diz que a maior função do ACS é ter a sensibilidade de ler, escutar e traduzir, para as autoridades públicas, as reais necessidades da população, encontradas em cada residência, em cada pessoa, em cada família e em cada comunidade.

Verifica-se também que com a implantação da ESF, o papel do ACS foi ampliado, ou seja, o foco de suas ações deixa de ser materno infantil e volta-se para a família e a comunidade. Sendo assim, é exigido novas competências no campo político e social (TOMAZ, 2002).

A atividade do ACS demorou, aproximadamente, onze anos para ser reconhecida, o que ocorreu com a criação da lei de profissão de agente comunitário de saúde – lei 10.507 de 10 de julho de 2002, que determina a existência dessa profissão somente no âmbito do SUS e traz como requisitos básicos para o exercício da profissão: residir na área da comunidade em que atuar, haver concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde e haver concluído

o ensino fundamental (BRASIL, 2002). Atualmente, a profissão é regida pela lei 11.350 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006b).

São consideradas atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2012):

- promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras;
- desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;
- trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- manter contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção de doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual ou municipal, de acordo com o planejamento da equipe;
- cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares – VD- e de



ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

- acompanhar, por meio de VD, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que as famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês.

Após descrição acima de funções a serem executadas pelos ACSs, as quais compõem uma dimensão mais técnica, deve-se ressaltar a dimensão política das ações que também são de responsabilidade dos ACSs.

Segundo Silva e Dalmaso (2002), pode-se identificar duas dimensões principais de proposta de atuação dos ACSs. A primeira dimensão é técnica, está relacionada ao atendimento aos indivíduos e famílias, à intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos. Quanto ao segundo componente, esse é mais político, porém não se refere apenas a solidariedade à população e a inserção da saúde no contexto geral de vida, mas, também, compreende uma proposta de organização da comunidade e transformação das condições de saúde, onde o ACS é visto como um elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, de discussão com a população sobre as necessidades de saúde e de apoio ao auto-cuidado.

Pode-se ainda incluir uma terceira dimensão ao trabalho do ACS – a dimensão relacional, que objetiva a construção de vínculo por meio de encontros sucessivos, nos



quais os usuários são reconhecidos como sujeitos dotados de história, desejos e necessidades, dessa maneira estimulando a autonomia e a cidadania do sujeito.

E é sobre o trabalho desse agente técnico-político-social que se propõe conhecer e desvelar suas potencialidades e dificuldades no cotidiano do trabalho.

Os referenciais teóricos que sustentam o estudo e que foram objeto de aprofundamento teórico foram: saúde da família, processo de trabalho e modelo de atenção no SUS.

O conceito de trabalho humano traz em si a ideia de energia e transformação que se conjugam em um processo norteado por uma intencionalidade de transformar “algo antes” em um “algo depois” por meio da aplicação de energia que se insere como instrumentos de trabalho. Assim, o que difere o processo de trabalho humano de qualquer outro é que essa atividade sempre está vinculada a uma finalidade, denotada por um carecimento, presente sempre antes e durante o processo, e no final tem-se como resultado algo já existente idealmente na imaginação do trabalhador (MENDES-GONÇALVES, 1992). Cabe ressaltar que o processo de trabalho humano, bem como o processo de trabalho em saúde, é composto por elementos constitutivos, a saber: o **objeto, agentes, finalidade, instrumentos e resultados**.

O **objeto de trabalho** é aquilo sobre o qual se trabalha, aquilo sobre o qual se incide a ação do trabalhador. Na saúde esse recorte não se dá de forma desinteressada, sendo norteado pela concepção saúde-doença do agente. Mendes-Gonçalves (1992) defende a ideia de que o processo de trabalho em saúde não contém nenhum objeto “natural” e nenhuma necessidade “natural”, mas são e sempre serão social e

historicamente determinados. Sendo assim, as práticas em saúde se transformam para responder as necessidades de cada momento histórico.

Quanto aos **agentes**, esses são definidos como aqueles que transformam o objeto de trabalho, ou seja, aqueles que realizam o trabalho. Os agentes são elementos centrais do processo de trabalho, já que cabe a estes fazerem a leitura das necessidades de saúde, delimitando um objeto de trabalho, o que se dá no encontro trabalhador de saúde-usuário, encontro esse marcado por subjetividades que muitas vezes não são equivalentes, e assim disparar todo o processo. No processo de trabalho em saúde, profissional e usuário são sujeitos ativos do processo de produção de saúde (FARIA; ARAÚJO, 2010). É a partir desse encontro entre usuário e trabalhador de saúde, que se faz uma avaliação do problema apresentado pelo usuário e se será objeto de ação, o que se dá por critérios do serviço que evidenciam o conceito de “necessidade de saúde” que o serviço opera (MERHY, 1997).

Os **instrumentos** são todos os recursos mobilizados para que a transformação aconteça, ou seja, é aquilo que o trabalhador insere entre si e o objeto, sendo esses instrumentos materiais e não-materiais. Merhy (1997) trabalha com o conceito de tecnologia compreendida como algo que permite que as finalidades perseguidas sejam alcançadas. Essas tecnologias são classificadas como: tecnologia leve que contempla o estabelecimento de vínculo, acolhimento, escuta, ou seja, é a tecnologia das relações; tecnologia leve-dura que é todo o saber estruturado e; tecnologia dura que consiste em materiais e equipamentos tecnológicos.

Dependendo da forma como elas são empregadas no processo de trabalho, pode-se ter processos mais criativos, centrados nas relações, ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros (ZOLINGER; FADEL, 2011).

Merhy (1997) também apresenta o conceito de trabalho morto como sendo resultados de um trabalho humano já terminado, resultados de um trabalho humano anterior. Já o trabalho vivo é aquele trabalho em ato, que está se dando no momento. Acontece no momento em que o trabalhador faz uso de saberes e práticas consagradas, por exemplo, somadas à sua atividade criadora. Assim, o trabalho vivo se utiliza do trabalho morto para a produção de um produto que poderá ter um valor de uso ou valor de troca, através da troca do produto produzido por qualquer outro produto que satisfaça outra necessidade qualquer.

Nessa classificação do produto com valor de uso ou troca, as ações de saúde apresentam um valor de uso para os usuários. As ações de saúde permitem que a saúde seja mantida ou restabelecida e o consumo dessas ações dá-se imediatamente no momento de produção, não é ofertada no mercado como coisa externa que “se vai e pega”. As ações em saúde são produzidas pelo encontro entre quem produz e quem recebe, a produção é singular e se dá no próprio ato.

Uma vez que as necessidades de saúde são diversas, o trabalho em saúde é sempre realizado por um trabalhador coletivo. Não há trabalhador de saúde que sozinho consiga contemplar o mundo das necessidades de saúde – objeto de trabalho em saúde. Apresenta-se assim, a **finalidade** do trabalho em saúde: cuidar do usuário – o portador efetivo das necessidades.

Partindo do conceito de modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais como organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença, combinando tecnologias (materiais e não-materiais) para enfrentar os problemas de saúde existentes em uma coletividade (MERHY et. al, 2004), verifica-se que apenas com

uma reorganização do processo de trabalho em saúde do conjunto dos profissionais, reorganização essa que perpassa pela resignificação do conceito saúde-doença, a valorização do encontro usuário-trabalhador de saúde como um espaço relacional e de cuidado e, não simplesmente para realização de procedimentos, é que se pode alcançar uma reorientação do modelo assistencial tão desejada.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

Analisar o trabalho desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde, a partir de sua prática, na perspectiva do usuário do serviço de saúde e do próprio ACS.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Identificar as atividades realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde na Unidade de Saúde da Família na perspectiva dos ACSs e usuários;
- Analisar as percepções dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao seu papel na equipe de saúde da família para o cuidado individual e coletivo;
- Analisar as percepções e expectativas dos usuários quanto ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

### **3. PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Caracterização do Estudo**

Trata-se de um estudo de natureza exploratória descritiva, de abordagem qualitativa, mais especificamente do tipo estudo de caso.

A pesquisa descritiva e exploratória é definida como um tipo de estudo que visa observar, descrever e documentar aspectos de uma situação que naturalmente ocorre, que tem como fundamento que o conhecimento sobre os indivíduos só é possível a partir da descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida pelos seus próprios autores (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Quanto à pesquisa qualitativa, essa é conceituada, segundo Minayo (2003), como a pesquisa que trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Sua ênfase está em analisar e compreender a dinâmica das relações sociais estabelecidas com a vivência e a experiência no cotidiano. E partindo do conceito de pesquisa qualitativa trabalhado por essa autora, é que se optou pela abordagem qualitativa como mais adequada aos objetivos dessa investigação.

Considerando que o presente estudo visa conhecer o trabalho desenvolvido pelos ACSs no seu cotidiano em um determinado cenário de cuidado, faz-se necessário desvelar quais as vivências dessas práticas tanto para os que a executam, quanto para os que a compartilham (ACS e usuário), na medida em que são construídas nas relações sociais que se estabelecem.

Nesse sentido, o estudo de caso torna-se apropriado, pois se constitui numa estratégia de pesquisa que contribui para o conhecimento de fenômenos individuais,

organizacionais, sociais, políticos e de grupos com maiores detalhes (YIN, 2005). Para esse autor, a necessidade pelo estudo de caso, que é uma investigação empírica, surge do desejo de se compreender fenômenos sociais complexos, contemporâneos dentro do seu contexto da vida real. Em geral, representa importante estratégia quando se colocam questões do tipo “como” e “porque”. Baseia-se em várias fontes de evidências e possibilita a combinação entre vários métodos de coleta de dados, sendo uma importante fonte de informação a entrevista.

### **3.2. Técnica de Investigação**

A técnica de investigação escolhida para a coleta dos dados foi a entrevista semi-estruturada.

Segundo Minayo (2004), a entrevista permite obter dados de duas naturezas, dados que podem ser conseguidos por meio de outras fontes, ou seja, dados mais objetivos; e dados que dizem respeito ao entrevistado, ou seja, suas atitudes, valores e opiniões. Essa mesma autora salienta ainda que a entrevista não é meramente um processo de coleta de dados, mas que constitui em um momento de interação e que as informações obtidas, então, podem ser influenciadas pela maneira como se dá essa interação.

A entrevista semi-estruturada é um tipo de entrevista que possibilita o informante contribuir com a pesquisa conduzindo espontaneamente seus pensamentos e experiências sem desviar do foco principal, uma vez que se trabalha com questões norteadoras (TRIVIÑOS, 1987). Há nessa técnica uma flexibilidade, tanto para o



entrevistado que pode extrapolar aquilo que esta sendo perguntado de forma mais direta, não se limitando as respostas afirmativas ou negativas; quanto para o entrevistador que pode nessa interação solicitar maiores detalhes de respostas. No instrumento de coleta de dados incluíram-se questões fechadas para traçar o perfil dos sujeitos e as questões norteadoras elaboradas especificamente para essa pesquisa que se encontram em apêndice C e apêndice D.

### **3.3. Cenário de Pesquisa**

O estudo foi realizado no município de São Carlos que conta com 221.936 habitantes e faz limite com os municípios de Ibaté, Itirapina, Rincão, Santa Lúcia, Analândia, Luís Antônio, Araraquara, Descalvado, Brotas, Américo Brasiliense e Ribeirão Bonito (SÃO CARLOS, 2014; IBGE, 2010).

Na divisão administrativa da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, esse município pertence ao Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRS-III) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Conta com uma rede pública de saúde constituída por unidades que compõem o nível primário, secundário e terciário à saúde. O nível primário à saúde é constituído por doze Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dezessete Equipes de Saúde da Família. Compondo o nível secundário tem-se: Unidade de Saúde Escola (USE), o Centro de Especialidades Médicas (CEME) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - CAPS-AD (Álcool e Drogas) e CAPS-mental – Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e duas Unidades de Pronto- Atendimento (UPA). No nível terciário há dois hospitais

gerais. O município conta ainda com serviços de Vigilância Sanitária e de Vigilância Epidemiológica. (SÃO CARLOS, 2009).

Divide-se em cinco Administrações Regionais de Saúde (ARES), sendo estas: ARES Vila Isabel, ARES Redenção, ARES São José, ARES Santa Felícia e ARES Cidade Aracy. As Administrações Regionais têm a função de coordenar as unidades de atenção básica saúde de sua área de abrangência, sendo que os serviços de atenção secundária têm suas coordenações específicas.

O cenário de estudo escolhido é uma Unidade de Saúde da Família que pertence a uma dessas Administrações que compreende uma região formada por quatro bairros considerados como áreas de grande vulnerabilidade social dada sua localização periférica e o seu processo de urbanização irregular. Segundo Silva (2007), os bairros que compõem esta ARES carregam o estigma de pobreza que tem dificultado a inserção da população residente desses bairros no mercado de trabalho. Os moradores reconhecem que deixaram de conseguir empregos que já estavam praticamente certos quando mencionaram onde residiam.

Esta ARES está coberta por 5 Equipes de Saúde da Família, 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e 1 Unidade Básica de Saúde (UBS).

A USF escolhida para o estudo foi fundada em 12 de janeiro de 2000 e é composta por 2 auxiliares de enfermagem, 1 enfermeiro, 1 médico, 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário, 6 agentes comunitários de saúde (ACS) e um funcionário de serviços gerais. Possui um número total de 749 famílias cadastradas e desde a sua construção passou somente por um momento de redefinição de seu território de abrangência, o qual foi reduzido. Verifica-se que a população adscrita ao território dessa

unidade possui certa proximidade e vivência com o tipo de trabalho desenvolvido na saúde da família nesses quatorze anos de implantação. Outro aspecto que favoreceu a escolha por essa unidade, deve-se ao fato de ter sido local de prática de residentes multiprofissionais do Programa de Residência em Saúde da Família e Comunidade.

### **3.4. Sujeitos do Estudo**

Os sujeitos dessa pesquisa foram os 6 ACSs da referida equipe e os 4 membros, representantes dos usuários, no Conselho Gestor Local de Saúde.

A escolha desses usuários justifica-se pela sua maior interface comunidade-unidade de saúde, uma vez que é de sua função possibilitar a participação organizada da população nos serviços prestados pela unidade de saúde, acompanhando, avaliando e fiscalizando os serviços prestados a população, além de propor medidas para o aperfeiçoamento das ações da unidade levando em consideração a necessidade da comunidade (SÃO CARLOS, 2001).

Os sujeitos foram convidados a participarem da pesquisa e a concessão de sua participação no estudo se deu por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndices A e B). Todos os sujeitos convidados aceitaram participar do estudo, não havendo recusas.

Foram entrevistados seis Agentes Comunitários de Saúde, ou seja, a totalidade de ACS da unidade de saúde em questão e todos os quatro representantes dos usuários no Conselho Gestor Local de Saúde, totalizando dez pessoas entrevistadas. As entrevistas com os agentes comunitários de saúde foram previamente agendadas e realizadas no local de trabalho, de modo a não interferir no andamento das atividades desenvolvidas



pelos mesmos. Quanto às entrevistas com os Conselheiros de Saúde, essas foram realizadas em domicílio, agendadas previamente, objetivando resguardar a privacidade e maior liberdade dos entrevistados para avaliarem o trabalho do ACS. Apenas uma entrevista com representante dos usuários no Conselho ocorreu no ambiente da unidade de saúde, a pedido do sujeito.

A escolha do local de realização da entrevista influencia na qualidade dos dados coletados. Observou-se que as entrevistas realizadas em domicílio, muitas vezes, estiveram sujeitas a interrupções não planejadas por não se tratar de um local sob o controle da pesquisadora. Em contrapartida, a entrevista realizada na unidade de saúde contou com um local mais protegido que proporcionou menos interrupções na fala dos sujeitos por estímulos externos. A coleta de dados foi realizada no mês de fevereiro de 2013, através de entrevistas semiestruturadas que tiveram uma duração média de 20 minutos cada uma que foram gravadas e posteriormente transcritas para análise.

### **3.5. Aspectos Éticos da Pesquisa**

O projeto de pesquisa foi apreciado e teve seu desenvolvimento autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, através do parecer de nº 190.845 em 05 de fevereiro de 2013 (Anexo A), além de contar com a aprovação da Secretaria Municipal de Saúde do município, instituição coparticipante da pesquisa, representada pelo chefe do Departamento de Cuidado Ambulatorial e pela administradora regional de saúde da ARES a qual pertence a USF em estudo.

Durante todo o desenvolvimento da pesquisa, buscou-se garantir os direitos dos participantes através da explanação dos riscos e benefícios ao se participar da pesquisa, bem como o respeito ao anonimato e sigilo das informações obtidas.

### **3.6. Técnica de Análise de Dados**

Os dados coletados das entrevistas com ACS e usuários foram analisados separadamente utilizando a mesma técnica de análise.

Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de análise temática. Segundo Minayo (2004), a análise temática:

*Consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Ou seja, tradicionalmente, a análise temática se encaminha para a contagem de frequência as unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. Ou, ao contrário, qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (p.209).*

Minayo (2004) descreve duas possíveis perspectivas da análise temática, uma que prioriza inferências estatísticas e outra que trabalha com significados. Nesse estudo, a escolha foi por fazer a análise temática buscando identificar nas falas dos sujeitos sentidos, significados, valores, em relação ao objeto de estudo, sem a preocupação com a regularidade dos dados em categorias mais frequentes. Ou seja, com essa técnica de análise espera compreender o pensamento do sujeito através do conteúdo expresso no texto, numa concepção transparente da linguagem (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

A análise temática se organiza em três grandes etapas que são a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e a interpretação (MINAYO, 2004):

- Pré-análise: nessa etapa realiza-se a escolha dos documentos a serem analisados retomando os objetivos iniciais da pesquisa. Pode ser decomposta em **leitura flutuante** que consiste em um contato exaustivo com o material coletado, deixando-se impregnar por pelo seu conteúdo; **constituição do corpus** que é a etapa de organização do material, de tal forma que possa responder a algumas normas de validade como a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência; e a **formulação de hipóteses e objetivos** que é feita a partir de procedimentos exploratórios. Nessa fase são determinados a unidade de registro, a unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise;
- Exploração do material: consiste essencialmente na operação de codificação. Segundo Bardin (2009), é nessa fase que se realiza a transformação dos dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto;
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nessa etapa os dados são submetidos a operações estatísticas simples ou complexas que permitem a proposição de inferências e a realização de interpretações. Como pode-se

perceber essa última etapa está mais voltada a análise temática tradicional de caráter mais quantitativo.

