



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS - UNIMONTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTU SENSU EM
CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADO PRIMARIO EM
SAÚDE



Carolina dos Reis Alves

**O Agente Comunitário de Saúde: percepções e
interpretações quanto a seu perfil e seu papel na
Estratégia Saúde da Família da cidade de Montes
Claros – MG**

Montes Claros/ MG

2009



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS - UNIMONTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTU SENSU EM
CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADO PRIMARIO EM
SAÚDE



Carolina dos Reis Alves

O Agente Comunitário de Saúde: percepções e interpretações quanto a seu perfil e seu papel na Estratégia Saúde da Família da cidade de Montes Claros – MG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da UNIMONTES como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde: Cuidado Primário em Saúde.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Virgínia Torres Schall

Montes Claros/MG

2009



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS - UNIMONTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTU SENSU EM
CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADO PRIMARIO EM
SAÚDE



ALUNA: Carolina dos Reis Alves

TÍTULO DO PROJETO: O Agente Comunitário de Saúde: percepções e interpretações quanto a seu perfil e seu papel na Estratégia Saúde da Família da cidade de Montes Claros – MG

BANCA (TITULARES)

PROF^a. DR^a. Virginia Torres Schall ORIENTADOR

PROF^a. DR.^a Celina Maria Modena– Fiocruz/René Rachou

PROF. DR. João Felício Rodrigues Neto– UNIMONTES

ASSINATURAS

BANCA (SUPLENTE)

PROF. DR. Antônio Prates Caldeira - UNIMONTES

PROF. DR. Máisa Tavares de Souza Leite – UNIMONTES

ASSINATURAS

APROVADA

REPROVADA

"A esperança
não é para
amanhã.

A esperança é
este instante.

Precisa-se dar
outro nome a
certo tipo de
esperança

porque esta
palavra

significa
sobretudo
espera.

E a esperança é
já".

(Clarice Lispector,
1977)

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo à Vida, representada pela mensagem de A. J. Cronin, que revela a trajetória trilhada na execução deste estudo:

“A vida não é um corredor reto e tranqüilo que nós percorremos livres e sem empecilhos, mas um labirinto de passagens, pelas quais nós devemos procurar nosso caminho, perdidos e confusos, de vez em quando presos em um beco sem saída.

Porém, se tivermos fé, uma porta sempre será aberta para nós, não talvez aquela sobre a qual nós mesmos nunca pensamos, mas aquela que definitivamente se revelará boa para nós.”

Dedico este estudo aos “Anjos” da Estratégia Saúde da Família, os Agentes Comunitários de Saúde, que emprestaram suas “Asas”, permitindo-me voar já que voar depende das asas de cada um de nós em um processo coletivo de aprendizagem retratado por Richard Bach:

“Aprender é descobrir aquilo que você já sabe.

Fazer é demonstrar que você o sabe.

Ensinar é lembrar aos outros que eles sabem tanto quanto você.

Nós todos somos aprendizes, fazedores, professores.”

AGRADECIMENTOS

"Agradecer é admitir que houve um minuto em que se precisou de alguém.

Agradecer é reconhecer que o homem jamais poderá lograr para si o dom de ser auto-suficiente". (Autor desconhecido)

Ao meu esposo, Claudio, que compartilhou comigo os momentos de alegria e me apoiou nos dias de incerteza, de angústias, de ansiedades e, acima de tudo, pelo apoio incondicional a todas as minhas escolhas e que está sempre ao meu lado e presente na minha vida, a você, que é a minha "Vida", agradeço por todos os momentos vividos e compartilhados.

Aos meus pais, Noelia e José (Gessé), pelo apoio incessante e estímulo em toda a minha trajetória de vida, que, apesar de não terem o "estudo", lutaram com garra para que suas filhas pudessem alcançar tudo que desejassem, é para vocês esta conquista e a minha eterna gratidão.

Às minhas irmãs, Ana Paula e Marta, que, mesmo distantes geograficamente, estavam sempre perto no aspecto do sentimento e da motivação, apoiando as minhas decisões.

Em especial, a Aninha, minha eterna companheira.

A minha afilhada e sobrinha, Camily, que, por sua curiosidade e aprendizado de criança, leva-me a querer contribuir para a construção de um mundo melhor.

À minha orientadora, professora Dr^a Virginia Torres Schall, que aceitou a tarefa de oferecer suporte para este trabalho, pelas sugestões e disponibilidade em auxiliar-me no

esclarecimento de dúvidas, e, especialmente, pela paciência. Como não tenho palavras para descrever a minha gratidão, utilizarei as palavras de Cora Coralina: "Professor, sois o sal da terra e a luz do mundo. Sem vós tudo seria baço, e a terra escura. Professor, faz de tua cadeira a cátedra de um mestre. Se souberes elevar teu magistério, ele te elevará à magnificência (...) Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina. Melhor professor nem sempre é o de mais saber e, sim, aquele que, modesto, tem a faculdade de manter o respeito e a disciplina da classe.

Aos Agentes Comunitários de Saúde, sujeitos da pesquisa, pela valiosa colaboração e pela confiança ao revelar as suas alegrias, suas angústias, o seu processo de trabalho; o meu muito obrigado a vocês construtores da saúde e engenheiros de um novo fazer; obrigada por repartir seus conhecimentos com dedicação e amizade, no cumprimento do seu dever.

A minha equipe de Saúde da Família Vila Anália, pelo apoio diário, por suportar o mau-humor e pelo constante esforço de estar junto como uma verdadeira família e permitirem esta conquista profissional e pessoal.

Às famílias dos bairros Vila Anália, Novo Delfino e Jardim Olímpio, pela compreensão nos momentos de ausência em decorrência do estudo e de aprendizagem; muito obrigada.

À Secretaria Municipal de Saúde, em especial o ex-secretário de saúde, João Batista Silvério, pessoa visionária que permitiu a consumação desse sonho por meio da liberação para o início da trajetória do mestrado.

Com muito carinho, agradeço a todos da minha família, em especial ao meu avó, Joaquim, esteio da família Reis, que, na sua simplicidade, mostrou-me o verdadeiro sentido da vida em família. À minha avó, Lourdes, que, mesmo fisicamente ausente, contribuiu e ainda contribui com seus exemplos em vida, que possibilitaram ser a “Ló”, pessoa de garra e que nunca desiste.

À minha cunhada, Cíntia, pelo apoio, incentivo e contribuições significativas para o desenvolvimento deste estudo.

Ao professor João Felício, pelo incentivo em momentos de incertezas e contribuição durante o desenvolvimento acadêmico.

Agradeço, enfim, aos que estiveram ao meu lado, seja no estímulo, seja na motivação, possibilitando a construção e aprofundamento deste trabalho.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- População atendida pelo Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), Brasil, 1999.	63
TABELA 2 - Distribuição dos agentes das equipes de saúde da família do pólo urbano por gênero e tempo de experiência da cidade de Montes Claros/MG, outubro 2007.	145
TABELA 3 - Distribuição dos agentes das equipes de saúde da família do pólo urbano por escolaridade e tempo de experiência da cidade de Montes Claros/MG, outubro 2007.	147
TABELA 4- Distribuição dos agentes por faixa etária da cidade de Montes Claros/MG, 2008.	169
TABELA 5- Distribuição dos agentes por tempo de profissão da cidade de Montes Claros/MG, 2008.	170
TABELA 6- Frequência da realização do processo de educação permanente nas equipes de saúde da família da cidade de Montes Claros/MG, 2008.	323

LISTA DE FÍGURAS

FIGURA 1 – Foto panorâmica da cidade de Montes Claros- MG.	137
FIGURA 2 – Macrorregião de Montes Claros- MG	138
FIGURA 3 – Região do Norte de Minas Gerais.	139
FIGURA 4 - Vista panorâmica da cidade de Montes Claros – MG.	140
FIGURA 5 - Rede Instalada dos Serviços de Saúde de Montes Claros - MG.	144
FIGURA 6 - Rede Instalada dos Serviços de Saúde que participaram da pesquisa	156