As entrevistas foram enumeradas em ordem crescente de realização, sendo as entrevistas realizadas com os ACS identificadas como, por exemplo, EACS1 e, assim, sucessivamente. Quanto às entrevistas realizadas com os representantes dos usuários no Conselho Gestor Local de Saúde, essas foram codificadas como EC1 e, assim, sucessivamente. Como fase inicial do processo de análise de dados, realizou-se a ordenação dos dados através da transcrição literal das entrevistas realizadas com os ACS e usuários do serviço de saúde, e uma leitura exaustiva, porém desinteressada. Após, realizou-se aproximação das ideias contidas nas falas dos entrevistados, através de uma leitura mais sugestionada pelos objetivos propostos pela pesquisa.

As entrevistas foram analisadas na íntegra, determinando-se os recortes, as unidades de contexto, os núcleos de sentido e, por fim as categorias. Os recortes foram constituídos por fragmentos das falas dos entrevistados, entendido como regra de recorte de sentido e não de forma. As unidades de contexto representam uma descrição dos recortes das falas dos entrevistados e os núcleos de sentido, a representação da ideia geral. Nos apêndices E e F pode-se ver um quadro esquemático com os momentos realizados na etapa de análise das entrevistas.

Com a análise das entrevistas realizadas com os agentes comunitários de saúde, obteve-se para o agrupamento 15 núcleos de sentido. Os núcleos de sentido foram agrupados em quatro categorias, a saber: 1) o que é ser ACS: entre o ideal e o real; 2) organização do cotidiano de trabalho do ACS; 3) desmotivação e impotência diante da adversidade; 4) falta de EPS: a asfixia do trabalho do ACS. Já com a análise do material

obtido através de entrevista com os representantes dos usuários, construiu-se três categorias: 1) o real e o ideal do trabalho do ACS, na perspectiva dos usuários; 2) quem é o ACS para mim?; 3) o agir para fortalecimento do trabalho do ACS. Na sessão de apêndices (G e H) é possível verificar um quadro resumo da fase de categorização de ambas análises.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

##### 4.1. Caracterização dos Sujeitos

Nesse tópico, apresenta-se uma breve caracterização dos agentes comunitários de saúde, sujeitos participantes da pesquisa, segundo idade, sexo, tempo de exercício da profissão de ACS e grau de escolaridade. No quadro abaixo está a caracterização desses sujeitos:

Identificação	Sexo	Idade (anos)	Escolaridade	Tempo de exercício da Profissão ACS (anos)
ACS1	M	29	Ensino Médio	4
ACS2	F	29	Ensino Médio	7
ACS3	F	42	Ensino Médio	7
ACS4	F	31	Ensino Médio	7
ACS5	F	26	Ensino Médio	8
ACS6	F	31	Ensino Técnico	9

Quadro 1: Caracterização dos ACSs segundo o sexo, idade, escolaridade e tempo de exercício. 2013.



Observa-se que a maioria dos ACSs entrevistados é do sexo feminino, o que não difere do perfil de outras profissões da área da saúde como, por exemplo, a enfermagem. O setor de saúde, em todo o mundo, tem forte vocação feminina.

No trabalho em saúde, o número de mulheres sempre prevaleceu, especialmente entre os cuidadores das categorias de menor salário. Esta forte presença não corresponde à participação das mulheres nos cargos e profissões de maior prestígio e poder (COSTA, SILVESTRE, 2004).

Entre as atividades que foram socialmente construídas como sendo próprias das mulheres está o cuidar. O cuidar sempre esteve presente na história da mulher, sob sua responsabilidade ficaram a incumbência doméstica, o cuidado e educação dos filhos, se estendendo o cuidado aos doentes. Essa diferenciação é acarretada pela desigualdade de gênero (ROCHA et al., 2013)

Segundo Rocha et al. (2013) não se pode negar que, em uma sociedade na qual predomina o estereótipo sexista, quanto maior a presença feminina em uma determinada profissão, essa passa a estar ligada ao doméstico, sendo considerada por muitos como pouco qualificada e decai o prestígio social dessa profissão.

Lunardelo (2004), em seu estudo sobre o trabalho dos ACSs nos Núcleos de Saúde da Família de Ribeirão Preto, ao se deparar com a totalidade dos ACSs entrevistados sendo do gênero feminino, recorda que a ESF tem como gênese o Programa Agente de Saúde do Estado do Ceará, o qual priorizava a contratação de mulheres com o objetivo de melhorar a posição social dessas mulheres, além de servirem como fator de estímulo a adoção de um posicionamento mais ativo por outras mulheres da comunidade. Mas reconhece que a participação masculina na profissão, contribui com novos olhares na busca da promoção da saúde das famílias atendidas



pelos equipes de saúde da família. Vale ressaltar também que, segundo Padilha et.al (2006), a desigualdade entre os gêneros é um produto de cultura e como tal, passível de mudança, que processualmente e insidiosamente já se pode observar.

Pode-se observar ainda, que as idades dos entrevistados variam de 26 a 42 anos. Sendo que a média das idades é de 31,3 anos.

Quanto à escolaridade, a totalidade dos entrevistados apresenta um nível escolar superior ao pré-requisito, ensino fundamental, exigido pelo Ministério da Saúde para o exercício da profissão. Uma ACS entrevistada apresenta curso técnico em enfermagem, mas refere nunca ter exercido a profissão.

No estudo em questão, o fato de os entrevistados apresentarem escolaridade maior que a requerida para o exercício da profissão ACS, não está relacionada com a busca por instrumentalização para melhor desenvolver o seu trabalho. A ACS supracitada já possuía curso técnico ao ingressar na unidade.

Não se pode desconsiderar que o fato de possuírem maior escolaridade, os permitiu estar mais preparados para o processo seletivo ao qual foram submetidos. Acredita-se também que a escolha pela profissão, mesmo apresentando maior nível de escolaridade, deve-se a dificuldade de inserção no mercado de trabalho, o que é ratificado no discurso dos sujeitos.

Recordando que a unidade de saúde da família em estudo foi criada em 12 de janeiro de 2000, ao analisarmos o tempo de exercício da profissão de ACS na unidade, observamos que varia de 4 a 9 anos, o que pode indicar baixa rotatividade desses profissionais em comparação aos profissionais de nível superior dessa mesma unidade.

Abaixo segue o quadro resumo da caracterização dos representantes dos usuários no Conselho Local de Saúde que fizeram parte do estudo:

<b>Identificação</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade (anos)</b>	<b>Tempo de exercício como conselheiro de saúde (anos)</b>	<b>Tempo de moradia território (anos)</b>
C1	M	50	1	9
C2	F	50	3	10
C3	M	75	1	5
C4	M	49	4	6

Quadro 2: Caracterização dos conselheiros de saúde, representantes da população, segundo, sexo, idade, tempo de moradia no território de abrangência da USF e tempo de representação no Conselho, ano 2013.

A idade dos conselheiros representantes dos usuários varia de 49 a 75 anos, com média de 56 anos. O tempo de moradia no território de abrangência da equipe de saúde da família em estudo varia de 5 a 10 anos, com média de 7,5 anos, tempo que podemos considerar significativo para a observação e relato de mudanças percebidas no trabalho desenvolvido pela Equipe de Saúde da Família, em especial, pelos ACSs.

No ano de 2000, no município de São Carlos, foram instituídos os Conselhos Gestores Locais por meio da Lei nº12. 587 de 17 de julho desse mesmo ano, que têm por finalidade possibilitar a participação organizada da população nos serviços prestados pelas Unidades de Saúde do Município, visando à melhoria da qualidade de vida e saúde da população. Observando o tempo de exercício do papel de conselheiro, os

sujeitos entrevistados em sua maioria possuem pouco tempo, sendo que apenas um entrevistado é Conselheiro de Saúde há 4 anos.

## **4.2. Com a palavra, nossos Agentes Comunitários de Saúde...**

### **4.2.1 O que é ser ACS: entre o ideal e o real**

As motivações para o ingresso na profissão de ACS apontadas pelos entrevistados foram relacionadas à inserção no mercado de trabalho (o desejo de estabilidade no trabalho proporcionado pela carreira, oportunidade de emprego e a facilidade de se trabalhar no próprio bairro) e a solidariedade, entendida como a possibilidade de ajudar a comunidade (GOMES et.al, 2009; PERES et.al, 2010; PRADO et.al, 2011). Uma ACS demonstrou em sua fala maior conhecimento prévio das funções dos ACSs, mas não em sua totalidade, o que a teria motivado a escolher a profissão.

*“[...] Vi a oportunidade de ser concursado, de ser funcionário público [...] eu já conhecia a profissão de agente comunitário, sabia como funcionava, mas não me despertava muito interesse a profissão” (EACS1).*

*“Bom, para falar a verdade, minha irmã já era agente comunitária. Sempre gostei do trabalho dela e tal. Não sabia que tinha tantas coisas. É, eu não sabia que eram tantas coisas assim. Das visitas domiciliares eu sabia porque minha irmã falava para mim. Eu não sabia que tinha coisas burocráticas, né, de papel, de preencher, de SIAB” (EACS2).*

*“[...] eu achava que eu ia poder resolver os problemas de muitas pessoas, o que parece que não acontece hoje em dia” (EACS3).*

*“[...] na época foi uma oportunidade de emprego” (EACS4).*

*“Eu cai de paraquedas (risadas) [...] mas eu nem conhecia muito. Eu falava: - Legal, né, trabalhar no bairro é uma boa oportunidade” (EACS6).*

Observa-se que os aspectos técnico e político-social que devem envolver o trabalho do ACS não estavam presentes como motivações para a escolha de inserção nessa profissão, pelo próprio desconhecimento existente das ações desenvolvidas por esse profissional. No cenário em estudo, foi identificado que os sujeitos foram submetidos a duas formas diferentes de seleção de acordo com o ano de ingresso. A forma mais antiga consistiu em uma entrevista individual e outra em grupo. Posteriormente, outra forma foi adotada: num primeiro momento uma prova de conhecimentos gerais e, os selecionados, receberam uma capacitação que contemplava temas que envolviam o trabalho do ACS no SUS. Posteriormente estes passaram por outra etapa que constituiu de uma prova de conhecimentos específicos relativos aos temas da capacitação. Pelas falas observa-se que independente das formas adotadas, pouco se conheceu do papel desse profissional.

Segundo Pupin e Cardoso (2011), não existe um ACS a priori, mas esse sujeito se constitui agente a partir das vivências no cotidiano do trabalho. Corrobora a pesquisa realizada por Peres et. al (2010), que relata a possibilidade de ocorrer identificação com as ações previstas à medida que o trabalho é desenvolvido, embora o fato de não

conhecer as atividades anteriormente pode fazer com que essas pessoas manifestem maior insatisfação com o trabalho.

Contraditoriamente, há momentos, como mencionado acima, que o fato de trabalhar no bairro onde reside é uma motivação para o trabalho como ACS, em outros momentos aparece como perda de privacidade.

*“[...] porque o agente comunitário não é agente só das 07h às 17h, né. É agente das 07h até a hora que vai dormir. No começo era muito difícil porque você perde a privacidade” (EACS6).*

*“[...] tem um lado positivo e tem um lado negativo. Então, esse é o lado bom, posso conhecer profundamente o lugar onde eu estou trabalhando [...] às vezes, tem aquela falta de paz no final de semana, das pessoas esquecerem um pouco que ele é agente comunitário e que ele tem uma vida a parte” (EACS4).*

Verifica-se que a abordagem feita aos ACSs fora do horário de trabalho lhes causa certo desgaste. Mencionam como aspecto positivo de viver no território em que se trabalha a possibilidade de conhecer melhor a necessidade de saúde da comunidade assistida pela equipe de saúde da família, possibilitando a realização de diagnóstico comunitário e o planejamento de melhores ações. Mas viver na comunidade, exercer esse duplo papel, ora como membro da comunidade na qual se trabalha, ora como profissional, em si garante seu comprometimento com ela?

Essa dedicação exclusiva, muitas vezes, extrapola os limites de tempo e atividade, caracterizando em invasão de privacidade (COSTA et. al, 2012; MENEGUSSI et. al, 2014).

Em pesquisa realizada por Menegussi et.al (2014) com ACSs de duas USFs do mesmo município cenário desse atual estudo, verificou-se imensa inquietação e questionamentos desses sujeitos referente a premissa do Ministério da Saúde quanto a necessidade de morarem no território de atuação.

O ACS pode ser considerado um importante instrumento para a detecção das necessidades de saúde da família. Mas, como corrobora o trabalho de Furlan (2008), ao observar as atribuições delegadas aos ACSs como, a identificação de necessidade de saúde, ações de educação em saúde e trabalho em equipe, verifica-se que essas são tarefas que permeiam o campo de ação e responsabilidade de vários profissionais e não são exclusivamente do núcleo de atividades dos ACSs. Porém, o que se vê nas práticas de saúde, de acordo com a mesma pesquisadora, é uma pressão para que os ACSs realizem tais tarefas, diminuindo a responsabilidade dos outros profissionais pela realização dessas tarefas.

O ACS aparece como um elemento novo na equipe de saúde da família gerando incômodo para os demais membros. Embora tenha atribuições definidas, o cotidiano de trabalho é marcado por tensões. O novo elemento - ACS - coloca em questão também o velho, ou seja, o fazer das profissões já conhecidas.

Cabe ressaltar que o único profissional da equipe de saúde da família que tem como exigência, do Ministério da Saúde, residir no território da unidade de saúde da família é o ACS. Não se trata de refutar um dos requisitos básicos para o exercício da

profissão, mas sim de trazer à reflexão a consequência disso nas vidas desses sujeitos, que pode significar sofrimento psíquico.

Quando perguntado aos ACSs o que é ser agente comunitário de saúde para eles, percebe-se em suas respostas a complexidade com que realizam as suas ações, que se caracterizam em especial pela dimensão educativa. Nesse contexto, as tecnologias leves ganham espaço na relação usuário-agente, na medida em que o profissional acolhe e escuta o usuário sobre seus problemas cotidianos. Sabe-se que em muitas situações, as ações de educação em saúde estão capturadas por uma relação verticalizada entre trabalhador de saúde e usuário, na qual o trabalhador de saúde dita os hábitos saudáveis que devem ser adotados pelos sujeitos, reforçando o modelo que tanto se deseja superar.

*“[...] É você ter amor naquilo que você faz, é você ter amor ao próximo, é você sentir na pele o que o outro sente. Você vivencia tudo o que o usuário vivencia” (EACS3).*

*“Ah, ser agente comunitário é ser mãe, ser psicólogo, é ser assistente social, é ser conselheiro religioso, conselheiro amoroso, é ser agente de endemias. É tanta profissão junta no trabalho do agente comunitário. Então, eu acho que é ser uma extensão daquela família” (EACS6).*

A fala de uma das ACSs entrevistadas, mencionada acima, ratifica que as necessidades de saúde dos usuários têm gêneses diversas, o que traduz a complexidade que é o ser humano e que esse não se resume ao aspecto biológico. Dessa maneira, ser ACS é estar preparado para trabalhar na busca da identificação das



diversas necessidades apresentadas pelo sujeito e sua família e responder a essas necessidades, juntamente com os demais membros da equipe, tendo como estratégia de ação, a intersetorialidade e a integralidade do cuidado que nunca será plena por mais bem preparados que estejam as equipes de saúde. A integralidade deve ser pensada em rede.

Os aspectos positivos, fortes, do trabalho do ACS mencionados pelos entrevistados foram a proximidade com a comunidade ora expressa como vínculo, ora como elo com a população e o conhecer bem as pessoas e suas realidades e; o trabalho de educação em saúde desenvolvido.

*“Acho que o ponto forte de ser ACS é de conhecer bem as pessoas, de tentar promover uma ajuda mesmo que seja mínima [...] então, acho que isso é uma coisa forte da função, você tentar ajudar de fato” (EACS1).*

*“Bom, os pontos fortes eu acho assim... eu gosto muito de fazer visita, de estar na casa da pessoa, de ter vínculo com a pessoa, de ter amizade, de fazer orientação” (EACS2).*

*“Nada. Se você não tem apoio para resolver os problemas da comunidade, parece que o nosso trabalho é meio inútil, meio capenga. Nada está bom” (EACS3).*

Apenas uma ACS relata não identificar aspectos positivos desse trabalho, uma vez que, segundo a mesma, não há apoio para resolver os problemas da comunidade, ficando o trabalho apenas no âmbito da identificação desses problemas, sem que haja mudança da realidade da população.

Para Menegussi et. al (2014) verifica-se que a responsabilidade de trazer respostas e soluções aos problemas da comunidade é o que define para os ACSs se o seu trabalho está sendo realizado de modo efetivo.

Ao visitar as famílias, o ACS se depara com várias situações e diversas expectativas dos sujeitos. Nesse contexto, ele precisa encontrar apoio nos demais membros da equipe, bem como na gestão, com a finalidade de pensar em projetos terapêuticos que contemplem ações intersetoriais. Dessa maneira, a rede de atenção à saúde do município deve estar estruturada e articulada nos seus diferentes pontos, organizada em modelo de cuidado individual e coletivo segundo diretrizes do SUS, não bastando apenas investimentos em implantações de novas equipes de saúde da família.

Ressalta-se a importância do trabalho em equipe, partindo do conceito de equipe integrado trabalhado por Peduzzi (2001) como sendo a articulação de ações e a interação dos agentes. Não basta a equipe de saúde da família ser constituída por um agrupamento de profissionais, há a necessidade de comunicação entre esses sujeitos na busca de planejar ações que contemplem a integralidade do cuidado. Segundo Filgueiras e Silva (2011), uma das maiores dificuldades da ESF é o desenvolvimento de um trabalho em equipe multiprofissional a qual é motivada pela ausência, muitas vezes, de habilidades para o estabelecimento relações construtivas entre os membros.