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Caracterização dos agentes comunitários de saúde da região leste da cidade de Montes Claros/MG, 2008.	162
QUADRO 2 – Caracterização dos agentes comunitários de saúde da região noroeste da cidade de Montes Claros/MG, 2008.	163
QUADRO 3 – Caracterização dos agentes comunitários de saúde da região norte da cidade de Montes Claros/MG, 2008.	164
QUADRO 4 – Caracterização dos agentes comunitários de saúde da região central da cidade de Montes Claros/MG, 2008.	164
QUADRO 5 – Caracterização dos agentes comunitários de saúde da região sudoeste da cidade de Montes Claros/MG, 2008.	165
QUADRO 6 – Caracterização dos agentes comunitários de saúde da região sul da cidade de Montes Claros/MG, 2008.	166
QUADRO 7 – Caracterização dos agentes comunitários de saúde da região oeste da cidade de Montes Claros/MG, 2008.	166
QUADRO 8 - Comparação da visão do processo de trabalho antes e depois de ser Agente Comunitário de Saúde, 2008	257
QUADRO 9 - Distribuição dos resumos publicados em anais de eventos científicos, 2008	379

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	– Agente Comunitário de Saúde
ADENE	– Agência Desenvolvimento do Nordeste
AIS	– Ações Integradas de Saúde
APS	– Atenção Primária à Saúde
CEB	– Câmara de Educação Básica
CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa
CNBB	– Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNE	– Conselho Nacional de Educação
CONASP	– Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CMS	– Conselho Municipal de Saúde
DAB	– Departamento de Atenção Básica
DSC	– Discurso do Sujeito Coletivo
DF	– Distrito Federal
ECH	– Expressões-Chaves
ESF	– Estratégia Saúde da Família
FMS	– Fundo Municipal de Saúde
GM	– Gabinete do Ministro
GPSM	– Gestão Plena do Sistema Municipal
HUCF	– Hospital Universitário Clemente Faria
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	– Ideias Centrais
LOS	– Lei Orgânica da Saúde
MG	– Minas Gerais

MOC	– Montes Claros
MS	– Ministério da Saúde
NASF	– Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
NOAS	– Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	– Norma Operacional Básica
OMS	– Organização Mundial de Saúde
PACS	– Programa de Agente Comunitário de Saúde
PIASS	– Programa de Interiorização das Ações de Saúde
PROFAE	– Projeto de Profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem
PSF	– Programa Saúde da Família
SESP	– Serviço Especializado em Saúde Pública
SIAB	– Sistema de Informação da Atenção Básica
SIPACS	– Sistema de Informação do Programa de Agente Comunitário de Saúde
SME	– Secretaria Municipal de Educação
SMS	– Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	– Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
UNICEF	– Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIMONTES	– Universidade Estadual de Montes Claros
USP	– Universidade de São Paulo

RESUMO

Na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) estabeleceu-se como alternativa para mudança do modelo assistencial, imprimindo uma nova concepção do processo de saúde-doença. Em sua equipe multiprofissional, surge o Agente Comunitário de Saúde (ACS), com o papel de realizar a interlocução equipe-comunidade, unindo dois saberes – o popular e o científico - na perspectiva da organização assistencial de forma interdisciplinar, fundamentada no trabalho em equipe. Este estudo buscou investigar e descrever o perfil e o papel dos ACS das equipes de saúde da família da cidade de Montes Claros - MG, a partir de categorias sugeridas em documento do Ministério da Saúde (2004), caracterizadas pelas dimensões do saber-ser, saber-conhecer, saber-fazer e saber-conviver. Através de entrevistas semiestruturadas com 15 ACS, buscou-se investigar seu processo de trabalho, seu processo de formação e suas relações interpessoais, segundo a perspectiva dos próprios agentes. A análise dos dados foi orientada pelo Discurso do Sujeito Coletivo que revelou as seguintes ideias centrais: (1) Saber Ser: significado do ser, motivação, qualidades/valores, atributos negativos, aspectos facilitadores / dificultadores, expectativas; (2) Saber Conhecer: processo de educação permanente em saúde, (des)conhecimento dos princípios do SUS; (3) Saber Fazer: atribuições, atividades comunitárias, planejamento, receptividade, situações de risco, avaliação, ética, satisfação; (4) Saber Conviver: trabalho em equipe, trabalho comunitário, interação equipe-comunidade, estabilidade na profissão. Conclui-se, assim, que o agente compreende e desenvolve o seu papel de educador e interlocutor utilizando tecnologias relacionais que favorecem o estabelecimento de vínculo. Entretanto, a valorização e a demanda por práticas biomédicas desvirtuam as dimensões de sua práxis, limitando seu papel como marcador de consulta e representante somente do serviço de saúde e não da comunidade. Essa incompreensão do seu papel de agente transformador da saúde requer maior investimento para construção social do cuidado contextualizado e reorganização do modelo assistencial, destacando-se a relevância da educação permanente.

DESCRITORES: Agente Comunitário de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Identidade; Processo de Trabalho; Educação Permanente.

ABSTRACT

The Community Healthcare Agent: their perceptions and interpretations about its profile and its role in the Family Healthcare Strategy of the city of Montes Claros, MG, Brazil.

In Brazil's National Health System (SUS), the Family Healthcare Strategy (ESF) was established as an alternative to the traditional care model, bringing a new conception of the health and disease. In its multi-professional healthcare teams, the Community Health Agent (ACS) was added with the role of realizing the interlocution between community and healthcare team, uniting two points of view - the popular and scientific knowledge. This study investigates and describes the profile of the ACSs and their role in the family healthcare teams in the city of Montes Claros-MG, using four categories, suggested in a document of the Brazilian Ministry of Health (2004) and characterized as: know-being, know-knowing, know-doing and know-living. Using semi-structured interviews with 15 ACS, their working process, training process and interpersonal relationships, from their point of view, was investigated. Data analysis was guided by the Collective Subject's Discourse (DSC) which revealed the following central ideas: (1) Know-being: being meaning, motivation, qualities/values, negative attributes, facilitators and difficult issues, expectations; (2) Know-knowing: the process of permanent education in health, (lack of) knowledge of the principles of the SUS; (3) Know-doing: tasks, community activities, planning, reception, situations of risk, assessment, ethics, satisfaction; (4) Know-living: team work, community work, team interaction, community, stability in the profession. It is concluded that the agents understand and develop their role as educator and community partner through relational technologies that favor the establishment of links. However, the valorization and the demand for biomedical practices, diverts and limits the dimensions of their practice, reducing their role to a marker of consultations and representative of the health service only and not of the community. This misunderstanding of its role requires more investment to build a contextualized social care and reorganization of the care model, highlighting the importance of permanent education.

KEY WORDS: Community Healthcare Agent, Family Healthcare Strategy, Working Process; Identity; Permanent Education.