*“Existem dois tipos de coisas que funcionam como ACS. Primeiro são as atribuições que deveriam ser feitas e que digamos que a gente faz, né. Mas também exercemos várias outras, tipo recepção de unidade, fechamento de mapa diário, SIAB, SISREG [...] o ACS hoje, na verdade, as atribuições principais do ACS é meio que deixado de segunda mão, né”(EACS1).*

*“Então, a gente está mais fazendo as coisas do que próprio a visita. Acho que a visita é o que a gente tem que fazer mais [...] Os grupos, eu acho que não é um problema porque é mesmo uma atividade dos agentes. Mas, a entrega do leite, a recepção, isso não é nosso. Aí, tira o foco de a gente estar na rua e quebra o vínculo com o paciente” (EACS5).*

*“Bom, as atividades que nós fazemos são: a gente fica na recepção, a gente faz a entrega do leite, a gente faz visitas domiciliares, a gente cadastra as pessoas no SIAB, a gente faz o fechamento do SISREG [...] Essas questões de papeladas, de burocracia... porque o nosso serviço, na verdade, é para fazer visitas” (EACS2).*

Verifica-se através da leitura de tais trechos das entrevistas que os ACSs identificam que apesar de realizarem atividades previstas como de sua atribuição, dedicam-se também a outras atividades que não são identificadas como de sua competência, indicando as de caráter eminentemente administrativos, destacando-se as de recepção, agendamento de consultas a especialidades e entrega de leite. Demonstram incomôdo com o tempo que dispendem a estas atividades que deveriam estar sendo destinadas as suas ações específicas, tais como a visita domiciliar. As atividades apontadas não são identificadas como de atribuição do ACS na Portaria Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012), o que pode caracterizar um desvio de função prejudicando o tempo que deveria ser destinado as ações envolvendo a dimensão cuidadora, aprisionando o ACS na unidade de saúde (QUEIRÓS; LIMA, 2012).

Atividades mencionadas pelos ACSs como não sendo de sua responsabilidade, como fechamento de mapa diário de produção da equipe e também a alimentação do

Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), indicam uma possível necessidade de ressignificação de tais instrumentos de planejamentos de ações em saúde para a equipe de saúde em geral. Dessa forma, o preenchimento de tais sistemas de informação não teria um caráter puramente burocrático, mas sim de transformação de dados em informações que possam subsidiar tomadas de decisões para o planejamento do cuidado.

A Unidade de Saúde da Família nesse estudo não conta em seu quadro de funcionários com auxiliares administrativos, ficando muitas atividades burocráticas e de recepção sob a responsabilidade dos ACSs, mecanismo de desvio e desvalorização do trabalho desses sujeitos.

Qualquer que seja o profissional que venha a desempenhar as tarefas de recepção deve desenvolver atitudes de acolhimento dos usuários, não somente o ACS. O acolhimento e a escuta qualificada deve permear o trabalho de todo profissional que entre em contato com o usuário, dessa maneira, inclui-se o auxiliar administrativo. Assim a atividade de recepção se caracterizaria com uma ação de cuidado.

Segundo Dejours apud. Jardim, Lancman (2009), as contradições entre trabalho real e prescrito têm sido apontadas, em diversos estudos de Psicodinâmica do Trabalho (PDT) como fator que contribui para a invisibilidade do trabalho realizado, e termina sendo um dificultador nos processos de reconhecimento e, conseqüentemente, de construção identitária por causa da multifuncionalidade desse ator.

Os ACSs relacionam a dificuldade de realização de visitas domiciliares e sua pouca resolutividade ao grande número de atividades burocráticas que desenvolvem, em especial a atividade de recepção. Dessa forma, a visita, segundo os mesmos, ocupa um

espaço secundário dentro do rol de atividades a serem desenvolvidas. Mas durante a realização das entrevistas pôde-se perceber que essa não é a única causa das visitas domiciliares serem realizadas de maneira menos frequente.

*“Se tivesse, talvez, um auxiliar administrativo, uma pessoa que ficasse na recepção, uma pessoa que entregasse o leite, acho que, talvez, a gente ia ser mais eficiente nas nossas visitas” (EACS2).*

*“Acho que se a gente tivesse menos burocracia, talvez, a gente conseguisse uma qualidade melhor de trabalho nas visitas porque é pouco tempo. A visita é curta e a resolução, também, é um pouco mais difícil” (EACS3).*

A atividade de recepção também tem sido percebida pelos ACSs como o principal motivo de quebra de vínculo ACS-comunidade em razão da dificuldade que apresentam em atender a necessidade ou até mesmo desejo dos usuários do serviço porque as ações não dependem unicamente desse profissional, mas da equipe de saúde como um todo.

*“Eu, por experiência própria e por achar também, acho que a recepção é uma das coisas que mais quebra vínculo entre ACS e população” (EACS1).*

*“Está tudo bem lá fora, aí eles vem aqui e não depende de mim, depende de todo mundo. Então, eles descontam sempre em quem está lá na frente. Então, eu acho que quebra muito o vínculo. Eles falam que aproxima, mas não. Eu acho que quebra estar na recepção” (EACS5).*

Para os sujeitos da pesquisa, alguns usuários transferem para o ACS toda a responsabilidade pela dificuldade para serem atendidos em suas demandas, sendo que



na verdade trata-se de uma fragilidade na organização da rede de saúde e do processo de trabalho da equipe que não dispõe de ferramentas que auxiliem o manejo de conflitos e, tampouco, um cardápio de ações variadas, limitando-se muitas vezes a consultas médicas. A recepção é o local de maior tensionamento entre o que a população apresenta como demanda e o que o serviço apresenta de oferta para a sua resolução. Em pesquisa realizada por Sossai, Pinto e Mello (2010), a atividade de recepção foi citada pela maioria dos ACS como negativa, pois afirmam que, quando informam não haver vaga para consulta médica, sentem-se incomodados por parecer estarem negando o acesso ao serviço de saúde.

Nas atribuições do ACS não está incluída a atividade de recepção, pois a essência do seu trabalho consiste na promoção e prevenção atuando fora da unidade. Essa pesquisa contribui por mostrar que tal problemática não é exclusiva dos ACSs desse estudo de caso. De uma posição de elo de diálogo usuários-profissionais de saúde, nesse contexto, o ACS assume papel de anteparo das problemáticas deflagradas pela população. Esse sujeito tem encontrado dificuldade para disparar estranhamento na organização do processo de trabalho da equipe com o objetivo de gerar mudanças práticas, ou seja, esse ruído que representa o tensionamento entre as demandas apresentadas pelos usuários, as reais necessidades de saúde desses sujeitos e as ofertas de serviços, não tem sido compreendidos como analisadores do cotidiano do trabalho.

#### **4.2.2. Organização do cotidiano de trabalho do ACS**

Quando perguntado aos ACSs como organizam as atividades que lhes são atribuídas no cotidiano do trabalho, referem utilizar escalas para a distribuição das mesmas ao longo do dia. Pode-se verificar que esses trabalhadores priorizam as ações ditas burocráticas na elaboração da escala.

*“Então, a recepção fica garantida e a entrega do leite, o restante eu vou fazendo conforme eu consigo encaixar as visitas [...] E, às vezes, a falta de organização mesmo que acaba atrapalhando na realização das coisas que a gente precisa fazer e que daria para fazer se soubéssemos utilizar melhor o tempo da gente. Um cronograma de atividades bem organizado agiliza bastante o processo de trabalho” (EACS4).*

*“Eu acho que falta organização. Acho que falta organização minha. Não é que dá para fazer todas. Mas, também, não está assim... Ah, eu não fui porque não dá. Dá!” (EACS5).*

Por mais que sigam uma escala mensal de atividades, os ACS reconhecem a falta de organização do trabalho e a necessidade de tal organização para a otimização do tempo no dia-a-dia do trabalho. Dessa maneira, ratifica-se o fato de que não são apenas as atividades burocráticas que impedem a realização das atividades previstas pelo ACS, em especial a visita domiciliar.

*“Eu tento organizar as visitas conforme sobra o tempo, né [...] Eu tento priorizar hipertensos, diabéticos e gestantes, que é o que preconiza o programa. Mas, nem sempre. Às vezes, você vai na casa de uma pessoa que tem a saúde tranquila, mas é importante que você vá também” (EACS1).*

*“Agora, a única coisa que não tem escala é as visitas. As visitas, a gente faz quando não está na escala para outra coisa. Daí, a gente sai para a visita”. Eu começo pelas que tem mais risco. Então, diabéticos, hipertensos e gestantes são prioridades. Então, eu dou mais prioridade, não que eu não visite as outras. Porque nem sempre a gente consegue visitar todo mundo da área” (EACS3).*

*“Eu tento me organizar, assim, por rua. Começo naquele pedaço da rua, levo as fichas para ir até um certo tanto de casas” (EACS6).*

Nas falas acima, destaca-se como grupo prioritário à visita domiciliar, o grupo de pessoas com hipertensão, diabetes, gestantes e crianças, quando outras vezes não têm planejamento algum, configurando assim a visita domiciliar como mera atividade compulsória e social.

Em algumas situações, observa-se ainda a ausência de priorização, organizando as visitas sequencialmente por rua. O que se constata é uma busca por atender a normatividade referente à periodicidade de realizações das visitas e a priorização pautada em grupos programáticos, em detrimento da avaliação da real necessidade de das famílias locais. Não se observa um espaço coletivo para a construção de critérios de priorização das famílias que mais necessitam de visita, embora a equipe conte com um momento de reunião de equipe que seria oportuno para essa discussão.

Nas falas acima, observa-se o que Ferreira et al. (2009) denominou de captura por parte de um suposto “protocolo” de visitas, quando o ACS diz que em determinadas semanas visita “só hipertensos”, na outra “só criança”, e na seguinte apenas gestantes.



Nesse caso, o processo de trabalho do ACS no domicílio está sendo comandado mais pelo recorte programático do que pelo critério da necessidade.

Qual o modelo de atenção à saúde que tem direcionado o trabalho do ACS e consequentemente dessa ESF? A organização das atividades desse profissional requer planejamento, identificação de necessidades e resolutividade junto com a equipe.

Na caracterização das VDs, assim como observado também por Cruz e Bourget (2010) em estudo realizado no território de uma unidade de saúde da zona leste de São Paulo, destaca-se uma prática profissional centrada na doença, o que evidencia a adoção de modelo curativista em contraposição ao modelo preconizado para a ESF que visa ultrapassar o cuidado individualizado e focado na doença, ao buscar construir ações de saúde a partir das necessidades e contexto familiar.

A visita domiciliar, nos relatos apresentados acima, adquire características que a definem como uma atividade-fim para esses sujeitos e não como atividade-meio do processo de cuidado. A VD trata-se de um dos instrumentos de trabalho da equipe de saúde da família que possibilita ao profissional conhecer o contexto de vida do usuário e constatar “in loco” as reais condições de vida, bem como as relações estabelecidas entre os membros da família, ou seja, permite ao profissional identificar os recursos da família, facilitando assim o planejamento do cuidado (TAKAHASHI, OLIVEIRA, 2001).

Segundo Takahashi e Oliveira (2001), a VD compreende as seguintes etapas: planejamento, execução, registro dos dados e avaliação do processo. O planejamento inicia-se com a seleção das visitas, segundo os critérios estabelecidos em equipe e em seguida se estabelece os objetivos da VD; durante a execução da mesma é importante que o profissional, constantemente, resgate o objetivo pré-estabelecido e observe a dinâmica familiar. A etapa de registro dos dados também é de suma importância para

compartilhar, com os demais membros da equipe envolvida no cuidado, as necessidades de saúde identificadas. Quanto à etapa de avaliação, essa permite à equipe estabelecer os próximos passos a serem adotados na assistência à família.

Dada a importância da VD como ferramenta de cuidado, para que essa ocorra efetivamente, também, se faz relevante que exista um processo de comunicação e interação que permita à família colocar as suas percepções acerca do processo saúde-doença.

#### **4.2.3. Desmotivação e impotência diante da adversidade**

Muitas são as falas dos ACSs no sentido de tentar justificar a realização pouco frequente de visitas domiciliares, e o que é mais destacado por esses sujeitos como dificultadores para a realização das visitas são as atividades ditas burocráticas, como por exemplo a atividade de recepção e a alimentação de Sistemas de Informação; e a falta de organização de suas ações.

Não se trata de negar a sobrecarga do trabalho do ACS por essas atividades, mas também não se pode assumir como únicas causas.

Durante a realização das entrevistas, pode-se perceber a desmotivação desses profissionais.

*“Quando você vai em uma VD e precisa destinar aquele caso para alguma especialidade, nem sempre você encontra na rede [...] Você corre atrás de um serviço e não tem apoio, às vezes, você tenta resolver do seu jeito e desiste” (EACS1).*

*“Você vai, busca o problema, traz para a unidade, mas como que você vai resolver esse problema na unidade? Você encaminha para outros setores e a pessoa chega lá no outro setor e não consegue resolver o problema [...] Você não consegue resolver os problemas, a gente fica bloqueado, parado. Não consegue resolver. Você não tem a quem recorrer” (EACS3).*

Percebe-se um sentimento de frustração diante das dificuldades para obtenção dos resultados esperados, o que leva a uma insatisfação com o trabalho. Essa baixa resolutividade das necessidades de saúde identificadas pelo ACS leva a um tensionamento da relação estabelecida com a comunidade. Também trazem à luz a dificuldade que encontram para exercerem a função de mediadores do acesso da comunidade a serviços de saúde.

Há a dificuldade em obterem respostas positivas referentes aos encaminhamentos realizados para os serviços especializados, o que parece resultar na perda da legitimidade do agente comunitário frente à população e de seu papel de mediador, desestimulando-os para o desempenho de suas funções. Nesse contexto ainda, questiona-se o papel da ABS enquanto principal “porta de entrada” do sistema de saúde, mas também suscita a necessidade de maior critério de encaminhamento para os serviços de atenção especializada, uma vez que alguns casos poderiam ser acompanhados nos serviços de ABS.

Segundo Jardim e Lancman (2009), o processo de construção da credibilidade no trabalho desenvolvido pelo ACS é dinâmico e precisa ser constantemente reassegurado. A manutenção desta credibilidade está diretamente associada à resolução de problemas demandados pelos usuários, o que é dificultado por aspectos relacionados à estrutura do serviço e inoperância do sistema de saúde em atender as necessidades da



população. Logo, a reorganização da atenção básica se faz necessário, mas deve vir acompanhada pela reestruturação de outros níveis de atenção à saúde. Somente dessa forma, é que a ABS, em especial a ESF, poderá por em prática de maneira efetiva uma de suas funções que é coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e gerindo projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

Lopes et.al apud Furlan (2008) alerta para o risco de reduzir o ACS a simples identificador e encaminhador e limitar sua potencialidade de trabalho ao resumir o seu trabalho resolutivo ao quanto conseguem encaminhar para outros serviços ou para a própria equipe resolver.

Quando perguntado aos ACSs como o trabalho que desenvolvem contribui com a equipe de saúde, muitos não conseguiram expressar. Fato muito preocupante porque demonstra a perda do significado do trabalho desses sujeitos, ou até mesmo pouca visibilidade dada pela equipe a esse trabalho, denuncia a grande distância entre o trabalho do ACS e da equipe. Mencionam como contribuição a diminuição de procura da unidade de saúde pela comunidade, uma vez que realizam atividades de orientação em domicílio; coleta de informações e sugestões de mudança dadas pelos usuários sobre o atendimento prestado pela unidade. Mas não deveria ser o oposto? Não deveriam possibilitar maior acesso ao serviço de saúde, ser um elemento de aproximação?

Segundo Merhy et.al (2004), torna-se inconcebível o pressuposto de que, ao organizar a assistência no território e desenvolver ações de promoção, se reduz a atenção à demanda, como se fosse sinônimo de serviços desarticulados. Ao contrário, na medida que se organizam os serviços, em especial os da atenção básica, tem-se um

reconhecimento da população de que aquela unidade realmente é capaz de apresentar respostas aos seus sofrimentos, aos seus problemas e pode-se verificar até mesmo um aumento inicialmente da demanda pela unidade.

*“Acho que quem pode responder isso são eles. Bom, eu acho que tem contribuído. Então, facilita porque eles vêm menos aqui sobrecarregar a unidade. Quando você faz mais visitas, as pessoas vêm menos aqui no posto de saúde porque você vai lá e resolve o problema dele” (EACS2).*

*“Eu não sei te dizer direito. Então, eu acho que a gente consegue colher muita coisa na rua, muita coisa que a gente traz para cá, tipo o que está errado, o que poderia ser melhorado” (EACS3).*

*“Não sei como eu posso te falar. Acho que contribui” (EACS5).*

No cenário estudado, verifica-se a ausência de espaço de supervisão do trabalho do ACS, entendido não apenas como um processo burocrático-fiscalizador, mas como um espaço que permita a identificação das dificuldades vivenciadas pelos ACSs e que seja um meio de apoio para o enfrentamento dos problemas cotidianos. O supervisor, nesse aspecto, seria a pessoa de referência capaz de dar segurança para o desenvolvimento das ações/intervenções realizadas pelos ACSs. A inexistência desse espaço é algo que também contribui para que se sintam desmotivados a realizarem suas atividades, em especial, a visita domiciliar, momento no qual se deparam diretamente com as necessidades das famílias, uma vez que parece haver pouca valorização dos problemas identificados pelos ACSs para o cuidado prestado pela equipe de saúde.

Com a publicação da portaria nº 648 de 28 de março de 2006, que define as atribuições específicas dos profissionais das equipes de saúde da família, ao enfermeiro é delegado a função de “supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACSs e da equipe de enfermagem” (BRASIL, 2006b). Mas estaria o enfermeiro preparado para executar tal atividade?

Em estudo realizado por Silva (2002) que buscou analisar a supervisão de enfermagem em relação ao trabalho do ACS, na percepção das enfermeiras supervisoras da equipes de ESF e ACS do município de Ponta Grossa-PR; essas profissionais relataram como dificuldade para a supervisão: o excesso de trabalho; o não enfoque do tema nos cursos de graduação em enfermagem, de maneira a instrumentalizar tais profissionais para o exercício desta atividade e ações educativas não estruturadas e sustentadas na educação tradicional e tecnicista. Observou-se também que a supervisão não é uma atividade sistematizada e, tampouco, passa por processo de avaliação.

*“Eu sinto falta desse espaço porque, às vezes, eu me sinto meio de mão atada. Então, vai desmotivando a gente. A gente procura, às vezes, ficar mais na burocracia do que ir fazer visita” (EACS3).*

*“Eu sei que eu preciso fazer a visita, mas daí desanima porque eu sei que eu vou chegar da visita e vai ter aquele monte de coisa para fazer e eu não vou dar conta” (EACS6).*

A responsabilidade por dar resposta às necessidades das famílias, percebidas durante as visitas domiciliares, não se restringe apenas aos ACSs. Como Pupin e Cardoso (2011) mencionam em seu trabalho, a Saúde da Família tem como pressuposto que o trabalho se desenvolva em equipes multiprofissionais e um dos espaços efetivos de atuação em equipe são as reuniões multiprofissionais nas quais discute-se casos de famílias adscritas à área de abrangência da unidade. Nessas reuniões o ACS tem a possibilidade de compartilhar informações obtidas nas visitas domiciliares e a equipe como um todo deve ter como responsabilidade a identificação das necessidades em saúde de tais famílias, bem como pensar nas possíveis formas de satisfazê-las. Dessa maneira, a equipe se constitui como um apoio ao trabalho do ACS.