SUMÁRIO

Apresentação.....	21
 Capítulo I	
Introdução.....	27
Objetivos.....	33
Objetivo Geral.....	33
Objetivos Específicos.....	33
 Capítulo II	
Referencial Teórico Histórico	35
1- Construção histórica do Sistema Único de Saúde- SUS	35
2- Atenção Primária à Saúde (APS) e a Estratégia Saúde da Família	40
3- Estratégia Saúde da Família	43
4- Experiências Internacionais	47
4.1 Médicos dos Pés-Descalços da China	47
4.2 Feldshers da Rússia	49
4.3 Agentes de Saúde da Comunidade em países da África de língua francesa	49
4.4 Os Agentes de Saúde Comunitários do Sudão	50
4.5 Os Auxiliares Médicos da Tanzânia	50
4.6- Promotores Rurais do Haiti	51
4.7 Promotores Voluntários de Saúde do Peru	52
4.8 Agentes Comunitários de Saúde da Bolívia	52
4.9 Auxiliares de Saúde Comunitária da Jamaica	52
4.10. Agentes Locais de Saúde das Filipinas	53
5- Agente Comunitário de Saúde	53
5.1. Trajetória histórica – do PACS à profissão Agente Comunitário	53
5.2. Aspectos legais da profissão agente comunitário de saúde	66

5.3. Qualificação profissional – histórico e competências	69
5.3.1. PROFAE (Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem)	69
5.3.2. Curso Técnico de Agente Comunitário-Competência e Saberes	71
5.3.3- Processo educativo – Curso Introdutório	84
5.3.4- Educação Permanente	86
6- Atribuições do Agente Comunitário de Saúde	91
6.1- Cuidar: a essência do ser	94
6.2- O Saber-Fazer do Agente Comunitário	98
6.3- Conhecimento da Área / Avaliando a Saúde	99
6.3.1- Visita Domiciliar - Instrumento de Aproximação e Conhecimento	99
6.3.2- Cadastramento das Famílias	106
6.4- Ferramentas do Fazer do Agente - Instrumentos de Coleta de dados	107
6.5- Diagnóstico de saúde e da comunidade	109
6.5.1- Territorialização – Mapeamento da Comunidade	111
6.6- Planejamento Local	113
6.7- Programação das Atividades	116
6.8- Ações Educativas	116
7- Trabalho em Equipe - Fazer Compartilhado/ Ações Coletivas	121
8- Aspectos Éticos	126

Capítulo III

Materiais e Métodos.....	132
1- Fundamentação teórico-metodológica	132
2- Cenário do Estudo	136
2.1- Caracterização do Cenário	136
2.1.1 - Aspecto histórico	136
2.1.2 – Localização	138
2.1.3 - Contexto histórico da saúde em Montes Claros	140

2.1.4- Sistema Municipal de Saúde	142
3- Sujeitos do Estudo	145
3.1- Dados preliminares dos sujeitos	147
3.2- Critérios de inclusão	148
3.3- Critérios de exclusão	148
3.4- Coleta de Dados	149
3.5.- Instrumentos	151
4- Aspectos Éticos	153
5- Coleta de Dados	154
6- Análise dos Dados	157
6.1- Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)	157

Capítulo IV

Resultados e Discussão	162
1- Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde	162
2- Análise dos Discursos do Sujeito Coletivo – Agente Comunitário de Saúde	173
2.1 - Saber Ser	189
2.2 - Saber Fazer	269
2.3 - Saber Conhecer	322
2.4 - Saber Conviver	332

Capítulo V

Produtos Alcançados I	359
Artigo 1 - A expressão da ética pelo agente comunitário de saúde em seu exercício profissional: um estudo no município de Montes Claros/MG	359
Artigo 2 – A percepção dos agentes comunitários de saúde da cidade de Montes Claros/MG acerca da formação do agente enquanto auxiliar de enfermagem	374

Produtos Alcançados II.....	388
Capítulo VI	
Considerações Finais.....	390
Referências Bibliográficas.....	398
Apêndice.....	424
Apêndice A – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada	425
Apêndice B – Consentimento Livre e Esclarecido	428
Anexo	431
Anexo A – Parecer Consubstanciado	432

APRESENTAÇÃO

A trajetória profissional serve de instrumento para a construção do saber, do fazer e do conviver. Partindo dessas premissas, o presente estudo é fruto das inúmeras inquietações vivenciadas pela autora.

A primeira experiência ocorreu no município de Montes Claros no ano de 2000, enquanto residente de enfermagem da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, cuja primeira atividade foi realizar o processo de territorialização para conhecimento da área e aproximação com a comunidade; posteriormente foi realizada a seleção e o curso introdutório dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS e auxiliares de enfermagem.

Encerrada essa etapa, iniciou-se o funcionamento da equipe multiprofissional em saúde da família. Assim, no fazer e conviver cotidiano, ocorreu o estreitamento dos laços de cumplicidade, além da troca de experiências e de compartilhar as alegrias, tristezas, frustrações. Nesse cenário, surgiram também vários questionamentos sobre esse novo personagem da saúde – o Agente Comunitário de Saúde – no aspecto das atividades, limites, relacionamentos com a equipe e a comunidade.

Em 2001, assumi a função de Preceptora da residência e coordenadora do Pólo Grande Eldorado, passando a conviver diretamente com 18 Agentes. As vivências tornaram-se mais intensas, resultando em inúmeras inquietações sobre esse personagem peculiar que assumiu, a partir de 1994, por meio das políticas de saúde do Ministério da Saúde, o papel de divulgador e defensor do Sistema Único de Saúde - SUS e do, então denominado, Programa Saúde da Família – PSF, e representa também sujeito das mudanças do modelo assistencial vigente, realizando a ponte entre o saber científico e o saber popular.

Diante de tantas responsabilidades e atribuições desse ator comunitário, comecei a questionar quem é esse profissional, qual é o seu saber e o seu fazer, o quê sente, como é o seu viver e o seu conviver, como lida com tantas atribuições e cobranças, como realiza a intermediação equipe-comunidade da qual ele faz parte.

No ano de 2003, o ambiente de convivência passou a ser o Pólo da equipe Tiradentes e Tancredo Neves, onde continuei no papel de preceptora e coordenadora. Nesse local, percebi que os sentimentos, indagações e vivências do ACS eram os mesmos do pólo do grande Eldorado; então passei a refletir como bairros e comunidades tão distintos possuem indagações e vivências tão próximas e semelhantes.

Para endossar essa reflexão, tive a oportunidade, em 2003, de lecionar no PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem, em que os discentes eram os Agentes Comunitários de saúde das várias equipes de saúde da cidade. Tal atividade possibilitou perceber, por meio das discussões em sala de aula e dos diálogos nos corredores, que as experiências, os sentimentos eram comuns a todos dessa categoria, reconhecida legalmente como profissão a partir de 2002 com a Lei Federal nº 10.507, somente depois de transcorridos 11 anos de existência, desde o início do PACS, enquanto trabalhadores da saúde.

No ano de 2004, tive que novamente reiniciar a peregrinação, a equipe escolhida foi a da Vila Anália, dessa vez com uma diferença, pois agora seria a enfermeira da equipe, convivendo diretamente com seis ACS em que a partilha de experiências é mais estreita e mais próxima; e permaneço nessa unidade até a presente data, resultando em cinco anos na equipe Vila Anália e nove anos de experiência profissional.

A trajetória profissional e pessoal e o convívio com equipes diferentes e suas experiências, através do contato diário com os mesmos, proporcionou a percepção de uma multiplicidade de histórias de vida, relatos e desabafos. O contato com a equipe e a

própria comunidade permite vivenciar alegrias, vitórias, tristezas e dificuldades enfrentadas, bem como o não reconhecimento como profissional da saúde. Tais percepções e experiências forneceram os subsídios para escolher essa temática instigante como foco de estudo e associado ao grande desejo de contribuir para a compreensão e construção social dessa categoria profissional que não se limita a ser um mero coadjuvante do cuidar, e sim um personagem principal na busca do Eldorado, representado pela consolidação do conceito positivo de saúde.

Na dissertação, busco refletir, construir, retratar e especialmente divulgar quem é a pessoa, o indivíduo por trás dessa figura emblemática da saúde, que assume tantas atribuições e responsabilidades; identificar as percepções sobre o seu papel, motivações, expectativas, desafios, relações estabelecidas com a equipe e principalmente com a comunidade que representa e onde mora; os aspectos que facilitam e dificultam a realização de suas atividades; para que, no futuro, possamos compreender o Ser, o Saber, o Fazer e o Viver dos Agentes Comunitários de Saúde da Cidade de Montes Claros, contribuindo para a construção do SUS que queremos.

O maior desejo frente a essas indagações é poder dar maior visibilidade a esses personagens do processo de saúde que ainda não estão fortalecidos enquanto recém categoria profissional e que na luta diária buscam “um lugar ao sol”.