A não realização de visitas domiciliares pelos ACSs pode significar, nessa situação, uma estratégia defensiva para minimizar o sofrimento do trabalho e da falta de resolutividade do mesmo. Assim, a estratégia adotada é a de uma relação superficial e distante do usuário.

*“Eu me sinto não fazendo o meu trabalho direito [...] Porque eu queria trabalhar melhor, eu queria uma condição melhor para os meus, para as pessoas que eu atendo. Eu queria poder resolver mais coisas” (EACS3).*

*“Não posso dizer que sou completamente satisfeita. Eu sou mais de 50% satisfeita, mas não sou completamente porque a gente não tem valorização, assim, pela parte remunerada não é completamente, pela parte da visão do poder público em ver as necessidades que a unidade necessita. Porque uma coisa é exigir que se cumpram metas e, outra coisa é colocar que tudo que a gente precisa fazer seja feito adequadamente, seguindo tudo o que a gente precisa”(EACS4).*

Somado a isso tudo, os ACSs são alvos de intensas cobranças, além da falta de condições para a realização do trabalho.

#### **4.2.4. Falta de EPS: a asfixia do trabalho do ACS**

Partindo da concepção de Educação Permanente em Saúde como processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise e permite a construção de espaços para reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano e, a definição de educação continuada como um processo que se inicia após a formação básica e tem como intuito atualizar e melhorar a capacidade de uma pessoa ou grupo, frente à evolução técnico-científica (MASSAROLI, SAUPE, 2014); percebe-se que os entrevistados pontuam como uma estratégia de melhoria para o trabalho a necessidade de maior investimento nos processos de educação que se aproximem mais da lógica da educação permanente em saúde.

*“Eu mesmo, em quatro anos, tive pouquíssima, tive acho que umas três capacitações. E voltado para a minha área nenhuma” (EACS1).*

*“A gente até tem esses outros cursos na FESC, mas não é uma coisa muito efetiva. A gente tem, de vez enquanto, cursos na FESC e tudo mas, eu acho que a capacitação melhor, a que fica mais guardada na cabeça é a capacitação que você tem no dia a dia. Está mais próximo da realidade que a gente tem aqui. Quem dá os cursos lá não conhece a nossa área” (EACS3).*



Durante a entrevista, há o questionamento dos ACSs quanto às atividades de educação continuada das quais participam e que deveriam servir de base para o desenvolvimento de suas atividades.

Reconhecem que dentro da própria equipe não se realiza a educação permanente e educação continuada. A realização dessas atividades, na unidade de saúde da família, esteve atrelada a grupos de apoio como, por exemplo, grupo de residentes e alunos de graduação da Universidade Federal de São Carlos que fizeram a unidade de saúde um campo de prática de ensino.

*“Então, tipo assim, tem quando vem equipe de apoio fazer. Dentro da equipe não tem. Tem o espaço para isso, mas não tem se feito isso” (EACS1).*

Segundo Brand et al.(2010), os temas das capacitações dos ACSs, até o presente momento, ainda se assemelham ao modelo que denomina de “industrial” de ensino-aprendizagem, formatado e não incluindo temas relacionados à subjetividade, ao campo das relações e discussão de modos de vida, tendo como foco o aspecto clínico das doenças. Deve-se abordar os diversos conhecimentos em torno do processo saúde-doença, ultrapassando a perspectiva puramente biomédica.

Tomaz (2002) em seu estudo ratifica que o processo de qualificação desses profissionais ainda é desestruturado, fragmentado e, na maioria das vezes, insuficiente para o desenvolvimento de competências fundamentais no desempenho de seu papel.

Em pesquisa realizada com trabalhadores da ABS do município de São Carlos, que objetivava analisar o impacto das ações de capacitação, formação e educação permanente, identificou-se a utilização de metodologias inadequadas como o principal



fator que prejudica as capacitações. Em seus relatos, os trabalhadores apontaram como falhas metodológicas: a falta de preparo do palestrante, repetição de temas, abordagem temática distante da realidade prática e utilização de linguagem inadequada (SILVA, OGATA, MACHADO, 2007).

Segundo Gavalote et.al (2013), percebe-se que a produção de saberes no encontro com a equipe de saúde se faz de forma verticalizada, quando existente, com a mera transmissão de conhecimentos, como se os ACSs fossem páginas em branco, absorvendo o discurso de outros profissionais e o aplicando no encontro com a comunidade. Assim, incorre-se a captura da prática do ACS pelo modelo biomédico no interior de uma estratégia que vislumbra superá-lo (SCHMIDT, NEVES, 2010).

Diferentemente, a Educação Permanente em Saúde coloca, antes de tudo, o cotidiano do trabalho em saúde sob análise. Seu foco são as relações concretas e possibilita a construção de espaços coletivos para a reflexão do que se produz no cotidiano do trabalho e esse é o grande desafio. Sendo Merhy (2005), o processo da Educação Permanente deve gerar no trabalhador, no cotidiano de produção de cuidado em saúde, transformações da sua prática, o que implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir. Há relato de existência de um espaço formal, dentro da rotina de trabalho da USF, para que processos educativos aconteçam, mas que o mesmo não tem sido utilizado. O município de São Carlos oferece cursos de atualização em parceria com a Fundação Educacional de São Carlos (FESC), mas que, segundo os ACSs, versam sobre temas distantes da realidade vivenciada pelos mesmos ACSs. A portaria nº 1886 de 18 de dezembro de 1997 estabelece as condições para a formação desses trabalhadores, preconizada como uma capacitação em serviço,

realizada de forma continuada, gradual e permanente sob a responsabilidade do enfermeiro, com a participação dos demais membros da equipe.

Outros aspectos mencionados como sendo necessários para melhorias no trabalho foram: o aumento do número de visitas realizadas pelos ACSs, a priorização das atividades relativas à função ACS em detrimento das atividades burocráticas e um espaço coletivo que possibilite a discussão de casos e a construção conjunta de ações de saúde.

*“Os pontos a serem melhorados é gente fazer mais visitas, mas sem outras questões que também impede de fazer. A gente precisa melhorar mais, fazer mais visitas”(EACS2).*

*“Acho que o ponto que deveria mudar é isso, priorizar o ser ACS, a visita, o auxílio, a discussão de casos, isso deveria ser priorizado” (EACS1).*

#### **4.3. Voz aos Conselheiros de Saúde: suas percepções referentes aos ACSs**

As entrevistas realizadas com os representantes dos usuários no Conselho Local de Saúde também foram transcritas literalmente e analisadas. São apresentadas, a seguir, as categorias temáticas de análise.

##### **4.3.1. Quem é o ACS para mim?**

Quando perguntado aos entrevistados se eles eram capazes de identificar o agente comunitário responsável pela microárea da qual fazem parte, apenas dois mostraram dúvida em suas respostas.

*“O agente é o que faz visita, né? Como é que ela se chama? Eu sei quem é, mas esqueço o nome dela”(EC3).*

*“Antes era a fulana. Agora eu não sei. É que eu não sei, vai que mudou outra vez” (EC1).*

*“Quem faz aqui essa área é a fulana (relata o nome da ACS). Ela passa e vê realmente o que precisa” (EC4).*

Um desses entrevistados referiu não saber se ainda permanecia sendo o mesmo ACS responsável por realizar visita a sua família, o que nos leva a questionar a frequência com a qual a VD é realizada. Outra possibilidade é a dificuldade enfrentada pelos ACSs em encontrar algum membro da família no domicílio, uma vez que as visitas domiciliares são realizadas em dias e horários comerciais, o que coincide com os períodos nos quais muitas pessoas trabalham.

Outro entrevistado ainda demonstrou em sua fala, a dificuldade em identificar a figura do agente comunitário entre os demais membros da equipe de saúde da família, o que pode estar relacionado com o fator da multifuncionalidade que esses sujeitos estão submetidos, o que contribui para a perda da identidade dos ACSs perante a comunidade.

Pode-se ainda questionar, com base nas falas acima, a fragilidade do vínculo estabelecido entre o trabalhador de saúde em questão e o usuário.

Os representantes dos usuários da unidade de saúde avaliaram o seu relacionamento com os ACSs como “bom”, assim também avaliaram o relacionamento

ACS-comunidade. Utilizaram-se de um adjetivo muito limitado para caracterizar o relacionamento estabelecido com o ACS, o que não permitiu obter os detalhes desse relacionamento.

*“O meu relacionamento é muito bom. É uma pessoa muito atenciosa. Trata a gente muito bem, não só eu, mas como toda a comunidade” (EC4).*

*“O meu relacionamento com o meu agente comunitário é bom” (EC2).*

Quando perguntado aos entrevistados como o trabalho do ACS tem contribuído com as suas necessidades de saúde, na perspectiva desses sujeitos, a contribuição se dá por meio do trabalho de educação e promoção à saúde.

*“Eu recebo muita orientação sobre os remédios da gente, se está tomando direito. A gente tem que prestar bem a atenção” (EC1).*

*“Tem, tem contribuído. Toda vez que foi necessário, houve a contribuição da agente de saúde. Consegue ter orientação” (EC3).*

É indiscutível a importância da dimensão educativa do trabalho do ACS, mas as falas acima não possibilitaram perceber se as ações de educação e promoção são realizadas na perspectiva do modelo assistencial proposto pela Estratégia Saúde da Família, ou seja, se priorizam a sensibilização para o auto cuidado e a autonomia do sujeito em detrimento das orientações de caráter prescritivas de hábitos saudáveis de vida.

#### 4.3.2. O real e o ideal do trabalho do ACS, na perspectiva dos usuários

Essa categoria contempla o relato dos representantes dos usuários no Conselho Local de Saúde referente às atividades desenvolvidas pelos ACSs (o real) e o que esperam do trabalho dos mesmos (ideal).

*Então, se a gente precisa de alguma consulta, vamos supor, se a receita da gente está vencida, fala com ela e ela vai tentar agendar consulta com a doutora (...) Eu vejo elas entregar o leite. Antes tinha até uma atividade no centro comunitário e elas ia. Eu vejo elas explicar para as pessoas que não são do bairro que não pode usar o posto” (EC1).*

*“O agente comunitário de saúde faz visita na casa. No dia a dia, vê realmente o que a pessoa precisa. Marca consulta” (EC4).*

Os entrevistados mencionam que as atividades desenvolvidas pelos ACSs, são aquelas que viabilizam o aumento do acesso aos serviços prestados pela equipe de saúde como, por exemplo, a marcação de consulta e a orientação quanto ao uso dos equipamentos de saúde.

Essas ações desenvolvidas estão de acordo com o que o Ministério da Saúde determina como principais competências do Agente Comunitário de Saúde:

*“Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando e até agendando consultas e exames, quando necessário [...]”  
(Brasil, 2001, p.6)*

Assim, através dos trechos das falas acima, observa-se que os ACSs traduzem para a comunidade o funcionamento e os serviços prestados pela unidade de saúde, além de atuar facilitando a ampliação do acesso a esses serviços.

Também aparece compondo o rol de atividades desenvolvidas pelos ACSs a atividade de recepção e visita domiciliar.

“Ah, como ficar na recepção. Eu acho que deveria ter uma pessoa mesmo. Cada vez que a gente vai na unidade sempre tem um diferente na recepção. Teria que ter uma pessoa que ficasse ali na recepção para cuidar só da parte da recepção. E o agente de saúde para cuidar da família, da rua” (EC2).

“Eles realizam o atendimento no posto de saúde para a população do bairro. Eles fazem visita nas casas” (EC3).

Os entrevistados trazem como expectativa para o trabalho do agente comunitário de saúde uma maior participação e liderança em movimentos comunitários em prol de uma melhor qualidade de vida para a comunidade.

*“Eu acho que ele tem que, vamos supor, a pessoa vem no posto, ele precisa observa o que as pessoas vê no posto de saúde, qual as dificuldades não só do posto, mas do bairro. Eu acho que a pessoa tem que dar uma observada e ver o que é bom, o que o pessoal achando que está faltando no posto de saúde” (EC1).*

Nessa perspectiva, os usuários esperam que os ACSs possam traduzir para a equipe de saúde a realidade da comunidade e seus modos de organização. Ou seja,

levando à equipe informações que extrapolam a questão da doença. Aqui, observamos que os usuários também requerem dos ACSs a dimensão mais política do seu trabalho o que contempla a organização da comunidade e ações que visem a transformação das condições da mesma.

*“O agente comunitário é para informar o direito e o não-direito da pessoa. Ele leva informação para a direção do posto e a obrigação dele é acompanhar o paciente” (EC4).*

No trecho acima, verifica-se a expectativa do usuário quanto à contribuição do ACS para o exercício da cidadania, orientando o indivíduo e a comunidade sobre seus direitos e deveres. Assim, observamos que os usuários não só apresentam expectativas quanto à dimensão técnica do trabalho do ACS, mas também, novamente fazem referência à dimensão política do trabalho desses sujeitos.

*“Na verdade, eles tinham que fazer visita mesmo. Fazer visita nas casas, orientar os usuários que tem que passar no posto para pegar remédio, vê se está tomando a medicação certinha quem toma medicação controlada, para pressão alta, diabetes e outras coisas. Procurar saber quais os exames que deve fazer, se tem alguma coisa na família que está precisando de ser tratado. Pesquisar, ver se a família, realmente, está se cuidando direitinho, fazendo a prevenção da saúde” (EC2).*

Observa-se aqui que os usuários também esperam como sendo atividade dos ACSs, o controle e acompanhamento, de maneira mais próxima, do estado de saúde das famílias.



*“Ah, que melhore o desempenho. Vamos se por, seria bom que aqui tivesse uma atividade física, tipo caminhada, igual tinha antigamente. Eu acho que deveria ter um grupo aqui no posto. **Sei lá, em um horário que a agente de saúde não fosse ocupar o cargo dela.** Se tivesse esse tipo de trabalho, eu acho que seria bom” (EC1).*

Outro aspecto apontado foi o trabalho com a promoção da saúde por meio de atividades em grupo. Interessante observar que para o entrevistado que mencionou o trabalho em grupo, essa ação não é uma atribuição já delegada aos ACSs, mas possui caráter de atividade extra, além de sua rotina de trabalho. Para esse usuário, o trabalho de educação em grupo não parece ser próprio do trabalho do ACS. Isso pode revelar a realidade do trabalho que tem sido desenvolvido pela unidade, em especial pelos ACSs, com foco essencial no indivíduo e não na coletividade. Importante ressaltar que pouco ou quase nada foi abordado do trabalho em grupo, pelos ACSs, durante a realização das entrevistas.

*“Mais frequência nas visitas. Acho que isso é o mais importante[...] O agente tinha que fazer mais visitas e não só uma vez no mês. É passar para saber como está, se está tomando a medicação, se está sendo acompanhado, se está fazendo os exames. Porque, às vezes, a gente vê que a pessoa está largada ali e não está tendo acompanhamento certinho. Se tem o agente comunitário era para ter o acompanhamento. E a gente não vê que está tendo” (EC2).*

*“Eu acho que sim. Tem muito que melhorar. Como eu falei, não tem curso, não tem palestra, não tem nada. O que é que o cara vai passar para a comunidade? Sempre as mesmas coisas, tem que ter coisas novas. Hoje mesmo tem agente comunitário que não sabe nem os direitos que o SUS passa. Como é que vai chegar e falar com a comunidade?[...] Então, eu acho que deveria ter mais explicação sobre isso para ele e*

*quando ele vier em uma casa, ele não vier correndo para fazer uma visita de 2 ou 3 minutos. Ter uma visita mesmo é de meia hora, no mínimo 20 minutos, porque tem que conversar com a família”(EC4).*

Esperam que sejam realizadas visitas domiciliares mais frequentes, que a periodicidade das visitas sejam estabelecidas levando em consideração a necessidade da família.

Outro aspecto apontado referente às visitas foi o tempo de duração das mesmas e os temas abordados repetidamente, o que está relacionado à falta de capacitação e educação permanente dos ACSs, na visão dos usuários.

As visitas domiciliares teriam importante papel na construção de vínculo e, segundo Cecílio (2006), é necessária a construção de vínculos (a) efetivos entre usuário e a equipe e/ou um profissional. Vínculo enquanto referência e relação de confiança. Significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, caloroso: um encontro de subjetividades.

Depositam-se grandes expectativas no encontro usuário-trabalhador de saúde, em especial o ACS, mas o que esse encontro, esse momento representa na dimensão da vida da pessoa? Visitas domiciliares que têm como duração meia hora, 20 minutos, 15 minutos, uma vez ao mês conseguem ser significativas? Temos o aspecto da quantidade de VDs realizadas, o tempo dispendido nas mesmas, mas como se avaliar o aspecto da intensidade dessa ação? Durante as VDs tem se uma relação de cuidado ou descuidado?

Em uma pesquisa realizada com os usuários de uma ESF da região de saúde de Juiz de Fora (SANTOS, PIERANTONI, MATSUMOTO, 2010) é apontado também a

repetição dos temas abordados nas visitas, o que acaba tornando esses temas desgastantes e depois de um determinado tempo desinteressantes a ambos – ACSs e famílias. Nessa mesma pesquisa, os usuários sugerem algumas medidas para as visitas domiciliares que não diferem das sugeridas pelos conselheiros de saúde, representantes dos usuários: modificação/ diversificação dos temas tratados, aumento do tempo de visita e visitas mais frequentes.

*“Ah, eu acho que está bom porque tem coisa que é difícil. Eu tenho um exame de cardiologia, já faz um tempão, e eu não tive um retorno. Então, tem certas coisas que não depende só delas” (EC1).*

*“Eu, até aqui, pelo tempo que tenho sido assistido por eles, tem sido bom o atendimento deles e as visitas tem sido normais” (EC3).*

*“Tem coisa que fica para trás, a gente como usuário nota alguma coisa que falta. Agora, a gente não sabe se é porque o agente fica preso lá no posto fazendo serviço que não é da parte dele fazer. Enquanto ele está fazendo outro serviço lá, está faltando ele sair para a rua [...] Eu acho que teria que ser mais correto, mais organizado. O agente comunitário ter aquele dia certo para passar naquela casa” (EC2).*

Embora os usuários apontem fragilidades no trabalho dos ACS, têm a convicção de que nem tudo está na governabilidade desse trabalhador como, por exemplo, o agendamento de consultas de especialidades e exames em tempo rápido. Assim, em sua maioria, avaliam o trabalho dos ACSs como bom e apenas um usuário queixa-se da falta de organização e planejamento das visitas domiciliares.