A pesquisa, portanto, discorre sobre a ação do Agente Comunitário no âmbito da saúde da família, referindo-se, mais especificamente, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) percebem a si mesmos enquanto profissionais de saúde e o seu trabalho. O texto foi dividido em seis capítulos brevemente apresentados a seguir:

No **Capítulo I**, há uma abordagem histórica onde busco introduzir a temática dos Agentes Comunitários de Saúde, com a apresentação de alguns pressupostos que

orientam este estudo e a compreensão dos problemas aos quais pretendo buscar respostas:

- Quem é o Agente Comunitário de Saúde das Equipes de Saúde da Família da cidade de Montes Claros - MG?
- O que apontam como aspectos facilitadores e dificultadores do seu processo de trabalho?
- Como relatam o seu processo de formação / capacitação?
- O que descrevem sobre as suas relações interpessoais nas equipes e com a comunidade?

Na sequência, apresento a definição dos objetivos propostos descritos na página 33.

O **Capítulo II** apresenta o referencial teórico que dá sustentação à proposta de se estabelecer uma compreensão do processo de trabalho do Agente, atravessando a história do setor saúde com reflexão sobre a atenção primária.

Logo a seguir, o **Capítulo III** traz o caminho metodológico, a aproximação do cenário do estudo, a opção pela pesquisa qualitativa, suas implicações e limites, o aspecto ético e as técnicas escolhidas para a produção das informações.

O **Capítulo IV** apresenta os resultados e discussões, por meio da metodologia de análise do discurso do sujeito coletivo (Lefèvre & Lefèvre, 2005), que emergiram da análise dos dados, refletindo e interpretando os mesmos à luz da literatura da área. A partir da descrição do perfil dos Agentes entrevistados, os resultados foram apresentados através das categorias propostas pelo documento do Ministério da Saúde “Referencial curricular para curso técnico de Agente Comunitário de Saúde: área profissional” (BRASIL, 2004), destacando-se o saber ser, saber conhecer, saber fazer e saber conviver. Decidiu-se apresentar todas as categorias encontradas e suas respectivas

ideias centrais. Para o saber ser, encontraram-se 16 categorias, para o saber conhecer, 4 categorias, o saber fazer totalizou 14 categorias e o saber conviver, 8 categorias. Tais dados são discutidos em relação a estudos semelhantes encontrados na literatura, permitindo um diálogo profícuo sobre a investigação realizada em Montes Claros - MG.

No **Capítulo V**, são apresentados os produtos alcançados sobre o estudo, retratados por meio de artigos científicos.

No **Capítulo VI**, são apresentadas as considerações finais sobre o estudo e as perspectivas.

CAPÍTULO I

*A I m o r t a l i d a d e d e
q u e s e r e v e s t e a
n a t u r e z a h u m a n a
f a z o h o m e m
s e m p r e p r e s e n t e .
P r e s e n t e p e l a
a m i z a d e q u e*

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a política pública de maior inclusão social e fruto de vários acontecimentos históricos dentro de um contexto político-social que conduziu para a maior conquista da sociedade representada pela saúde como direito de todos e dever do estado. E a Estratégia Saúde da Família (ESF) se apresenta como uma alternativa para mudança do modelo assistencial, imprimindo uma nova concepção do processo de saúde-doença, integrada ao ideário do SUS. Tem como objetivo principal a reorganização da atenção básica com ênfase nas ações de promoção, prevenção, atenção e reabilitação da saúde. Foi criada em 1994 com o desafio de mudar o paradigma da doença para a saúde, em que o foco de trabalho passa a ser a saúde, compreendida de forma mais ampla, vinculada à qualidade de vida (BRASIL, 2007; BRASIL, 2007a).

As equipes multiprofissionais em saúde da família são formadas por, no mínimo, médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de saúde, tendo como ponto de apoio a unidade de saúde da família, que deve ser o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde. São responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada e têm como desafio atuar nas ações de promoção da saúde, prevenção, atenção, reabilitação e manutenção da saúde, visando a uma maior resolubilidade (BRASIL, 2006).

A ESF deve ser estruturada na lógica de atuação participativa, visando a transformar os indivíduos em sujeitos do próprio processo de melhoria de sua saúde, de sua família e, por conseguinte, de sua comunidade (MATTEI, TAGLIART, MORETTO, 2005). Surge, então, um grande desafio para todos os profissionais que atuam no Programa Saúde da Família, que é a realização da integralidade das ações, num território definido, no espaço familiar, privilegiando a atenção primária (SANTOS *et al.*, 2000).

Dessa forma, a família passa a ser sujeito do processo, definindo o domicílio como contexto social e histórico onde se constroem as relações intra e extrafamiliares, onde se dá a luta pela sobrevivência, pela produção e reprodução e pela melhoria das condições de vida (BRASIL, 1996).

A Estratégia Saúde da Família reconhece o contexto familiar como o espaço privilegiado para as ações de saúde e define a atenção primária como o nível do sistema de saúde que constitui a porta de entrada para todas as necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa e sua família e representando o eixo orientador determinante do trabalho dos demais níveis hierárquicos desse sistema (STARFIELD, 2002).

Isso posto, surge a pessoa do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como elo de interlocução entre as famílias e o serviço de saúde, uma vez que o mesmo faz parte da comunidade em que trabalha, representando a pedra angular deste processo de mudanças. O ACS passa a ser o grande responsável pela operacionalização das atividades desenvolvidas pela equipe, representando a peça essencial na organização da assistência, pois, pertencendo à própria comunidade a que atende, vivencia os problemas onde mora, conhece as famílias, estabelece um vínculo com as mesmas; representando um elo entre a equipe e o usuário na construção do cuidado.

Nesse sentido, ele exerce a importante tarefa de consolidar a mudança na concepção do processo saúde-doença, saindo do pólo de oferta de serviços voltada para a doença para investir em ações que articulam a saúde como qualidade de vida, tomando como foco a família no seu espaço físico e social, permitindo intervenções para além das práticas curativas.

O Agente Comunitário de Saúde representa a síntese de vários segmentos, ele é o sujeito de mudanças assistenciais, o sujeito da comunidade, o sujeito do sistema de

saúde; ele é, acima de tudo, um cidadão que emerge da comunidade e se integra à equipe de saúde, contribuindo para a construção e a consolidação do novo modelo de atenção à saúde. É, portanto, um elo cultural, pois faz a ponte entre dois universos distintos: o do saber científico e o do saber popular, promovendo a interlocução entre os mesmos, fortalecendo a educação em saúde com vista à melhoria das condições de vida (BRASIL, 2000).

Ainda que os Agentes Comunitários de Saúde existam desde 1991, a regulamentação da profissão só ocorreu em 2002, por meio da Lei 10.507, de 10/07/2002, que caracteriza a profissão pela execução de atividades preventivas e promocionais de caráter individual e coletivo, realizados através de ações domiciliares ou comunitárias, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e supervisionadas pelo gestor local (BRASIL, 2002).

Essa regulamentação ocorreu após disputa de interesses sobre mercado de trabalho e legalização do exercício profissional, uma vez que essa categoria incipiente conta com um número estimado de 208 mil profissionais em atuação, presente em 5,2 mil municípios, com cobertura populacional de 58,4%, correspondendo a cerca de 103,5 milhões de pessoas assistidas pelos Agentes, de acordo com o levantamento realizado em 2005 pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a).

Considerando o crescimento da Estratégia Saúde da Família e, por consequência, a ampliação do mercado de trabalho para o novo profissional de saúde - o Agente Comunitário de Saúde, faz-se necessário refletir sobre a identidade desse sujeito e seu processo de trabalho.

O Agente Comunitário de Saúde que exerce suas atividades no município de Montes Claros, apesar de estar em número significativo, tem sido esquecido pelos

pesquisadores da saúde coletiva, quando comparamos a imensidão de experiências e informação que são extraídas da estratégia saúde da família. Essa tendência também é visualizada no contexto nacional, pois, pela busca de publicações nos bancos de dados da saúde, constata-se que o número de artigos referentes a esse profissional é mínimo se comparado a outros temas da saúde da família, como avaliação do serviço, planejamento, impacto das ações e diagnóstico situacional de saúde.

Faz-se necessário e urgente, portanto, conhecer esse sujeito que assume diversas atividades fundamentais para a consolidação da mudança de paradigma e reorganização da atenção básica. Por ser uma peça chave, torna-se indispensável a sua caracterização e a do seu universo de trabalho.

Diante desse papel, é importante investigar a caracterização do Agente Comunitário de Saúde e do seu processo de trabalho nas Equipes de Saúde da Família da cidade de Montes Claros - MG, onde o problema posto para investigação parte de sua própria percepção sobre a profissão e seu papel guiado pelas seguintes questões norteadoras:

- Quem é o Agente Comunitário de Saúde das Equipes de Saúde da Família da cidade de Montes Claros - MG?
- O que apontam como aspectos facilitadores e dificultadores do seu processo de trabalho?
- Como relatam o seu processo de formação / capacitação?
- O que descrevem sobre suas relações interpessoais nas equipes e com a comunidade?

A motivação para a escolha do objeto de estudo baseou-se na necessidade de conhecer quem é a pessoa, o indivíduo por trás desse profissional da saúde que assume

tantas atribuições e responsabilidades; identificar as percepções sobre o seu papel, motivações, expectativas, desafios, relações estabelecidas com a equipe e principalmente com a comunidade que representa e onde mora; os aspectos que facilitam e dificultam a realização de suas atividades e repercussões em sua própria vida e na sua saúde.

A escolha do objeto de estudo está entrelaçada à minha formação e experiência profissional em enfermagem, pois, através do contato diário com os Agentes, percebi uma multiplicidade de histórias de vida, relatos e desabafos sobre o contato com a equipe e a própria comunidade, as alegrias, as vitórias, as tristezas e as dificuldades enfrentadas, a sobrecarga e o não reconhecimento como profissional da saúde. Tais constatações forneceram os subsídios para escolher esse tema instigante como foco de estudo e o grande desejo de contribuir para a compreensão e construção social dessa categoria profissional, que não se limita a ser um mero coadjuvante do cuidar, e sim um personagem principal na busca da consolidação do conceito positivo de saúde.

Assim, o estudo busca: (1) refletir, construir, retratar e, especialmente, divulgar quem é a pessoa, o indivíduo por trás desse profissional emblemático da saúde, que assume tantas atribuições e responsabilidades; (2) identificar as percepções sobre o seu papel, motivações, expectativas, desafios, relações estabelecidas com a equipe e principalmente com a comunidade que representa e onde mora; (3) os aspectos que facilitam e dificultam a realização de suas atividades, para que no futuro possamos compreender o Ser, o Saber, o Fazer e o Conviver dos Agentes Comunitários de Saúde da Cidade de Montes Claros (BRASIL, 2004). Esse estudo poderá contribuir para a construção do SUS que queremos, poderá fortalecer esses personagens por vezes marginalizados do processo de saúde, que ainda não se consolidaram enquanto recém categoria profissional e que, na luta diária, buscam “um lugar ao sol”. Tal estudo pode somar-se a outros que têm sido orientados na mesma direção, como apontam Giffin e

Shiraiwa (1989), ao discutir o Agente Comunitário de Saúde na comunidade de Manguinhos, Rio de Janeiro; e Espínola e Costa (2006), que avaliaram o grau de satisfação e descontentamento de Agentes de Mossoró; DalPoz (2002), Lunardelo (2004), Silva e Dalmaso (2002), Fortes e Spinetti (2006), Marques e Padilha (2004), Levi, Matos e Tomita (2004), Ferraz e Aerts (2005).

A realização deste estudo visa a contribuir com conhecimentos e informações significativas para a elaboração de metodologias que instrumentalizem os profissionais de nível superior da equipe mínima, com maior participação dos enfermeiros no aspecto relacionado à coordenação da equipe e supervisão do processo de trabalho do Agente. Além disso, objetiva subsidiar as políticas públicas de saúde e as estratégias de geração de impacto positivo na saúde.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Investigar e descrever o perfil e o papel do Agente Comunitário de Saúde das Equipes de Saúde da Família da cidade de Montes Claros – MG, partindo de sua percepção e das dimensões do saber ser, do saber conhecer, do saber fazer e do saber conviver - categorias sugeridas pelo documento do Ministério da Saúde “Referencial curricular para curso técnico de Agente Comunitário de Saúde: área profissional.” (BRASIL, 2004).

Objetivos Específicos

- Identificar os aspectos facilitadores e dificultadores do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde.
- Investigar a percepção do Agente sobre o seu fazer cotidiano.
- Investigar o processo de formação / capacitação do Agente Comunitário de Saúde.
- Investigar as relações interpessoais do Agente nas equipes e com a comunidade.

CAPÍTULO II

*“Para ver mundo
num grão de areia
E um céu numa
flor silvestre,
Se aure o infinito*”

REFERENCIAL TEÓRICO HISTÓRICO

1- CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa a maior conquista do povo brasileiro quando se trata de cidadania representada pela saúde como direito de todos e dever do estado, pois, a partir da efetivação desse sistema de saúde, ocorreu a inclusão social consolidada pela universalidade; a sua construção foi fruto de vários acontecimentos históricos dentro de um contexto político-social.

Do século XX até a metade dos anos de 1960, predominou o modelo assistencial sanitaria campanhista, que corresponde à saúde pública tradicional com ações centradas em campanhas e programas especiais/verticais, como o controle da tuberculose e da hanseníase, catarata, saúde da criança, com caráter geralmente temporário do tipo bombeiro objetivando apagar incêndio. Ou seja, combater as epidemias; evoluindo posteriormente para o modelo médico-assistencial-privatista, que predominou até a década de 1980, também chamado de modelo hegemônico-hospitalocêntrico voltado para o atendimento curativo centrado no hospital, na doença, no atendimento clínico individual, em equipamentos, exames e medicamentos (PAIN, 1999; BRASIL, 2007).

Os dois modelos não contemplavam a totalidade da situação de saúde, concentrando sua atenção no controle de certos agravos ou em determinados grupos em risco de adoecer ou morrer, e nas pessoas que procuravam o serviço por demanda espontânea em que o indivíduo na dependência do seu grau de conhecimentos e/ou sofrimento procura as instituições de saúde (PAIN, 1999; BRASIL, 2007).

O modelo médico-privatista contribuiu muito na conduta do trabalhador que, envolvido pelo estilo médico-centrado, transformou o usuário em paciente, objeto depositário de problemas de saúde, tratado de forma impessoal e descompromissada; assim a relação profissional-usuário foi coisificada por meio do empobrecimento da visão dos problemas, que passou a ser considerada em partes e não na sua universalidade (MERHY, 1997).

Como consequência dessa postura profissional, os usuários coisificados passaram a associar boa assistência ao uso de tecnologias duras, com exames cada vez mais complexos e medicamentos, ao mesmo tempo desvalorizando as tecnologias leves centradas nos atos humanos, como a escuta, o acolhimento e as relações interpessoais; em que a insatisfação está associada ao não atendimento de suas solicitações referentes a essas tecnologias duras, pois a qualidade da assistência prestada passou a estar relacionada ao acesso a consultas médicas, exames, consultas especializadas e medicamentos (MENEGHEL et al., 2007).

No período que compreendeu as décadas de 1970 e 1980, o modelo de saúde priorizou a assistência curativo-individual-hospitalocêntrica, passando a não atender as necessidades da população de forma coletiva associada ao aumento dos gastos e diminuição da arrecadação e incapacidade de atender ao grande número de indigentes excluídos do sistema de saúde. No mundo, começou a ocorrer um movimento em prol da saúde enquanto direito fundamental do homem e a Atenção Primária à Saúde como meio para atingir esse objetivo. Esse momento histórico foi eternizado pela Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde realizada em 1978 na cidade de Alma-Ata, localizada no Cazaquistão (BRASIL, 2007; BRASIL, 2007a).