Os usuários também questionam o desenvolvimento de algumas atividades pelos ACSs que, na visão dos mesmos, não se encontram no rol das funções desses trabalhadores.

*“Eu acho que elas fazem coisas...sei lá se é certo ou errado. Igual, esse negócio de distribuição do leite cabe a elas fazê? Será que não deveria ser igual no centro comunitário (referência as atividades em grupo desenvolvidas pelos ACS no centro comunitário)? Sei lá. Porque elas já tem o trabalho delas. Eu não sei se isso ai é um trabalho delas também entregar leite” (EC1).*

*“[...] Às vezes que ele está ocupado fazendo outro tipo de serviço que não é, realmente, o que está encaixado na lei do SUS, é onde a gente sente falta do agente comunitário de saúde” (EC2).*

*“Eu acho que o trabalho do agente comunitário é visitar, orientar, isso é realmente o que ele tem que fazer. Isso ai não acontece aqui em São Carlos, o agente está muito carregado com serviço que não é dele” (EC4).*

Os usuários indicam criticamente a questão da multifuncionalidade na prática do ACS e o desenvolvimento de atividades burocráticas, o que interfere na realização das atividades previstas em leis ministeriais como, por exemplo, as visitas domiciliares, levando, assim, a um contato menor com a comunidade e sua realidade.

Quanto a mudanças no trabalho dos ACSs nos últimos anos, apenas dois usuários mencionaram a diminuição da frequência de realização de visitas domiciliares e relacionam o fato ao desenvolvimento de outras atividades como, por exemplo, a

atividade de recepção na unidade de saúde. Realidade essa que parece gerar muito incômodo nos usuários.

*“Eu não sei, algum tempo atrás parecia que era melhor. As meninas parece que visitava mais. Hoje em dia parece que elas estão visitando menos, só isso. Isso é o que eu vejo, né. Porque eu via sempre na minha rua, ela vinha procurar saber alguma coisa, quantas pessoas estavam em casa, se alguém precisa de alguma coisa. Eu percebo que diminuiu. Não sei se é por causa dos trabalhos dela aqui (se refere à unidade de saúde). Pode ser também a recepção. Eu penso assim comigo” (EC1).*

*“Ah, a mudança que eu verifiquei é o seguinte, às vezes, a prefeitura retira o agente comunitário de fazer o trabalho dele. Isso é muito ruim para a comunidade. É a prefeitura retira. O agente comunitário ele, realmente, tem o contrato como agente comunitário, mas ele é o agente administrativo. Ele tem que ficar lá fazendo o trabalho lá no posto. O agente comunitário mesmo, ele não pode ficar dentro do posto, tem que sair na rua. Aqui não, aqui o agente comunitário tem que fazer tudo” (EC4).*

Contraditoriamente, apenas um usuário referiu ter percebido aumento do número de visitas domiciliares, o que pode ser justificado pelo fato de pertencer a microárea diferente dos outros usuários que referiram diminuição dessa atividade pelos ACSs.

*“Eu acho que melhorou. No início, não eram constantes as visitas” (EC3).*

Outro usuário verificou mudança na dimensão coletiva do trabalho dos ACSs como, por exemplo, os grupos de orientação coordenados por esses trabalhadores. A mudança se refere a quantidade e diversidade desses grupos, bem como a frequência de realização dos mesmos.

*“Teve mudanças nas atividades, sim. Foi melhorando mais. Tem bastante coisas que as meninas fazem, a terapia, né (Aqui entrevistado faz referência ao grupo de Terapia Comunitária). No começo tinha, mas era pouco. Agora foi se desenvolvendo mais. Está bem melhor, está mais desenvolvido” (EC2).*

#### **4.3.3. O agir para fortalecimento do trabalho do ACS**

Essa categoria contempla as estratégias identificadas pelos entrevistados para fortalecer o trabalho do ACS.

Um dos usuários entrevistados menciona, como forma de contribuição com o trabalho do ACS, a possibilidade de indicar para esses trabalhadores as famílias mais vulneráveis e que necessitam de um acompanhamento mais próximo por esses sujeitos.

*“O que eu acho que eu posso...quando eu vejo que há necessidade em alguma casa, em alguma família, que alguém necessita e se eu ficar sabendo, eu posso chegar e avisar o agente comunitário para que faça uma visita” (EC3).*

Outra estratégia identificada foi a participação comunitária em instâncias como o Conselho Local de Saúde que constitui a possibilidade do sujeito-usuário influenciar o planejamento e a dinâmica de funcionamento do serviço. Nesse espaço pode-se estabelecer diálogo entre a comunidade e os trabalhadores em saúde, que favorece o reconhecimento pela equipe de saúde, em especial pelos ACSs, das necessidades da população.

“Eu acho que conversando na reunião do conselheiro. Na verdade, a gente está cobrando, mas não condenando nenhum agente de saúde” (EC2).

É apenas com uma participação e controle da política de saúde de forma direta e cidadã no exercício do poder local que, segundo Pereira e Pereira (2014), é possível a proposta de avançar na construção de um modelo de Atenção em Saúde centrado nas necessidades familiares, comunitárias e populares. Fragilidades são apontadas e, como um espaço comum que deve ser o Conselho Gestor Local de Saúde, melhorias para o processo de trabalho da unidade e dos ACSs são fomentadas em conjunto.

*“Eu acho que a gente tem que participar mais das reuniões, dos encontros e cobrar dos governantes. Fazer um movimento, uma associação, fazer um movimento ou uma reunião com o prefeito e secretário de saúde, levando uma sugestão do que pode ser mudado. Os próprios agentes comunitários podem falar. A comunidade tem que dar o apoio” (EC4).*

A participação em movimentos reivindicatórios por melhorias, nos quais os ACSs e a comunidade tenham voz para delatar a realidade vivenciada que, muitas vezes, não se restringe a uma comunidade ou unidade de saúde, também é elencada. Instância de diálogo que extrapola os limites do Conselho Local de Saúde, mas que reverbera no modo de cada cidadão avaliar seus direitos e deveres, uma vez que as formas democráticas a nível local apresentam um potencial enorme, mas também limites como, por exemplo, por si só, não poderem contribuir para confrontar o caráter antidemocrático do poder político, social e cultural exercido a nível nacional e a nível global (PEREIRA, PEREIRA, 2014).



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



---

Os mecanismos fundamentais de participação – Conselhos de Saúde – foram as estratégias recorrentemente mencionadas como um ponto de partida para o exercício da democracia participativa e possibilidade de ampliação de diálogo com outros autores.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que à Estratégia Saúde da Família é denotado o papel estratégico de consolidação do Sistema Único de Saúde e, em especial ao trabalhador ACS, o árduo e complexo papel de ser a mola propulsora do SUS, o que significa uma “super-heroização” e “romantização” (TOMAZ, 2002) desse sujeito.

É inegável a contribuição do ACS para que transformações sociais ocorram, uma vez sabido de seu papel político-social, porém, também não se pode retirar a co-responsabilidade da equipe de ESF e comunidade nesse processo de transformação que é lento e que requer esforços conjuntos e permanentes de todos. Embora se saiba do papel político-social desse sujeito, durante as entrevistas realizadas com os ACSs não houve menção dessas ações por esses sujeitos, os mesmos se limitaram às funções ditas técnicas. Em contrapartida, os usuários que foram consultados quanto ao trabalho que os ACSs vêm desenvolvendo, requerem maior participação dos ACSs em lutas por direitos, o que aparentemente não tem efetivamente acontecido.

Durante essa pesquisa foi possível uma aproximação das dificuldades e facilidades vivenciadas pelos ACSs na rotina de seu trabalho, que atuam como elementos desmotivantes ou potencializadores das ações desenvolvidas por esses trabalhadores.

Percebe-se o quão sobrecarregado está o trabalho do ACS com funções ditas administrativas o que, sem dúvida, lhe tem distanciado da comunidade e de suas reais necessidades, bem como do rol de funções que realmente lhe competem. Ao mesmo tempo, essas atividades não são convertidas como ferramentas para fortalecimento de suas atividades específicas, havendo um hiato entre o que é desenvolvido e o que se

espera que seja desenvolvido. Esse fato tem gerado descontentamento dos usuários assistidos pelos ACSs.

Também é notável que ao se deparar com as necessidades de saúde da comunidade e na impossibilidade de dar respostas às mesmas, o ACS, em sua maioria, se utiliza dessas funções administrativas como estratégia de proteção e de justificativa para o afastamento e a relação superficial com os usuários.

A multifuncionalidade desse sujeito tem contribuído para a dificuldade de construção da identidade, valorização e reconhecimento desse trabalhador perante os usuários da unidade de saúde e da própria equipe.

A atribuição de identificar as necessidades de saúde da população adscrita ao serviço, embora seja constantemente delegada ao ACS, trata-se de uma atribuição comum a todos os membros da equipe de ESF, bem como a busca por respostas a essas necessidades. É dessa maneira que se efetiva o trabalho em equipe, e a necessidade de otimização dos espaços de discussão de casos e de planejamento de ações a serem desenvolvidas pela unidade, desafio grande ainda existente no setor da saúde.

A atenção básica tem seus limites para atender as expectativas e necessidades dos usuários e dessa maneira, ressalta-se a importância de mobilizar ações intersetoriais que envolvam outros serviços e níveis de atendimento, buscando assim efetivar o princípio da integralidade. Desse modo, é necessária a reestruturação dos serviços como, por exemplo, de especialidades com o objetivo de dar retaguarda às ações desenvolvidas no âmbito da ABS.

Verificou-se a utilização de um recorte programático para a priorização de realização das VDs pelos ACSs, em detrimento da avaliação das necessidades das famílias acompanhadas, o que ratifica uma ação norteada pelo modelo biomédico.

Quanto aos usuários, esses exigem não apenas a realização de VD de forma mais frequente, mas também questionam a qualidade das visitas realizadas em relação ao tempo dispendido a esse encontro, bem como os temas abordados.

A VD é um instrumento de trabalho que permite com que a equipe de saúde, em especial o ACS, deixe seu local de expectador e assuma uma postura mais ativa diante das necessidades de saúde da população. Mas a realização da VD por si só não significa inversão do modelo hegemônico, isso se dá na dependência de como os sujeitos trabalhador de saúde e usuário se colocam no encontro.

Observa-se então, que a mudança de modelo de produção de saúde não depende apenas de um trabalhador e, tampouco se faz apenas com adoção de estratégias como a implantação de equipes de saúde da família. É necessário espaços para análise crítica do processo de trabalho desenvolvido por todos os membros da equipe e do conceito de saúde que tem motivado o recorte do objeto de trabalho, ou seja, sobre o que o trabalhador tem direcionado sua atenção.

A inexistência desse processo analisador reflexivo do processo de trabalho, possibilitado pela educação permanente dos trabalhadores de saúde, incorre na ratificação de um modelo hegemônico, através de novas maneiras de produzir coisas antigas, que a ESF deseja superar.

Assim como toda pesquisa, essa também apresenta limites na abordagem do tema central, ou seja, o trabalho do ACS, por se tratar de um estudo de caso e retratar um



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

**Centro de Ciências Biológicas e da Saúde**

**Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica**



---

determinado contexto. Essa pesquisa dispara reflexões sobre o tema e visa incentivar novos estudos.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRAND, C.I.; ANTUNES, R.M.; FONTANA, R.T. Satisfações e insatisfações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Cogitare Enferm.**, v.15, n.1, p.40-7, jan-mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.507** de 10 de junho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=235057>. Acesso em: 15 fev. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº11.350** de 5 de outubro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm). Acesso em: 11 fev.2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1886** de 18 de dezembro de 1997. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**, Ministério da Saúde, Brasília, 2001b.



CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, v.15, n.4, p. 679-84, out-dez. 2006.

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 RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ- CEPESC/ABRASCO, p.180. 2006.

COSTA, A.M.; SILVESTRE, R.M. Uma reflexão sobre poder, mulher e saúde: dilemas para a saúde reprodutiva. In: VENTURI, G.; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA, S. (Orgs.). **A mulher brasileira nos espaços públicos e privados**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, p.61-72. 2004.

COSTA, E.M.; FERREIRA, D.L.A. Percepções e motivações de agentes comunitários de saúde sobre o processo de trabalho em Teresina, Piauí. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.461-478, nov-fev.2012.

CRUZ, M.M.; BOURGET, M.M.M. A visita domiciliária na Estratégia Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde Sociedade**., São Paulo, v.19, n.3, p.605-13. 2010.

DIAS, W.F. **Meios de trabalho- espaço de vida**: a atividade de trabalho dos agentes comunitários de saúde no município de Juiz de Fora/ MG. 2008.103f. Dissertação de Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008.

FARIA, H.X.; ARAÚJO, M.D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.19, n.2, p.429-439. 2010.

FERREIRA, V.S.C.; ANDRADE, C.S.; FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Processo de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde e a Reestruturação Produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.898-906, abr.2009.

FILGUEIRAS, A.S.; SILVA, A.L.A. Agente comunitário de saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis- Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.899-915. 2011.

FURLAN,P.G. **Veredas no território**: análise da prática de agentes comunitários de saúde. 2008. 224f. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2008.

GAVALOTE, H.S.; FRANCO, T.B.; LIMA, R.C.D.; BELIZÁRIO, A.M. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. **Interface- Comunic, Saúde, Educ**, v.17, n.46, p.575-86, jul-set. 2013.

GOMES, K.O; COTTA, R.M.M.; CHERCHIGLIA, M.L.; MITRE, S.M.; BATISTA, R.S. A práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa Saúde da Família: Reflexões Estratégicas. **Saúde Sociedade**., São Paulo, v.18, n.4, p.744-755. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2010. **Taxa de crescimento da população**. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_sao\\_paulo.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_sao_paulo.pdf). Acesso em: 03 fev. 2014.

JARDIM, T.A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos de morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo Agente Comunitário de Saúde. **Interface- Comunic, Saúde, Educ**, v.13, n.28, p.123-35, jan-mar. 2009.

LUNARDELO, S.R. **O Trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto- São Paulo**. 2004.154f. Dissertação de Mestrado



(área de concentração: Saúde Pública) apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Ribeirão Preto, 2004.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. **Distinção conceitual: Educação Permanente e Educação Continuada no processo de trabalho em saúde.** Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2014.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S.M.; PINTO, I.C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.233-41, jan-fev. 2001.

MENDES-GONÇALVES, R.B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: **CEFOP**; 1992.

MENEGUSSI, J.M.; OGATA, M.N.; ROSALINI, M.H.P. O agente comunitário de saúde como morador, trabalhador e usuário em São Carlos, São Paulo. **Trab.Educ.Saúde**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.87-106, jan-abr. 2014.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Infertace - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 172-174, set. 2004/fev. 2005.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, p.71-112. 1997.

MERHY, E.E.; MALTA, D.C.; SANTOS, F.P. **Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão.** 2004. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2014.



MINAYO, M.C.S. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

NOGUEIRA, R.P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. **Interface- Comunic, Saúde, Educ,** v.6, n.10, p.75-94, fev. 2002.

PADILHA, M.I.C.S.; VAGHETTI, H.H.; BRODERSEN, G. Gênero e Enfermagem: uma análise reflexiva. **R.Enferm UERJ,** Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.292-300, abr-jun.2006.

PAIM, J.S. Vigilância a Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D., Freitas, C.M., (Orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz. p.161-71. 2003.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública,** v.35, n.1, p.103-9. 2001.

PEREIRA, M.F.; PEREIRA, E.M. Saúde e Cidadania nos Municípios: Os Desafios para o Controle Social e a Participação Democrática no SUS. In: Sousa, MF.; Franco, MS.; Mendonça, AVM.(Org). **Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro.** Campinas, SP: Saberes Editora. p.422-46. 2014.

PERES, C.R.F.B.; JUNIOR, A.L.C.; SILVA, R.F.; MARIN, M.J.S. Ser agente comunitário de saúde: motivação e significado. **REME- Rev. Min. Enferm.;** v.14, n.4, p.559-65, out-dez. 2010.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.



PRADO, T.N.; MACIEL, E.L.N.; LIMA, R.C.D. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.231-40. 2011.

PUPIN, V.M.; CARDOSO, C.L. Fazer de “soldadinho”: as dificuldades no trabalho de agentes comunitários de saúde. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v.42, n.1, p.41-50, jan-mar. 2011.

QUEIRÓS, A.A.L.; LIMA, L.P. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.257-81, jul-out. 2012.

ROCHA, N.H.N.; BARLETTO, M.; BEVILACQUA, P.D. Identidade da agente comunitária de saúde: tecendo racionalidades emergentes. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.17, n.47, p.847-57, out-dez. 2013.

SAKATA, K.N. **A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família**. 2009. 200f. Dissertação de Mestrado (área de concentração Enfermagem em Saúde Pública) apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Ribeirão Preto, 2009.

SANTOS, M.R.; PIERANTONI, C.R.; MATSUMOTO, K.S. Os agentes comunitários de saúde: a visão dos usuários do PSF da região de saúde de Juiz de Fora. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.13, n.3, p.258-65, jul-set. 2010.

SÃO CARLOS. **Decreto nº 142**, de 05 de outubro de 2001. Regulamenta a Lei Municipal nº12.587, de 17 de julho de 200, que dispõe sobre a organização dos Conselhos Gestores nas Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/images/stories/pdf/1165337963--lei12587.pdf>. Acesso em: 10 fev.2014.

SÃO CARLOS. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. São Carlos, 2009.

SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal de São Carlos. **Programa Saúde da Família**. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/saude/115417-programa-saude-da-familia-psf.html>. Acesso em: 15 fev.2014.

SÃO CARLOS. **Saúde - serviços e orientações**. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/cidadao/saude.html>. Acesso em: 01 jun.2014.

SCHIMIDT, M.L.S.; NEVES, T.F.S. O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v.13, n.2, p.225-40. 2010.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser , o saber, o fazer**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2002.

SILVA, J.A.M.; OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.2, p.389-401, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>. Acesso em: 01 jul.2014.

SILVA, V.F. Migrantes na periferia urbana: redes sociais e a construção do bairro. **Revista do núcleo de antropologia urbana da USP**, 2007.

SILVA, A.B.F. **A supervisão do agente comunitário de saúde: limites e desafios para a enfermeira**. 2002. Dissertação de Mestrado (área de concentração: saúde pública) apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

SOSSAI, L.C.F.; PINTO, I.C.; MELLO, D.F. O agente comunitário de saúde (ACS) e a comunidade: percepções acerca do trabalho do ACS. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.9, n.2, p.228-37, abr-jun. 2010.



SOUSA, M.F. **Agentes Comunitários de Saúde: Choque de povo!** São Paulo: Hucitec, 2001.

TAKAHASHI, R.F.; OLIVEIRA, M.A.C. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: BRASIL, Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, p.43-46. 2001.

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

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, A.M.; NETO, J.M.; CREPALDI, T.M.S.; SAITO, R.X.S. O trabalho em equipe no Programa Saúde da Família: integração para a integralidade da assistência. In: SAITO, R.X.S.(Org). **Integralidade da Atenção: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito**. São Paulo: Martinari, p.17-46, 2008.

WAI, M.F.P. **O trabalho do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento**. 2007.137f. Dissertação de Mestrado (área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica) apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Ribeirão Preto, 2007.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZOLINGER, G.A.; FADEL, C.B. Agentes comunitários de saúde: uma análise qualitativa como subsídio para a discussão do seu processo de trabalho. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.13, n.1, p.38-45. 2011.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



## APÊNDICES

## **7.1- Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os conselheiros de Saúde**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pesquisa: “O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família: Encontros e Desencontros de uma Prática em São Carlos/SP

Estamos desenvolvendo uma pesquisa que tem por objetivo conhecer o que você usuário da unidade de saúde da família e membro do Conselho Local de Saúde pensa sobre o trabalho do agente comunitário de saúde e com isso identificar os pontos fortes e os pontos fracos desse trabalho, bem como apontar aspectos que devem ser melhor desenvolvidos em busca de uma saúde melhor. Para isso gostaríamos de contar com a sua colaboração. O estudo será realizado através de entrevista semi-estruturada, que será gravada para posterior transcrição e análise. Como riscos decorrentes desta pesquisa, você pode sentir-se obrigado a participar da pesquisa e para minimizar o mesmo esclarecemos que você não é obrigado a responder questões que achar desnecessárias e também que a decisão em não participar não resultará em prejuízo algum a você ou a qualquer membro de sua família. Nós pesquisadores comprometemo-nos em garantir o sigilo de sua participação. Queremos esclarecer também que, após a análise dos dados, o estudo será submetido à publicação em periódico científico atentando para ser garantida a privacidade em relação às informações fornecidas. Você também poderá ficar a vontade para tirar dúvidas e pedir os esclarecimentos que necessitar em relação a pesquisa a qualquer momento. Outro risco decorrente do fato de participar da pesquisa é a possibilidade de você sentir-se desconfortável em algum momento da entrevista. É importante que você saiba que poderá desistir a qualquer momento, se assim desejar, da entrevista retirando este consentimento sem que seu atendimento na unidade seja afetado. Ressaltamos ainda que sua participação nessa pesquisa não decorre em despesas.

Agradecemos sua colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer informação.

Atenciosamente,

---

Kátia Cristina dos Santos Vieira  
K\_vieira2006@hotmail.com  
(cel:15-97263711)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



---

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ declaro que entendi o objetivo da pesquisa, riscos e benefícios na minha participação e aceito participar da pesquisa. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

Assinatura \_\_\_\_\_



## **7.2- Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os ACS**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a) agente comunitário de saúde, você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família: Encontros e Desencontros de uma Prática em São Carlos/SP”, que será realizada para a obtenção do título de mestre junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos. Essa pesquisa tem como objetivo conhecer quais são suas percepções sobre seu trabalho e como você, agente comunitário de saúde, exerce seu papel no cuidado em saúde. O estudo será realizado através de entrevista semi-estruturada, que será gravada para posterior transcrição e análise e após essa primeira fase da pesquisa, será realizado também um grupo focal, no qual você poderá conversar, norteado por questões que emergirão da pré-análise das entrevistas, sobre o seu trabalho de agente comunitário de saúde com os seus pares. Como riscos decorrentes desta pesquisa, você pode sentir-se obrigado a participar da pesquisa e para minimizar o mesmo esclarecemos que você não é obrigado a responder questões que achar desnecessárias e também que a decisão em não participar não resultará em prejuízo algum a você. Nós pesquisadores comprometemo-nos em garantir o sigilo de sua participação. Queremos esclarecer também que, após a análise dos dados, o estudo será submetido à publicação em periódico científico atentando para ser garantida a privacidade em relação às informações fornecidas. Você também poderá ficar a vontade para tirar dúvidas e pedir os esclarecimentos que necessitar em relação a pesquisa a qualquer momento. Outro risco decorrente do fato de participar da pesquisa é a possibilidade de você sentir-se desconfortável em algum momento da entrevista e grupo focal. É importante que você saiba que poderá desistir a qualquer momento, se assim desejar, retirando este consentimento. Ressaltamos ainda que sua participação nessa pesquisa não decorre em despesas. Agradecemos sua colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer informação. Atenciosamente,

---

Kátia Cristina dos Santos Vieira  
K\_vieira2006@hotmail.com  
(cel:15-97263711)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



---

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ declaro que entendi o objetivo da pesquisa, riscos e benefícios na minha participação e aceito participar da pesquisa. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

Assinatura \_\_\_\_\_

### **7.3- Apêndice C: Roteiro para a entrevista semi-estruturada com os ACS**

#### **Parte 1:**

##### **Entrevista número:**

Data de realização da entrevista:

Horário de início:

Horário de término:

Tempo de duração da entrevista:

#### **Parte 2:**

Tempo de exercício da profissão de ACS:

Idade:

Sexo:

Grau de escolaridade:

#### **Questões Norteadoras:**

- 1) Conte-me mais sobre as atividades que você desenvolve no seu trabalho;
- 2) Como você organiza essas atividades?
- 3) Fale-me o que levou você a se tornar agente comunitário de saúde.
- 4) Para você, quais os pontos fortes do seu trabalho?
- 5) E na sua opinião, quais são os pontos a serem melhorados?
- 6) Na sua opinião, como seu trabalho tem contribuído na equipe de saúde da família?
- 7) Você se sente satisfeito com o trabalho que desenvolve? Como você avalia o seu trabalho?
- 8) O que é ser agente comunitário de saúde para você?

---

#### 7.4- Apêndice D: Roteiro para a entrevista semi-estruturada com representantes dos usuários da unidade de saúde da família

##### Parte 1:

##### Entrevista número:

Data de realização da entrevista:

Horário de início:

Horário de término:

Tempo de duração da entrevista:

##### Parte 2:

Tempo de moradia no território de abrangência da USF:

Há quanto tempo é conselheiro de saúde:

Idade:

Sexo:

##### Questões Norteadoras:

- 1) Quais são as atividades realizadas pelo agente comunitário de saúde que você conhece?
- 2) Na sua opinião, como você avalia essas atividades?
- 3) Você sabe quem é o agente comunitário de sua área?
- 4) (Se sim) Como se dá o relacionamento entre vocês?
- 5) Você vê mudanças nesse trabalho nos últimos anos?
- 6) Para você, como o trabalho do ACS tem contribuído com as suas necessidades de saúde?
- 7) O que você espera do trabalho do ACS?
- 8) Na sua avaliação, como você usuário pode contribuir para que haja um fortalecimento desse trabalho?

**7.5- Apêndice E: Quadro esquemático da fase de análise dos dados das entrevistas realizadas com os Agentes Comunitários de Saúde**

Unidade de registro/Recortes	Unidade de contexto	Núcleo do sentido
<p>“Existem dois tipos de coisas que funcionam como ACS. Primeiro são as atribuições que deveriam ser feitas e que digamos que a gente faz, né. Mas também exercemos várias outras, tipo recepção de unidade, fechamento de mapa diário, SIAB, SISREG”(EACS1).</p> <p>“O ACS hoje, na verdade, as atribuições principais do ACS é meio que deixado de segunda mão, né” (EACS1).</p> <p>“Então, a gente está mais fazendo as coisas do que próprio a visita. Acho que a visita é o que a gente tem que fazer mais”(EACS5).</p> <p>“Os grupos, eu acho que não é um problema porque é mesmo uma atividade dos agentes. Mas, a entrega do leite, a recepção, isso não é nosso. Aí, tira o foco de a gente estar na rua e quebra o vínculo com o paciente” (EACS5).</p> <p>“Bom, as atividades que nós fazemos são: a gente fica na recepção, a gente faz a entrega do leite, a gente faz visitas domiciliares, a gente cadastra as pessoas no SIAB, a gente faz o fechamento do SISREG” (EACS2).</p> <p>“Essas questões de papeladas, de burocracia... porque o nosso serviço, na verdade, é para fazer visitas” (EACS2).</p> <p>“Bom, eu faço recepção, faço a entrega do leite, digito o mapa de trabalho diário, separo os prontuários para as consultas, separo os exames de raio-x quando chega. Grupo de gestante, acompanho o grupo de</p>	<p>Verifica-se através da leitura de tais trechos das entrevistas que os ACS identificam que realizam atividades previstas como de sua atribuição, mas também outras atividades que não lhe competem, caracterizando em desvio de função. Essas são realizadas muitas vezes em detrimento das atribuições previstas em leis ministeriais.</p>	<p><b>Multifuncionalidade na prática profissional do ACS</b></p>

<p>hiperdia também, o grupo com a dentista Bebê Saudável, grupo de atividade física”(EACS3).</p> <p>“Bom, nós realizamos as visitas domiciliares, fazemos a entrega do leite, fazemos atividades em grupo, capacitações em geral para a formação dos agentes para utilização no processo de trabalho e mais o processo administrativo porque a gente não tem o auxiliar administrativo. Agendamento de consulta, o processo de ficar na recepção, fechamento mensal, ficar digitando mapa de trabalho diário, essas coisas que a gente não vê como atribuição do agente, mas que a gente acaba fazendo” (EACS4).</p> <p>“Eu faço a visita quando dá, fico na recepção, faço acolhimento das pessoas que chegam, fico no leite fazendo a entrega do leite, faço atividade com o pessoal do grupo de atividade física” (EACS6).</p>		
<p>“Eu tento organizar as visitas conforme sobra o tempo, né” (EACS1).</p> <p>“Eu tento priorizar hipertensos, diabéticos e gestantes, que é o que preconiza o programa. Mas, nem sempre. Às vezes, você vai na casa de uma pessoa que tem a saúde tranquila, mas é importante que você vá também” (EACS1).</p> <p>“Mas assim, eu particularmente, apesar de que seria correto você ter um cronograma de visita, eu não sigo a risca esse cronograma porque as pessoas trabalham e outras, como eu disse, dormem até mais tarde” (EACS1).</p> <p>“Assim, a gente tenta priorizar os hipertensos, os diabéticos, as crianças</p>	<p>Através dos trechos das entrevistas com os agentes comunitários de saúde, observa-se certa dificuldade em planejar e organizar a atividade de visita domiciliar. Destaca-se como grupo prioritário à visita domiciliar, o grupo de pessoas hipertensas, diabéticas, gestantes e crianças. Em duas falas ainda, observa-se ausência de priorização, organizando as visitas sequencialmente por rua, evidenciando-se a dificuldade em se visitar toda a população adscrita ao território de saúde por pelo</p>	<p><b>Planejamento das visitas domiciliares</b></p>

<p>e as gestantes. Aí, tem aquelas pessoas que não tem tantos problemas de saúde, que a gente passa na casa deles e eles estão sempre bem” (EACS2).</p> <p>“Agora, a única coisa que não tem escala é as visitas. As visitas, a gente faz quando não está na escala para outra coisa. Daí, a gente sai para a visita” (EACS3).</p> <p>“Eu começo pelas que tem mais risco. Então, diabéticos, hipertensos e gestantes são prioridades. Então, eu dou mais prioridade, não que eu não visite as outras. Porque nem sempre a gente consegue visitar todo mundo da área” (EACS3).</p> <p>“A prioridade das visitas, a primeira porque eu não faço sozinha, é com a médica que eu deixo agendado porque eu tenho que seguir a data com ela. Para o final do mês, os outros usuários porque, entre aspas, eles são saudáveis e não tem tanta urgência em ter visita como no caso dos acamados, gestantes e hipertensos” (EACS4).</p> <p>“Então, quando eu posso sair com a enfermeira, eu vou nos hipertensos e diabéticos. Aí, ela vê a pressão e tudo, e a gente anota nos prontuários. Quando eu vou sozinha, eu pego um pedaço de uma rua e eu vou até terminar aquela rua. A gente não tem, assim, um cronograma” (EACS5).</p> <p>“Eu tento me organizar, assim, por rua. Começo naquele pedaço da rua, levo as fichas para ir até um certo tanto de casas” (EACS6)</p>	<p>menos uma vez ao mês.</p>	
<p>Bom, no começo foi a condição de função e de estabilidade. “Vi a oportunidade de ser concursado, de ser funcionário público” (EACS1).</p> <p>“Eu já conhecia a profissão de agente comunitário, sabia como funcionava,</p>	<p>Quando perguntado o motivo que os levou a ingressar na profissão agente comunitário de saúde, a maioria (4 ACS) relata o desejo de</p>	<p><b>Motivações para ser ACS</b></p>

<p>mas não me despertava muito interesse a profissão” (EACS1).</p> <p>“Bom, para falar a verdade, minha irmã já era agente comunitária. Sempre gostei do trabalho dela e tal. Não sabia que tinha tantas coisas. É, eu não sabia que eram tantas coisas assim. Das visitas domiciliares eu sabia porque minha irmã falava para mim. Eu não sabia que tinha coisas burocráticas, né, de papel, de preencher, de SIAB” (EACS2).</p> <p>“Na verdade, quando eu me tornei agente comunitário de saúde eu achei que eu ia fazer só visita. Então, essa parte me encantou muito. Eu achava que eu ia poder resolver os problemas de muitas pessoas, o que parece que não acontece hoje em dia” (EACS3).</p> <p>“Ser funcionária pública. Eu simplesmente prestei o concurso e depois eu fui aprendendo” (EACS5).</p> <p>“Olha, inicialmente, era o emprego em si. Eu trabalhava com outras atividades e a remuneração não era boa. Na época, foi uma oportunidade de emprego” (EACS4).</p> <p>“Eu cai de paraquedas (risadas). Eu também estava fazendo auxiliar de enfermagem, então, já estava mais ou menos dentro da área. Mas, eu nem conhecia muito. Eu falava: - Legal, né, trabalhar no bairro é uma boa oportunidade” (EACS6).</p>	<p>estabilidade no trabalho proporcionado pela carreira, a remuneração e a facilidade de se trabalhar no próprio bairro. Uma ACS demonstrou maior conhecimento prévio das funções do ACS, mas não em sua totalidade, o que a teria motivado a escolher a profissão. Outra ACS refere que o motivo pela escolha da profissão foi a possibilidade de ajudar as pessoas.</p>	
<p>“Acho que o ponto forte de ser ACS é de conhecer bem as pessoas, de tentar promover uma ajuda mesmo que seja mínima” (EACS1).</p> <p>“É participar um pouco da vida das pessoas” (EACS1).</p>	<p>Os aspectos positivos do trabalho do ACS mencionados foram a proximidade com a comunidade ora expressa como vínculo, ora como elo com a população e o conhecer</p>	<p><b>Os pontos fortes do trabalho do ACS</b></p>



<p>“Então, acho que isso é uma coisa forte da função, você tentar ajudar de fato” (EACS1).</p> <p>“Bom, os pontos fortes eu acho assim... eu gosto muito de fazer visita, de estar na casa da pessoa, de ter vínculo com a pessoa, de ter amizade, de fazer orientação” (EACS2)</p> <p>“Nada. Se você não tem apoio para resolver os problemas da comunidade, parece que o nosso trabalho é meio inútil, meio capenga. Nada está bom” (EACS3).</p> <p>“Eu acho que é o elo que cria com a comunidade. Eu acho que o ponto forte é o elo que se cria entre o agente comunitário e a comunidade” (EACS4).</p> <p>“Eu acho que é a questão do vínculo. Acho que o vínculo é bem forte, tanto da gente com eles, quanto da comunidade com a gente” (EACS6).</p>	<p>bem as pessoas e suas realidades; e trabalho de educação em saúde. Apenas uma ACS relata não identificar aspectos positivos desse trabalho, uma vez que, segundo a mesma, não há apoio para resolver os problemas da comunidade, ficando o trabalho apenas no âmbito da identificação desses problemas, sem que haja mudança da realidade da população.</p>	
<p>“Se tivesse, talvez, um auxiliar administrativo, uma pessoa que ficasse na recepção, uma pessoa que entregasse o leite, acho que, talvez, a gente ia ser mais eficiente nas nossas visitas” (EACS2).</p> <p>“Acho que se a gente tivesse menos burocracia, talvez, a gente conseguisse uma qualidade melhor de trabalho nas visitas porque é pouco tempo.”</p> <p>“A visita é curta e a resolução, também, é um pouco mais difícil” (EACS3).</p> <p>“Eu acho que a gente perde muito tempo fazendo mínimas coisas dentro da unidade. Os processos administrativos mesmo que a gente acaba perdendo bastante tempo” (EACS4).</p>	<p>Dentre os 6 ACS entrevistados, 4 relacionam a dificuldade de realização das visitas domiciliares e sua pouca resolutividade ao grande número de atividades burocráticas pelas quais são responsáveis. Dessa maneira, a visita domiciliar ocupa um espaço secundário dentro do rol de atividades a serem desenvolvidas pelos ACS.</p>	<p><b>Atividades burocráticas/administrativas x realização de visitas</b></p>