Enquanto isso, no Brasil, ocorreu dois movimentos – o político e o sanitário – que estavam interligados buscando a garantia da cidadania com ênfase na saúde com

enfoque não mais individual e sim coletivo, contemplando o processo saúde-doença no aspecto positivo, promocional e preventivo na construção da medicina comunitária, constituindo a base político-ideológica da reforma sanitária (BRASIL, 2007; BRASIL, 2007a).

O movimento da reforma sanitária teve a participação de intelectuais, políticos e profissionais da saúde que buscavam a operacionalização de diretrizes transformadoras do sistema de saúde. Nesse sentido, houve vários projetos, como o Projeto Montes Claros (MOC), o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde), e algumas ações governamentais, como as AIS (Ações Integradas de Saúde) e o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) que contribuíram para a consolidação e criação de um Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007; BRASIL, 2007a).

O PIASS objetivava a interiorização das ações de saúde e saneamento, que privilegiassem a região Nordeste e as regiões desprivilegiadas de assistência, contribuindo para o deslocamento dos profissionais de nível superior para o interior, unindo uma abordagem médico-social ao pensamento sanitarista desenvolvimentista com priorização da atenção primária (BRASIL, 2007; BRASIL, 2007a).

Posteriormente, as AIS surgiram como programa dentro do CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária), trazendo avanços significativos no fortalecimento da rede básica e articulação dos serviços públicos com a contratação de recursos humanos com prenúncio do princípio da integralidade (BRASIL, 2007; BRASIL, 2007a).

O marco da democratização da saúde foi a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que contou com a participação dos vários segmentos da sociedade e definiu no relatório final três grandes referenciais que serviram de base para o arcabouço jurídico por meio da Constituição Federal; que são (1) saúde como direito de todos e dever do

estado, (2) saúde contemplada como resultante de fatores determinantes e condicionantes, tais como alimentação, educação, habitação, renda e (3) a instituição de um Sistema Único de Saúde fundamentado pelos princípios de universalidade, integralidade, descentralização e participação popular (BRASIL, 2007; BRASIL, 2007a).

Em 1987, foi criado o SUDS, que serviu como ponte para o Sistema Único de Saúde (SUS), ao ser contemporâneo das discussões na Assembléia Nacional Constituinte. Com a aprovação da Constituição Federal de 1988, houve a criação do SUS, reconhecendo saúde como direito e integrando as ações e serviços de saúde de todo território nacional, tais serviços deveriam ser organizados em rede regionalizada e em hierarquia, fundamentada nas diretrizes e princípios de descentralização com comando único, integralidade, priorizando a prevenção sem prejuízo da assistência, equidade e da participação popular (BRASIL, 2007; BRASIL, 2007; BRASIL, 2001).

A organização do SUS encontra-se fundamentada em princípios doutrinários ou filosóficos e em princípios organizativos, que estão a seguir apresentados: (BRASIL, 2007; BRASIL, 2007a; BRASIL, 2001).

- Universalidade - garantia de saúde enquanto direito do cidadão e dever do Estado que provê as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
- Integralidade - conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde tanto no âmbito preventivo quanto curativo, individual ou coletivo em todos os níveis de complexidade que a pessoa precisa, sendo compreendida como um ser em toda a sua totalidade.
- Equidade - tratar de forma desigual os desiguais, ou seja, pessoas com necessidades diferentes precisam de atenção diferente, contemplando uma discriminação positiva.
- Regionalização e hierarquização - a assistência à saúde prestada por meio de níveis crescentes de complexidade de forma articulada com fluxo de referência e

contrarreferência circunscrita à determinada área geográfica, devendo o serviço ser prestado o mais próximo possível da residência do usuário.

- Descentralização e comando único - redistribuir o poder e a responsabilidade nas esferas de governo, pois quanto mais perto da população as deliberações forem tomadas, maior a chance de dar certo; sempre levando em consideração a autonomia de cada esfera do governo e a soberana de suas decisões.
- Participação Popular - garantir a democratização das discussões e decisões em saúde por meio das instâncias colegiadas - conselhos e conferências de saúde que têm como função formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

O Sistema Único de Saúde passa a ser compreendido como a noção de sistema que diz respeito ao conjunto de várias instituições dos três níveis de governo e também do setor privado em caráter complementar; o termo Único significa que todas as instituições prestadoras devem ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização em todo o país onde a saúde é concebida como qualidade de vida e direito à vida. (BRASIL, 2001)

Mesmo com a criação do SUS pela Constituição Federal, era necessário regulamenta-lo, formando o arcabouço jurídico por meio da Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080/90, que dispõe sobre as condições dos níveis de prevenção (promoção, proteção e recuperação da saúde) e da organização e funcionamento dos serviços de saúde; e a Lei 8142/90, que regulamenta duas questões fundamentais: a participação popular e as transferências intergovernamentais de recursos. Também foram instituídas as Normas Operacionais Básicas (NOB), que definiram as competências das esferas de governo e o papel de gestor juntamente com a habilitação dos municípios e estados no total de quatro – NOB/91, NOB/92, NOB/93 e NOB/96. Posteriormente, houve a publicação da Norma

Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) que estabeleceu a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços em busca de maior equidade combatendo as iniquidades regionais (BRASIL, 2007; BRASIL, 2007a; BRASIL, 2001).

2- ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção Primária à Saúde (APS) teve visibilidade no cenário da saúde internacional através da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma Ata no período de 06 a 12 de setembro de 1978. A Conferência foi organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), quando se propôs que os governos deveriam urgentemente promover ações no campo da saúde e do desenvolvimento com ênfase nos cuidados primários (BRASIL, 2007; MENDES, 2002).

O documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b) afirma que essa conferência, também conhecida como Alma-Ata, enfatiza três aspectos:

- I) A saúde compreendida como completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença, devendo ser constituída um direito fundamental. Além disso, os altos níveis de saúde devem ser uma meta social mundial a ser perseguida, requerendo as ações intersetoriais para alcançá-la.
- II) A grande desigualdade do estado de saúde dos povos, em especial entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é inaceitável política, social e economicamente, devendo constituir-se um objeto da preocupação comum de todos os países.
- III) O desenvolvimento econômico e social é imprescindível para a realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução do fosso existente entre o estado de

saúde dos países em desenvolvimento e dos desenvolvidos. As ações de promoção e proteção da saúde dos povos é o caminho encontrado para o contínuo desenvolvimento econômico e social, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para a paz mundial.

A conferência definiu a educação em saúde, o saneamento do meio ambiente e o processamento dos alimentos e água, assistência materno-infantil com ênfase no planejamento familiar e imunização, prevenção e controle de doenças endêmicas, projeto terapêutico adequado às doenças, com fornecimento de medicamentos, promoção da alimentação saudável e valorização da medicina tradicional como os elementos fundamentais para a efetivação da atenção primária (STARFIELD, 2002).

Essa declaração norteou as ações em vários países, que passaram a priorizar a Atenção Primária à Saúde que foi definida pela OMS em 1978 (Starfield; 2002, p. 30) como a seguir descrito:

A atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis tomados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, das famílias e comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

Starfield (2002) compreende a APS como sendo o nível do sistema de saúde que representa a porta de entrada para todas as novas necessidades e novos problemas com atenção à pessoa e não à doença no decorrer do tempo organizando, coordenando e racionalizando o uso adequado dos recursos tanto básicos quando especializados

necessários para o enfrentamento de todas as condições apresentadas pela pessoa, família e comunidade.

A APS, segundo Starfield (2002), deve ser orientada pelos seguintes atributos:

- Primeiro contato - deve constituir a porta de entrada para os serviços de saúde, favorecendo a acessibilidade e o uso oportuno do serviço a cada novo problema ou necessidade com vista a alcançar os melhores resultados possíveis em saúde.
- Longitudinalidade - significa a existência de uma fonte regular de atenção com uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários em suas Unidades de Saúde, independente do problema de saúde ou até mesmo da existência de algum problema. Esse atributo proporciona o aumento do vínculo com equipe de saúde e o adequado manejo clínico aos problemas de saúde.
- Integralidade - exige o reconhecimento das necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las, seja direta, na unidade de saúde, ou indiretamente, por meio do acompanhamento do usuário em outros pontos de atenção.
- Coordenação - refere-se à continuidade da assistência por meio da disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados nos diversos pontos de atenção, em que a APS exerce o papel de organizador das necessidades de saúde da população; sem a coordenação, a longitudinalidade perde a sua contribuição.