<p>“Além da visita, a gente tem muitas outras coisas para fazer, serviço burocrático. Tem que ficar agendando consulta no computador, isso toma tempo. Além da entrega do leite e outras coisas para a gente fazer, então, a visita acaba ficando em segundo e, às vezes, em terceiro lugar” (EACS6).</p>		
<p>“Eu mesmo, em quatro anos, tive pouquíssima, tive acho que umas três capacitações. E voltado para a minha área nenhuma” (EACS1).</p> <p>“Então, dentro da equipe é como eu te falei, teve capacitação enquanto teve equipe de apoio. Com o médico, a dentista, já faz tempo que não tem capacitação” (EACS1).</p> <p>“Então, tipo assim, tem quando vem equipe de apoio fazer. Dentro da equipe não tem. Tem o espaço para isso, mas não tem se feito isso” (EACS1).</p> <p>“Aqui no posto a gente sempre tem capacitação” (EACS2).</p> <p>“A gente até tem esses outros cursos na FESC, mas não é uma coisa muito efetiva. A gente tem de vez enquanto, cursos na FESC e tudo, mas, eu acho que a capacitação melhor, a que fica mais guardada na cabeça é a capacitação que você tem no dia a dia. Está mais próximo da realidade que a gente tem aqui. Quem dá os cursos lá não conhece a nossa área” (EACS3).</p>	<p>Durante a entrevista, dois agentes comunitários de saúde mencionaram criticamente as atividades de educação continuada das quais participam e que deveriam servir de base para o desenvolvimento de suas atividades. Reconhecem que dentro da própria equipe não se realiza a educação permanente ou educação continuada. Essas atividades estão atreladas a participação e realização por grupos de apoios como grupo de residentes e alunos de graduação da Universidade Federal de São Carlos. Mencionam a existência de um espaço formal para isso, mas que não tem sido utilizado.</p>	<p><b>Capacitação/educação permanente</b></p>
<p>“Investimento na carreira ACS, principalmente aqui no município, ela é mínima. Acho que eles veem ACS aqui como tanto faz como tanto fez. Uma pessoa que é a ponte entre os profissionais mais especializados com</p>	<p>Percebe-se um sentimento de frustração diante das dificuldades para obtenção dos resultados esperados, o que leva a uma</p>	<p><b>(In)Satisfação com o trabalho</b></p>

<p><b>a população deveria ser uma ponte mais bem construída” (EACS1).</b></p> <p><b>“Olha, para falar a verdade, satisfeito 100% acho que não. É muita cobrança e pouco apoio. Como eu disse antes, é pouco reconhecimento” (EACS1).</b></p> <p><b>“Eu não estou plenamente satisfeito com o que faço em relação a ACS” (EACS1).</b></p> <p><b>“Me sinto satisfeita. Gosto muito do que eu faço. Financeiramente, seria bom ganhar um pouquinho mais” (EACS2).</b></p> <p><b>“Eu me sinto não fazendo o meu trabalho direito” (EACS3)</b></p> <p><b>“Não. Porque eu queria trabalhar melhor, eu queria uma condição melhor para os meus, para as pessoas que eu atendo. Eu queria poder resolver mais coisas” (EACS3).</b></p> <p><b>“Não posso dizer que sou completamente satisfeita. Eu sou mais de 50% satisfeita, mas não sou completamente porque a gente não tem valorização, assim, pela parte remunerada não é completamente, pela parte da visão do poder público em ver as necessidades que a unidade necessita. Porque uma coisa é exigir que se cumpram metas e, outra coisa é colocar que tudo que a gente precisa fazer seja feito adequadamente, seguindo tudo o que a gente precisa” (EACS4).</b></p> <p><b>“Com o meu sim! Eu acho que minha consciência está limpa, sabe. Eu faço aquilo que eu consigo fazer” (EACS5</b></p> <p><b>“Da minha parte sim. Naquilo que compete a mim e naquilo que eu consigo fazer, sim. Porque, às vezes, eu não consigo fazer tudo” (EACS6).</b></p>	<p>insatisfação com o trabalho. Somado a isso é mencionado a grande cobrança da qual são alvos, mas também a falta de apoio e condições para a realização do trabalho (3ACS).</p> <p>Uma ACS referiu estar satisfeita com o trabalho, mas também mencionou a necessidade de maior valorização financeira do trabalho. Dois outros ACS disseram estar satisfeitos com o trabalho.</p>	
--	--	--

<p>“Quando você vai em uma VD e precisa destinar aquele caso para alguma especialidade, nem sempre você encontra na rede” (EACS1).</p> <p>“Acho que deveria ter outros profissionais aptos a tentar porque, assim, a ideia desde o princípio era tentar trabalhar a intersetorialidade mas, isso aqui é muito fraco” (EACS1).</p> <p>“Fica correndo atrás de serviço que é para dar apoio, mas que já está sobrecarregado” (EACS1).</p> <p>“Você corre atrás de um serviço e não tem apoio, às vezes, você tenta resolver do seu jeito e desiste” (EACS1).</p> <p>“Você vai, busca o problema, traz para a unidade, mas como que você vai resolver esse problema na unidade? Você encaminha para outros setores e a pessoa chega lá no outro setor e não consegue resolver o problema” (EACS3).</p> <p>“Você não consegue resolver os problemas, a gente fica bloqueado, parado. Não consegue resolver. Você não tem a quem recorrer” (EACS3).</p> <p>“E aí, a pessoa fica te cobrando. Acaba que a gente fica com o vínculo meio balançado porque a pessoa acha que a culpa disso é da gente. Então, o fato de não ter apoio lá fora, de não conseguir resolver o problema da pessoa, vai prejudicando o vínculo que a gente tem com as pessoas” (EACS3).</p> <p>“Eu acho que falta um canal de comunicação com a própria administração. Eles também não escutam a gente. Se eles escutassem o</p>	<p>Dois dos 6 ACS entrevistados trazem à luz a dificuldade que encontram para exercerem a função de facilitadores do acesso da comunidade a serviços de saúde. Essa dificuldade está atrelada a baixa resolubilidade dos serviços de maneira em geral. Mencionam também a dificuldade em obterem respostas positivas quanto a encaminhamentos a serviços de saúde especializados. Dificuldade em realizar a referência e contra-referência, ações relevantes para assegurar a qualidade e continuidade do cuidado prestado.</p>	<p><b>Fragilidades no trabalho em rede e intersetorialidade como dificultadores do trabalho do agente comunitário de saúde</b></p>
---	---	--

<p>que a gente que passa de casa em casa fala para eles, talvez, eles conseguissem desenvolver um trabalho melhor lá e estruturar melhor a rede” (EACS3).</p> <p>“Até que existe. Existe sim, agora existe” (EACS6).</p>		
<p>“Bom, para falar a verdade, se tiver algum agente de saúde que na cidade de São Carlos ou no Brasil que fale que se organiza, eu acho que é mentira porque não tem como se organizar. Às vezes, você planeja fazer uma coisa e de repente aparece outra coisa para você fazer” (EACS2).</p> <p>“Você tenta priorizar as visitas, mas nem sempre acontece” (EACS2).</p> <p>“A maioria delas tem escala e dia certo” (EACS3).</p> <p>“Então, a recepção fica garantida e a entrega do leite, o restante eu vou fazendo conforme eu consigo encaixar as visitas” (EACS4).</p> <p>“E, às vezes, a falta de organização mesmo que acaba atrapalhando na realização das coisas que a gente precisa fazer e que daria para fazer se soubéssemos utilizar melhor o tempo da gente. Um cronograma de atividades bem organizado agiliza bastante o processo de trabalho” (EACS4).</p> <p>Eu acho que falta organização. Acho que falta organização minha. Não é que dá para fazer todas. Mas, também, não está assim...Ah, eu não fui porque não dá. Dá” (EACS5).</p> <p>“A gente tem uma escala, né, de todos os profissionais” (EACS6).</p>	<p>Por mais que sigam uma escala mensal de atividades, reconhecem a falta de organização do trabalho e a necessidade de tal organização para a otimização do tempo no dia-a-dia.</p>	<p><b>Organização do trabalho</b></p>
<p>“Acho que quem pode responder isso são eles. Bom, eu acho que tem contribuído. Então, facilita porque eles vêm menos aqui sobrecarregar a</p>	<p>Durante a realização da entrevista pôde-se observar a dificuldade dos</p>	<p><b>Contribuição do ACS na equipe</b></p>

<p>unidade. Quando você faz mais visitas, as pessoas vêm menos aqui no posto de saúde porque você vai lá e resolve o problema dele” (EACS2).</p> <p>“Eu não sei te dizer direito. Então, eu acho que a gente consegue colher muita coisa na rua, muita coisa que a gente traz para cá, tipo o que está errado, o que poderia ser melhorado” (EACS3).</p> <p>“Olha, eu acho que o trabalho do agente comunitário, não só o meu, mas de todos, é de muita importância para contribuir na visão geral da unidade de saúde. Até mesmo porque, assim, a gente não pode desmerecer nenhum outro profissional porque a equipe não funciona sem nenhum dos membros, mas os agentes comunitários é o que dá a base da equipe” (EACS4).</p> <p>“Ele é quem está na linha de frente, que está ali para acolher, é o que está ali até para ser agredido, né” (EACS4).</p> <p>“Os agentes que vão nas casas, que traz as demandas da casa, que traz para a unidade e resolve, e devolve para o usuário não ter que ir aqui na unidade” (EACS5).</p> <p>“Não sei como eu posso te falar. Acho que contribui” (EACS5).</p> <p>“Que pergunta! Ah, eu procuro fazer as coisas na certeza. Quando eu vou orientar, se eu consigo resolver aquilo, eu procuro resolver e não deixar para o dia seguinte” (EACS6).</p>	<p>ACS em expressarem a contribuição do seu trabalho para a equipe de saúde. Mencionaram como contribuição a diminuição de procura da unidade de saúde pela comunidade, uma vez que realizam atividades de orientação em domicílio e coleta de informações e sugestões de mudança dadas pelos usuários sobre o atendimento prestado pela unidade.</p>	
<p>“A dificuldade é a falta de tempo. O único espaço (reunião de equipe) que a gente tinha, como eu falei, já era ruim porque, assim, não dava para colocar todos os casos na reunião de</p>	<p>Verifica-se ausência de espaço de supervisão do trabalho do ACS. Isso faz com que se sintam</p>	<p><b>Espaço para diálogo ACS e equipe para planejamento de ações em saúde</b></p>

<p>equipe. E reunião de agentes, a gente já tentou várias vezes fazer, mas por conta que na escala vai sempre ficar um de fora, um que está indo para o leite, um que está indo para algum grupo, um que está na recepção. Poderia ser feito durante a reunião de equipe, em separado, a reunião de agentes” (EACS3).</p> <p>“Eu sinto falta desse espaço porque, às vezes, eu me sinto meio de mão atada. Então, vai desmotivando a gente. A gente procura, às vezes, ficar mais na burocracia do que ir fazer visita” (EACS3).</p> <p>“Eu sei que eu preciso fazer a visita, mas daí desanima porque eu sei que eu vou chegar da visita e vai ter aquele monte de coisa para fazer e eu não vou dar conta” (EACS6).</p> <p>“Às vezes, não é tudo que eu consigo resolver e daí, eu tenho que passar para a frente, procurar saber” (EACS6).</p> <p>“Antes a gente tinha a reunião de agentes comunitários, agora não tem mais. Porque, às vezes, ficar passando caso no corredor é muito chato. Na reunião de equipe, a gente está tentando discutir casos, mas, às vezes, a gente não consegue” (EACS6).</p>	<p>desmotivados a realizarem suas atividades, em especial, a visita domiciliar, momento no qual se deparam diretamente com as necessidades das famílias.</p>	
<p>“Porque o agente comunitário não é agente só das 07h às 17h, né. É agente das 07h até a hora que vai dormir. No começo era muito difícil porque você perde a privacidade” (EACS6).</p> <p>“Tem um lado positivo e tem um lado negativo. Então, esse é o lado bom, posso conhecer profundamente o lugar onde eu estou trabalhando” (EACS4).</p> <p>“Às vezes, tem aquela falta de paz no final de semana, das pessoas esquecerem um pouco que ele é agente comunitário e que ele tem uma vida a</p>	<p>Verifica-se que a abordagem feita aos ACS fora do horário de trabalho lhes causa um certo desgaste. Mencionam como aspecto positivo de se viver no território em que se trabalha a possibilidade de conhecer melhor a necessidade de saúde da comunidade assistida. Mas viver na comunidade garante seu comprometimento com ela?</p>	<p><b>Morar no território e a falta de privacidade</b></p>

<p>parte” (EACS4).</p> <p>“O difícil, isso eu falo para todo mundo, é ter que morar aqui. Porque as pessoas não sabem te falar “bom dia” no sábado e no domingo. Sabem chegar e te falar assim: - Chegou o meu exame?” (EACS5).</p>		
<p>“É você ter amor naquilo que você faz, é você ter amor ao próximo, é você sentir na pele o que o outro sente. Você vivencia tudo o que o usuário vivência” (EACS3).</p> <p>“Eu acho que ser agente comunitário é, além de ser um elo bom com a comunidade, é você lembrar que as pessoas abrem as portas para você todos os dias, que te recebem e recebem muito bem por sinal” (EACS4).</p> <p>“Ah, ser agente comunitário é ser mãe, ser psicólogo, é ser assistente social, é ser conselheiro religioso, conselheiro amoroso, é ser agente de endemias. É tanta profissão junta no trabalho do agente comunitário. Então, eu acho que é ser uma extensão daquela família” (EACS6).</p> <p>“Para mim é ser agente e não quebra galho. Eu acho que é uma coisa boa para a gente e para a população. A gente tem um vínculo com eles” (EACS5).</p>	<p>Complexidade em que se realiza as ações dos agentes comunitários de saúde, ações essas que se caracterizam em especial pela dimensão educativa.</p>	<p><b>O que é ser agente comunitário de saúde</b></p>
<p>“Eu, por experiência própria e por achar também, acho que a recepção é uma das coisas que mais quebra vínculo entre ACS e população” (EACS1).</p> <p>“Está tudo bem lá fora, aí eles vem aqui e não depende de mim, depende de todo mundo. Então, eles descontam sempre em quem está lá na frente. Então, eu acho que quebra muito o</p>	<p>A atividade de recepção tem sido percebida pelos ACS como o principal motivo de quebra de vínculo ACS-comunidade.</p>	<p><b>Atividade de recepção favorecendo a quebra de vínculo.</b></p>



<p>vínculo. Eles falam que aproxima, mas não. Eu acho que quebra estar na recepção” (EACS5).</p>		
<p>“Os pontos a serem melhorados é gente fazer mais visitas, mas sem outras questões que também impede de fazer. A gente precisa melhorar mais, fazer mais visitas” (EACS2).</p> <p>“Acho que o ponto que deveria mudar é isso, priorizar o ser ACS, a visita, o auxílio, a discussão de casos, isso deveria ser priorizado” (EACS1).</p> <p>“Acho que mais cobrança. Acho que, a partir do momento que você é gestão, tem que cobrar sim” (EACS5).</p>	<p>Os aspectos mencionados pelos ACS referentes às melhorias necessárias foram o aumento do número de visitas realizadas pelos ACS, a priorização das atividades relativas à função ACS em detrimento das atividades burocráticas.</p>	<p><b>Pontos a serem melhorados no trabalho</b></p>

**7.6- Apêndice F: Quadro esquemático da fase de análise dos dados das entrevistas realizadas com os representantes dos usuários**

Unidade de registro	Unidade de Contexto	Núcleo do Sentido
<p>“Então, se a gente precisa de alguma consulta, vamos supor, se a receita da gente está vencida, fala com ela e ela vai tentar agendar consulta com a doutora” (EC1).</p> <p>“Eu vejo elas entregar o leite. Antes tinha até uma atividade no centro comunitário e elas ia. Eu vejo elas explicar para as pessoas que não são do bairro que não pode usar o posto” (EC1).</p> <p>“Ah, como ficar na recepção. Eu acho que deveria ter uma pessoa mesmo. Cada vez que a gente vai na unidade sempre tem um diferente na recepção. Teria que ter uma pessoa que ficasse ali na recepção para cuidar só da parte da recepção. E o agente de saúde para cuidar da família, da rua” (EC2).</p> <p>“Eles realizam o atendimento no posto de saúde para a população do bairro. Eles fazem visita nas casas” (EC3).</p> <p>“Ela procura a gente quando tem que fazer algum exame, alguma coisa, ela vem e explica. Pede que a gente compareça no posto quando tem consulta também. Então, a gente é avisado por ela” (EC3).</p> <p>“O agente comunitário de saúde faz visita na casa. No dia a dia, vê realmente o que a pessoa precisa. Marca consulta” (EC4).</p>	<p>Quando perguntado aos entrevistados quais são as atividades realizadas pelos agentes comunitários de saúde que os mesmos conhecem, há menção de atividades que viabilizam o aumento da acessibilidade aos serviços realizados pela equipe de saúde como, por exemplo, marcação de consulta, atividade de orientação quanto ao uso dos equipamentos de saúde. Também aparecem compondo o rol das atividades desenvolvidas pelos ACS a atividade de recepção e visita domiciliar. Percebe-se também pelas falas que alguns ACS exercem a função de leva e traz, comunicando os usuários de datas de consultas e exames.</p>	<p><b>Relato dos representantes dos usuários sobre as atividades desenvolvidas pelos ACS</b></p>
<p>“Antes era a fulana. Agora eu não sei. É que eu não sei, vai que mudou outra vez” (EC1).</p> <p>“Eu sei” (EC2).</p> <p>“O agente é o que faz visita, né? É aquela</p>	<p>Quando perguntado aos entrevistados se eles são capazes de identificar o agente comunitário responsável pela microárea da qual fazem parte, apenas dois mostraram dúvida em suas respostas. Um entrevistado disse não saber se ainda permanecia sendo o mesmo</p>	<p><b>Identificação do ACS pelos usuários</b></p>

<p>loira. Como é que ela se chama? Eu sei quem é, mas esqueço o nome dela” (EC3)</p> <p>“Quem faz aqui essa área é a fulana. Ela passa e vê realmente o que precisa” (EC4).</p>	<p>ACS responsável por passar visita em sua casa, o que nos leva a questionar a frequência com a qual a atividade de visita domiciliar é realizada. Outro ainda demonstra dificuldade em identificar a figura do agente comunitário entre os demais membros da equipe de saúde da família, o que ressalta a perda da identidade desse sujeito.</p>	
<p>“Eu acho que ele tem que, vamos supor, a pessoa vem no posto, ele precisa observa o que as pessoas vê no posto de saúde, qual as dificuldades não só do posto, mas do bairro. Eu acho que a pessoa tem que dar uma observada e ver o que é bom, o que o pessoal achando que está faltando no posto de saúde” (EC1).</p> <p>“Ah, que melhore o desempenho. Vamos se por, seria bom que aqui tivesse uma atividade física, tipo caminhada, igual tinha antigamente. <b>Eu acho que deveria ter um grupo aqui no posto. Sei lá, em um horário que a agente de saúde não fosse ocupar o cargo dela. Se tivesse esse tipo de trabalho, eu acho que seria bom</b>” (EC1).</p> <p>“Na verdade, eles tinham que fazer visita mesmo. Fazer visita nas casas, orientar os usuários que tem que passar no posto para pegar remédio, vê se está tomando a medicação certinha quem toma medicação controlada, para pressão alta, diabetes e outras coisas. Procurar saber quais os exames que deve fazer, se tem alguma coisa na família que está precisando de ser tratado. Pesquisar, ver se a família, realmente, está se cuidando direitinho, fazendo a prevenção da saúde” (EC2).</p> <p>“É o agente de saúde é para isso, o SUS criou o agente de saúde para isso. Criou para prevenir um problema mais sério com o paciente” (EC2).</p> <p>“Cada agente tem a sua família para cuidar, não é organizadinho? Então, eu</p>	<p>Os entrevistados esperam do ACS:</p> <p>Participação e liderança em movimentos comunitários em prol de uma melhor qualidade de vida para a comunidade</p> <p>Controle e acompanhamento do estado de saúde das famílias</p> <p>Trabalhar a promoção da saúde através de atividades de grupo. Interessante observar que para o entrevistado, essa atividade não é uma função já estabelecida para o ACS, mas aparece com o caráter de uma atividade extra, além de sua rotina de trabalho. O trabalho com grupos não parece ser próprio do trabalho do ACS.</p> <p>Contribuição para o exercício da cidadania, orientando o indivíduo e comunidade sobre seus direitos e deveres.</p> <p>Verifica-se também que esperam que sejam realizadas visitas domiciliares mais frequentes, que a periodicidade das visitas sejam estabelecidas levando em consideração a necessidade da família. Outro aspecto apontado foi o tempo de duração de cada visita e também os temas abordados repetidamente na mesma, atribuído pela falta de capacitação e educação permanente dos ACS, na visão do usuário.</p>	<p><b>O que espera como atividade de ACS</b></p>

acho que dá suficiente para ele passar uma vez por mês na casa, principalmente, daquelas pessoas que tem mais problemas para saber como é que está. No meu ponto de vista tinha que ser assim, o agente de saúde trabalhar assim desse jeito para que tudo fique certinho” (EC2).