Mendes (2002) afirma que o princípio da coordenação, conhecido como continuidade, viabiliza a função organizativa da APS. Porém, existem entraves para a efetivação desse princípio, já que o encaminhamento das equipes para o nível secundário não garante o atendimento.

Além disso, no Brasil, foram acrescentados dois atributos, que é a centralização na família com o olhar da equipe sobre os problemas de saúde dos membros da família por meio de uma abordagem familiar e intervenções personalizadas ao longo do tempo; e também a orientação comunitária por meio da definição e caracterização da comunidade, tendo o Agente Comunitário como estimulador dessa orientação, possibilitando o aumento do vínculo e o envolvimento da comunidade nas decisões de saúde, exercendo, assim, o controle social (MINAS GERAIS, 2007; BRASIL, 2007b).

A atenção primária foi conceituada como atenção básica à saúde e tem a Estratégia Saúde da Família como o seu mecanismo de reorganização e regulação.

3- ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A crise da saúde brasileira tem estimulado a busca de alternativas para promover a mudança do atual modelo assistencial, hospitalocêntrico, centrado na doença, no paradigma flexneriano¹, na prática sanitária da atenção médica, altamente individualista e especializada, que demonstra ser incapaz de atender as necessidades de saúde da população (MENDES, 1999).

Esse modelo assistencial tem gerado um impacto sobre os problemas de saúde que não têm sido proporcionais ao investimento feito, os resultados se distribuem desigualmente entre as classes sociais, e a população atendida expressa um alto grau de insatisfação com a qualidade da assistência recebida (RAGGIO; GIACOMINI, 1996).

As mudanças nos rumos das políticas de saúde requerem a adoção de novos modelos assistenciais que invertam o foco da atenção, priorizando a promoção da saúde e a prevenção de doenças (PAIM, 1999).

¹ Flexneriano – paradigma consolidado pelas recomendações do Relatório Flexner, publicado em 1910, e expressa-se por meio de um conjunto de elementos que coexistem, complementam e se potenciam: o mecanismo, o biologismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação e o curativismo.

Esse novo modelo assistencial deve possuir duas metas principais, descritas por Starfield (2002, p.19) como:

A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, e igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, foi uma estratégia abraçada pelo Ministério da Saúde, que serviu de alicerce para a consolidação dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) – descentralização com comando único, atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação popular. O PACS serviu de sustentação para a implantação da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2001a).

Implantado a partir de 1994, a Estratégia Saúde da Família, conforme escreve Sousa (2000, p.25), propõe adotar:

[...] uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada.

A ESF levará o serviço de saúde vigente a escolher um outro paradigma para a organização do sistema local de saúde, que contemple os princípios e diretrizes do SUS, como determina a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde de 1990 (BRASIL, 2001a).

Dessa forma, a ESF se apresenta como a principal abordagem de organização da atenção básica à saúde, fortalecendo as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, atenção e reabilitação da saúde de forma contínua e integral (BRASIL, 2001a).

A Saúde da Família é entendida como estratégia de reorganização da prática assistencial com uma ideia renovadora, com caráter substitutivo ao modelo tradicional centrado na cura de doenças. É estruturada com base no fortalecimento da atenção à saúde com ênfase na integralidade da assistência centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que possibilita à equipe de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenção que vai além das práticas curativas, tendo como foco principal a prevenção das doenças (ALVES, 2005).

A organização do sistema de saúde baseado na atenção básica ou atenção primária influencia diretamente no perfil de morbi-mortalidade da população, resultando na redução do número de recém-nascidos com baixo peso, diminuição da mortalidade infantil e da menor perda de anos de vida para qualquer causa, elevando, assim, a expectativa de vida com qualidade para todos, em especial para o idoso. Demonstra, dessa forma, o grande impacto positivo na população quando o enfoque das ações passa a ser para as pessoas e suas famílias (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, a família passa a ser sujeito do processo, com a definição do domicílio como contexto social e histórico onde se constroem as relações intra e extrafamiliares, onde se dá a luta pela sobrevivência, pela produção e reprodução e pela melhoria das condições de vida (BRASIL, 1996).

Os seres humanos organizam-se de forma social através da construção de uma rede de laços ou de relações interpessoais que originam as famílias, os grupos e a comunidade. A construção desses laços fundamenta-se no fato de que os seres humanos

necessitam uns dos outros desde o momento do nascimento, por meio da realização de cuidados representados por um suporte social que gira em torno de dois aspectos: (1) estabelecimento de vínculos interpessoais, grupais ou comunitários que fornecem proteção e apoio; (2) consequência desses vínculos na integridade física e psicológica do ser. Esse suporte social promove padrões duradouros de vínculos, permitindo a manutenção da integridade física e psicológica, reduzindo o stress e promovendo bem-estar (CAMPOS, 2005).

Esse suporte social caracteriza-se por relações interpessoais acolhedoras e geradores de sentimentos e reconhecimento, sendo oferecida pela família, comunidade ou serviço de saúde, através de relacionamentos compostos por elementos fundamentais que estão no âmbito emocional, valorativo, comunicacional, informativo e instrumental que ajudam o enfrentamento de situações estressantes e a redução dos efeitos nocivos de doenças (CAMPOS, 2005).

As famílias, diante de problemas de saúde, articulam mecanismos de enfrentamento baseados nas suas crenças e valores culturalmente instalados; trocam experiências, acumulam saberes, habilidades, hábitos e costumes; e quando procuram assistência na unidade de saúde, esta apresenta, na maioria das vezes, o único equipamento social disponível e acessível, seja pela proximidade ou pelo vínculo (BASTOS; TRAD, 1998; PEDROSA; PEREIRA, 2007).

Apesar de utilizarem os serviços oferecidos pela equipe, os usuários têm dificuldade de compreender o funcionamento e as diretrizes da unidade de saúde. Apesar de a maioria acolher bem os profissionais, existe resistência de uma minoria que reage contrariamente ao processo de inversão do modelo assistencial (TRAD et al., 2002).

A inserção da família como Agente ativo nos serviços de saúde, em especial na atenção primária, torna necessário reconhecer que há saber sendo transmitido ao longo

das gerações. Assim, a construção de práticas de saúde no contexto doméstico pode resultar na aceitabilidade e na credibilidade social dos serviços de saúde (BASTOS; TRAD, 1998).

A estratégia saúde da família reconhece o contexto familiar como o espaço privilegiado para as ações de saúde e define a atenção primária como o nível do sistema de saúde que constitui a porta de entrada para todas as necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa e sua família e representando o eixo orientador determinante do trabalho dos demais níveis hierárquicos desse sistema (STARFIELD, 2002).

Isto posto, surge a figura do Agente Comunitário de Saúde como elo de interlocução entre as famílias e o serviço de saúde, uma vez que o mesmo faz parte da comunidade em que trabalha; a utilização de recursos humanos da própria comunidade não é exclusiva do sistema de saúde brasileiro, uma vez que existem experiências internacionais em que membros da população mediam a comunicação entre a própria comunidade e os serviços de saúde na implementação de ações de saúde.

4- EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS

Os diversos sistemas de serviços de saúde do mundo utilizam conhecimentos e experiências de práticas relacionadas a cuidados primários de saúde por meio de diversos programas (SANTOS, 2006).

4.1- Médicos dos Pés-Descalços da China

Os cidadãos chineses não tinham acesso aos cuidados de saúde sejam eles prestados pela medicina moderna ou pela medicina tradicional; dessa forma em muitas

localidades, a assistência à saúde era executada por um morador com habilidades para a acupuntura e para o manejo e manipulação de ervas; esse conhecimento era repassado por tradição e a forma de aprendizado era de maneira prática e durante muitos anos esse era o único cuidado de saúde que os chineses tinham acesso (SANTOS, 2006).