“Mais frequência nas visitas. Acho que isso é o mais importante” (EC2).

“O agente tinha que fazer mais visitas e não só uma vez no mês. É passar para saber como está, se está tomando a medicação, se está sendo acompanhado, se está fazendo os exames. Porque, às vezes, a gente vê que a pessoa está largada ali e não está tendo acompanhamento certinho. Se tem o agente comunitário era para ter o acompanhamento. E a gente não vê que está tendo” (EC2).

“Espero que continue sempre assim, procurando as pessoas, orientando, avisando quando necessário para que a pessoa fique mais orientada para ser atendida melhor no posto de saúde” (EC3).

“O agente comunitário é para informar o direito e o não-direito da pessoa. Ele leva informação para a direção do posto e a obrigação dele é acompanhar o paciente” (EC4).

“Eu acho que sim. Tem muito que melhorar. Como eu falei, não tem curso, não tem palestra, não tem nada. O que é que o cara vai passar para a comunidade? Sempre as mesmas coisas, tem que ter coisas novas. Hoje mesmo tem agente comunitário que não sabe nem os direitos que o SUS passa. Como é que vai chegar e falar com a comunidade?” (EC4).

“Então, eu acho que deveria ter mais explicação sobre isso para ele e quando ele vier em uma casa, ele não vier

<p>correndo para fazer uma visita de 2 ou 3 minutos. Ter uma visita mesmo é de meia hora, no mínimo 20 minutos, porque tem que conversar com a família” (EC4).</p>		
<p>“Ah, eu acho que está bom porque tem coisa que é difícil. Eu tenho um exame de cardiologia, já faz um tempão, e eu não tive um retorno. Então, tem certas coisas que não depende só delas” (EC1).</p> <p>“Tem coisa que fica para trás, a gente como usuário nota alguma coisa que falta. Agora, a gente não sabe se é porque o agente fica preso lá no posto fazendo serviço que não é da parte dele fazer. Enquanto ele está fazendo outro serviço lá, está faltando ele sair para a rua” (EC2).</p> <p>“Eu acho que teria que ser mais correto, mais organizado. O agente comunitário ter aquele dia certo para passar naquela casa” (EC2).</p> <p>“Eu, até aqui, pelo tempo que tenho sido assistido por eles, tem sido bom o atendimento deles e as visitas tem sido normais” (EC3).</p> <p>“É muito boa. Tem pessoa que tem problema de saúde, que não pode ir no posto de saúde e não consegue se locomover, através do agente comunitário ele tem esse apoio para desenvolver esse tratamento. Acho que sem o agente comunitário seria impossível lidar com pessoas, às vezes, desinformada” (EC4).</p>	<p>Embora os usuários apontem fragilidades no trabalho do ACS, têm também a convicção que não é tudo que está na governabilidade desse trabalhador como, por exemplo, o agendamento de consultas e exames em tempo rápido. Avaliam o trabalho do ACS como bom e apenas um usuário traz a questão da falta de melhor organização e planejamento das visitas.</p>	<p><b>Avaliação das atividades realizadas pelos ACS</b></p>
<p>“Eu acho que elas fazem coisas...sei lá se é certo ou errado. Igual, esse negócio de distribuição do leite cabe a elas fazê? Será que não deveria ser igual no centro comunitário (referência as atividades em grupo desenvolvidas pelos ACS no centro comunitário)? Sei lá. Porque elas já tem o trabalho delas. Eu não sei se isso ai é um trabalho delas também entregar leite”</p>	<p>Os usuários questionam o desenvolvimento de algumas atividades pelos ACS que, na perspectiva dos mesmos, não se encontram no rol das funções desses sujeitos. Ainda, referem que o desenvolvimento dessas atividades atrapalha no contato frequente com a comunidade.</p>	<p><b>Alguns questionamentos quanto às atividades desenvolvidas pelos ACS</b></p>

<p>(EC1).</p> <p>“Às vezes, que ele está ocupado fazendo outro tipo de serviço que não é, realmente, o que está encaixado na lei do SUS, é onde a gente falta do agente de saúde” (EC2).</p> <p>“Eu acho que o trabalho do agente comunitário é visitar, orientar, isso é realmente o que ele tem que fazer. Isso aí não acontece aqui em São Carlos, o agente está muito carregado com serviço que não é dele” (EC4).</p>		
<p>“Ah, eu acho que é bom. Eu tenho muita amizade com ela e, de vez enquando, a gente conversa” (EC1).</p> <p>“O meu relacionamento com o meu agente comunitário é bom” (EC2).</p> <p>“O nosso relacionamento é bom. Ela sempre me atendeu bem” (EC3).</p> <p>“O meu relacionamento é muito bom. É uma pessoa muito atenciosa. Trata a gente muito bem, não só eu, mas como toda a comunidade” (EC4).</p>	<p>Os usuários avaliam o relacionamento estabelecido entre ACS e usuário-comunidade como bom, baseado no respeito e na confiança.</p>	<p><b>Relacionamento usuário-ACS</b></p>
<p>“Eu não sei, algum tempo atrás parecia que era melhor. As meninas parece que visitava mais. Hoje em dia parece que elas estão visitando menos, só isso. Isso é o que eu vejo, né. Porque eu via sempre na minha rua, ela vinha procurar saber alguma coisa, quantas pessoas estavam em casa, se alguém precisa de alguma coisa” (EC1).</p> <p>“Eu percebo que diminuiu. Não sei se é por causa dos trabalhos dela aqui (se refere à unidade de saúde). Pode ser também a recepção. Eu penso assim comigo” (EC1).</p>	<p>Quando perguntado aos usuários se percebem se houve mudanças no trabalho do ACS, apenas dois usuários mencionaram a diminuição da frequência de realização de visitas domiciliares e a relacionaram com o desenvolvimento de outras atividades pelos ACS como, por exemplo, a atividade de recepção na unidade de saúde. Realidade essa que parece incomodar muito os usuários. Contraditoriamente, apenas um usuário referiu ter percebido aumento com relação às</p>	<p><b>Mudanças observadas no trabalho do ACS</b></p>

<p>“Teve mudanças nas atividades, sim. Foi melhorando mais. Tem bastante coisas que as meninas fazem, a terapia, né. No começo tinha, mas era pouco. Agora foi se desenvolvendo mais. Está bem melhor, está mais desenvolvido” (EC2).</p> <p>“Eu acho que melhorou. No início, não eram constantes as visitas” (EC3).</p> <p>“Ah, a mudança que eu verifiquei é o seguinte, às vezes, a prefeitura retira o agente comunitário de fazer o trabalho dele. Isso é muito ruim para a comunidade. É a prefeitura retira. O agente comunitário ele, realmente, tem o contrato como agente comunitário, mas ele é o agente administrativo. Ele tem que ficar lá fazendo o trabalho lá no posto. O agente comunitário mesmo, ele não pode ficar dentro do posto, tem que sair na rua. Aqui não, aqui o agente comunitário tem que fazer tudo” (EC4).</p>	<p>visitas domiciliares, o que pode ser justificado pelo fato de fazer parte da microárea de ACS diferente dos outros usuários entrevistados. Outro usuário verificou mudança no trabalho coletivo, grupos de orientação, coordenado pelos ACS tanto em relação à quantidade e diversidade desses grupos, bem como a frequência de realização dos mesmos.</p>	
<p>“Eu recebo muita orientação sobre os remédios da gente, se está tomando direito. A gente tem que prestar bem a atenção” (EC1)</p> <p>“De 1,0 a 10,0, posso responder? De 1,0 a 10,0, eu dou 8,0. Eu consigo ter orientação por meio do ACS” (EC2).</p> <p>“Tem, tem contribuído. Toda vez que foi necessário, houve a contribuição da agente de saúde. Consegue ter orientação” (EC3).</p> <p>“O trabalho que ele faz no dia a dia é a prevenção” (EC4).</p>	<p>A contribuição dos ACS, na perspectiva dos usuários, é com o trabalho de educação e promoção a saúde.</p>	<p><b>Contribuição do trabalho do ACS em resposta as necessidades de saúde.</b></p>
<p>“Eu acho que a gente deve contribuir respeitando o trabalho de cada um” (EC1).</p> <p>“Eu acho que conversando na reunião do conselheiro. Na verdade, a gente está</p>	<p>As estratégias para o fortalecimento do trabalho dos ACS, na visão dos usuários, são a participação em movimentos reivindicatórios por melhorias nos quais os ACS tenham voz e a comunidade também para</p>	<p><b>Contribuição para o fortalecimento do trabalho do ACS.</b></p>



<p>cobrando, mas não condenando nenhum agente de saúde” (EC2).</p> <p>“Que colocasse alguém lá na recepção para que o agente comunitário tivesse mais tempo para fazer o trabalho dele, as visitas certinho na rua. A gente não pode nem cobrar muito deles porque se a gente sempre chega e ele está lá na recepção, como posso cobrar que ele venha fazer visita na minha casa?” (EC2).</p> <p>“O que eu acho que eu posso...quando eu vejo que há necessidade em alguma casa, em alguma família, que alguém necessita e se eu ficar sabendo, eu posso chegar e avisar o agente comunitário para que faça uma visita” (EC3).</p> <p>“Eu acho que a gente tem que participar mais das reuniões, dos encontros e cobrar dos governantes. Fazer um movimento, uma associação, fazer um movimento ou uma reunião com o prefeito e secretário de saúde, levando uma sugestão do que pode ser mudado. Os próprios agentes comunitários podem falar. A comunidade tem que dar o apoio” (EC4).</p>	<p>delatar a realidade vivenciada. Como instrumento para estabelecer diálogo entre a comunidade e os trabalhadores em saúde, é apontado as reuniões do Conselho Gestor Local de Saúde favorecendo para que a equipe de saúde esteja sensível às necessidades da comunidade e que sejam fomentadas melhorias para as condições de trabalho das unidades de saúde da família. Outro usuário relata que pode contribuir com o trabalho do ACS indicando as famílias mais vulneráveis e que necessitam de um maior acompanhamento por esses sujeitos.</p>	
--	---	--



**7.7- Apêndice G: Quadro resumo da fase de categorização dos dados das entrevistas realizadas com os agentes comunitários de saúde**

Categorias	Núcleos de Sentido
<p><b>O que é ser ACS: entre o ideal e o real</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O que é ser agente comunitário de saúde</li> <li>• Os pontos fortes do trabalho do ACS</li> <li>• Motivações para ser ACS</li> <li>• Multifuncionalidade na prática profissional do ACS</li> <li>• Atividades burocráticas/administrativas x realização de visitas</li> <li>• Morar no território e a falta de privacidade</li> <li>• Atividade de recepção favorecendo a quebra de vínculo</li> </ul>
<p><b>Organização do cotidiano do trabalho do ACS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planejamento das visitas domiciliares</li> <li>• Organização do trabalho</li> </ul>
<p><b>Desmotivação e impotência diante da adversidade</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragilidades no trabalho em rede e intersetorialidade como dificultadores do trabalho do agente comunitário de saúde</li> <li>• Contribuição do ACS na equipe</li> <li>• Espaço para diálogo ACS e equipe para planejamento de ações em saúde</li> <li>• Reconhecimento profissional e (in)satisfação com o trabalho</li> </ul>
<p><b>Falta de EPS: a asfixia do trabalho do ACS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitação/educação permanente</li> <li>• Pontos a serem melhorados no trabalho</li> </ul>

**7.8- Apêndice H: Quadro resumo da fase de categorização dos dados das entrevistas realizadas com os representantes dos usuários**

Categorias	Núcleos de Sentido
<p><b>O real e o ideal do trabalho do ACS na perspectiva dos usuários</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relato dos representantes dos usuários sobre as atividades desenvolvidas pelos ACS</li> <li>• O que esperam os usuários como atividade de ACS</li> <li>• Avaliação das atividades dos ACS pelos usuários</li> <li>• Alguns questionamentos quanto às atividades desenvolvidas pelos ACS</li> <li>• Mudanças observadas pelos usuários no trabalho do ACS</li> </ul>
<p><b>Quem é o ACS para mim?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuição do trabalho do ACS em resposta as necessidades de saúde.</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação do ACS pelos usuários</li> <li>• Relacionamento usuário-ACS</li> </ul>
<p><b>O agir para fortalecimento do trabalho do ACS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuição dos usuários para o fortalecimento do trabalho do ACS.</li> </ul>

# ANEXO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** " O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família: Encontros e Desencontros de uma Prática - São Carlos/SP"

**Pesquisador:** Kátia Cristina dos Santos Vieira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 11762512.0.0000.5504

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 190.845

**Data da Relatoria:** 05/02/2013

#### Apresentação do Projeto:

A Estratégia Saúde da Família possui como ponto principal o estabelecimento de vínculo e co-responsabilidade entre os trabalhadores de saúde e população. A atenção à saúde volta-se para as famílias, compreendidas a partir do contexto social, político, econômico, cultural e geográfico nos quais estão inseridas e tem como importante instrumento de trabalho a educação em saúde. Essa estratégia ESF vem se despontando como possibilidade de aproximação entre serviço/sistema/usuários/necessidade, pautado no pressuposto do diálogo entre equipe multiprofissional e usuário.

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, de abordagem qualitativa, mais especificamente do tipo estudo de caso, que será realizada em uma unidade saúde da família do ARES Cidade Aracy, da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos.

Propoe-se, em um primeiro momento da pesquisa, realizar entrevistas individuais com questões semi-estruturadas com os representantes dos usuários no Conselho Gestor Local de Saúde da unidade de saúde da família (quatro representantes) e com todos os agentes comunitários de saúde (seis ACS) da mesma unidade. No segundo momento do estudo, será realizado um grupo focal com os agentes comunitários de saúde, sendo que as questões norteadoras desse grupo focal emergirão da pré-análise das entrevistas individuais

realizadas com esses sujeitos. A utilização de duas técnicas de coleta de dados justifica-se pela busca de um contingente de conteúdos que possibilitem a análise em profundidade, critério

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

fundamental para estudo de caso.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Analisar o trabalho do agente comunitário de saúde a partir de sua prática.

Objetivo Secundário: identificar as atividades realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde na unidade de saúde da família; analisar as percepções dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao seu papel na equipe de saúde da família para o cuidado individual e coletivo e analisar as percepções e expectativas dos usuários quanto ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Como riscos decorrentes desta pesquisa, os sujeitos podem sentirem-se obrigados a participar da pesquisa e para minimizar tal risco, será esclarecido a não obrigatoriedade em responder qualquer questão e também esclarecer que a decisão em não participar do estudo não resultará prejuízo ao seu atendimento na unidade de saúde, bem como a sua família. Os agentes comunitários de saúde que se recusarem a participar também não terão prejuízo em seu trabalho. Outra orientação que será dada é a garantia do sigilo e da privacidade em relação as informações fornecidas. Outro risco previsto é o desconforto que os sujeitos podem sentir a qualquer momento da entrevista ou grupo focal. Os sujeitos da pesquisa serão orientados do direito de desistir da pesquisa retirando seu consentimento a qualquer momento, assim como a garantia de tirar dúvidas e pedir esclarecimentos que necessitar em relação a pesquisa.

**Benefícios:**

Através dessa pesquisa, busca-se apontar potencialidades e as fragilidades do trabalho do ACS para a reorientação de uma prática de saúde que seja usuário-centrada e que de tal forma, a pesquisa fomente reflexões para mudanças que contribuam para o fortalecimento da Atenção Básica e do SUS.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos.

A pesquisa tem importante valor social pois busca apontar as potencialidades e as fragilidades do trabalho do ACS para a reorientação de uma prática em saúde que seja usuário-centrada e que de tal forma, a pesquisa fomente reflexões para mudanças que contribuam para o fortalecimento da Atenção Básica e do SUS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos obrigatórios ( TCLE usuário, TCLE ACS, anuencias dos co-participantes e do local

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



da pesquisa e FR) foram apresentados e respeitam as normas preconizadas

**Recomendações:**

Nenhuma

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

nenhuma

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SAO CARLOS, 30 de Janeiro de 2013

---

**Assinador por:**  
**Maria Isabel Ruiz Beretta**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP **Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br