Com a revolução chinesa e a definição da agricultura como pilar da economia ocorreu a priorização da reorganização dos serviços de saúde pública do campo que foi posto em prática por meio da formação de equipes itinerantes constituídas por médicos recém-formados, médicos experientes e diferentes especialistas para assistência preventiva e curativa aliado a capacitação de um corpo auxiliar médico selecionados entre os moradores de uma região aliado a formação de sanitaristas voluntários que eram lavradores treinados em primeiros socorros para agir perante pequenos acidentes. (SANTOS, 2006).

O auxiliar médico realizava assistência terapêutica e preventiva, sem abandonar o trabalho produtivo na lavoura possuindo assim a intimidade com os moradores por meio do estabelecimento de um vínculo de confiança, pois, continuam sendo um lavrador igual aos demais membros da coletividade por essas características ficaram conhecidos como **médicos dos pés-descalços** com os pés e raízes enraizados na realidade local (SANTOS, 2006).

Esse sistema de médicos-descalços representa uma referência de saúde através da utilização de auxiliares escolhidos na comunidade em que moram e trabalham que, após treinamentos são habilitados para dispensa de tratamentos e medicamentos, realização de intervenções e promoção da saúde individual, coletiva e ambiental (SANTOS, 2006).

4.2- Feldshers da Rússia

Na Rússia, os auxiliares são denominados por feldshers e desempenham papéis distintos de acordo com a localidade, nos centros urbanos realizam função similar a uma enfermeira-chefe qualificada já em área rural, os serviços de saúde são entregues aos cuidados de feldshers e parteiras que graças a dedicação e trabalho adquiriram confiança da população desempenhando papel complementar a ação médica; atualmente às feldshers se especializaram como auxiliares de saúde pública, de laboratório e nos serviços de emergência (SANTOS, 2006).

4.3- Agentes de Saúde da Comunidade em países da África de língua francesa

A política de saúde dos países africanos de língua francesa pode ser dividida em dois períodos antes e depois da Conferencia de Alma-Ata em 1978 que tinha como meta Saúde para Todos no Ano 2000; o sistema de saúde anterior a conferencia estava centrado no modelo hospitalocêntrico e curativista com priorização da área urbana mostrando-se ineficaz, ineficiente e impróprio para atingir a meta de desenvolvimento sanitário pactuada em Alma-Ata (SANTOS, 2006).

Diante disso, ocorreram modificações no sistema de saúde que passou a ser centrado na atenção primária, na educação sanitária, na responsabilidade e no compromisso comunitário; a implementação desse modelo foi operacionalizada pelos agentes da comunidade recrutados em povoados e aldeias representando a primeira linha do sistema de saúde, que depararam frequentemente com precárias condições sócio-econômicas (SANTOS, 2006).

4.4- Os Agentes de Saúde Comunitários do Sudão

Em 1974, o Sudão reconheceu ser possível prestar serviços médicos rurais com participação da comunidade, para a implementação desses serviços agentes de saúde da comunidade formam o pilar com a execução de suas atividades de duas formas, como nômades ou com funções mais sedentárias fazendo parte de uma rede de unidades primárias. A rede de unidades é formada por cinco ou seis unidades de saúde primária vinculadas a um dispensário - um assistente médico; cada unidade serve a uma população de aproximadamente 4000 pessoas (SANTOS, 2006).

Os agentes de saúde desempenham o eixo central da atenção primária pois tem a possibilidade de espalhar nas mais remotas regiões, já que fazem parte dessas comunidades e também desenvolvem atividades de educadores sanitários e também ações que consistem na administração de medicamentos para tratamento de doenças simples, encaminhamento de casos complexos para a rede associado à utilização de conhecimentos empíricos acerca do uso medicinal de plantas (SANTOS, 2006).

4.5- Auxiliares Médicos da Tanzânia

A Tanzânia apresenta como a principal causa de morbi-mortalidade às doenças infecto-parasitárias aliadas as desigualdades sociais, ao baixo nível sócio-econômico da população e as iniquidades de acesso a saúde; para reverter essa situação o caminho foi investir nos cuidados primários de saúde e utilização de pessoal de categoria auxiliar, que são selecionados pelos moradores e devem completar sete anos de escola primária e são treinados em um hospital por período compreendido entre três a seis meses (SANTOS, 2006).

O treinamento capacita os auxiliares médicos a tratarem de doenças comuns, fornecerem atendimento de urgência para problemas sérios e colaborar na prevenção de

doenças comuns; organizam a educação em saúde e visitas domiciliares (SANTOS, 2006).

4.6- Promotores Rurais do Haiti

Em 1978, surgiu a caracterização da figura do promotor rural de saúde que devia agregar pré-requisitos para atuação como residir na zona rural; ser capacitado para prestar serviços básicos de saúde e servir de vínculo entre a comunidade e o sistema médico formal e também deviam ter um perfil que incluía: ser do sexo feminino, ter idade de 15 a 45 anos, capacidade para leitura e escrita, participação ativa nos problemas da comunidade e residência no local (SANTOS, 2006).

A indicação das candidatas que atendessem o perfil era realizada pelo conselho comunitário por meio de seleção feita pelo subcoordenador local do programa de saúde pública, membro daquela mesma comunidade e promotor de saúde. Após a seleção, os candidatos passavam por capacitação, na primeira etapa com noções de anatomia, fisiologia, exame físico, infra-estrutura social, saneamento ambiental, nutrição, saúde materno-infantil, planejamento familiar, diabetes, tuberculose, primeiros socorros e diagnóstico coletivo, por meio de inquéritos adequados a realidade local; na segunda etapa, reforçavam-se as ações de prevenção, de relacionamento no trabalho e as habilidades para resolução de problemas, envolvendo atividades sanitárias e comunitárias (SANTOS, 2006).

Após a capacitação, o agente de saúde realizava a atualização dos registros demográficos, educação em saúde, medidas dos sinais vitais administração de medicamentos, vitaminas e vacinas, tratamento de transtornos além do dialogo constante com o saber popular compreendidos na dinâmica cultural do local (SANTOS, 2006).

4.7- Promotores Voluntários de Saúde do Peru

Os promotores voluntários tinham que atender alguns critérios como ser maior de 18 anos, leitura, escrita e motivação para o trabalho; devendo desenvolver atividades de estimulação da população a adotar soluções coletivas para os problemas de saúde, incentivo as atividades preventivas, prestar os primeiros auxílios, tratar as enfermidades comuns e encaminhar, se necessário, os usuários aos centros de saúde auxiliando os serviços de saúde na melhoria da qualidade de vida (SANTOS, 2006).

4.8- Agentes Comunitários de Saúde da Bolívia

Na Bolívia, em 1983 a ação de agentes treinados trouxe melhorias na situação sanitária com diminuição da mortalidade infantil e aumento da esperança de vida; esses agentes eram eleitos na sua própria comunidade, de forma voluntária não recebendo nenhuma remuneração sendo supervisionados por médicos favoráveis ao programa realizando assim a mediação entre a medicina tradicional e a moderna além de compartilhar crenças e valores com os vizinhos (SANTOS, 2006).

4.9- Auxiliares de Saúde Comunitária da Jamaica

O serviço de saúde jamaicano incorporou os auxiliares de saúde comunitária nas equipes de atenção primária trabalhando junto com as enfermeiras, vinculando comunidade e serviços de saúde com o objetivo de interviessem no saneamento, nutrição, planejamento da família, saúde infantil e imunização, com ênfase nas medidas preventivas além de acompanhar diabéticos e hipertensos (SANTOS, 2006).

A incorporação dos auxiliares de saúde comunitária a sistema de saúde formal ocasionou modificações como a diminuição da disponibilidade dos mesmos como fonte de referencia para a comunidade passando a se identificar com a categoria de enfermagem;

o que tem levantado a questionamentos em relação ao lugar de trabalho e de recrutamento serem dependentes do seu local de residência já que começaram a perder gradativamente a referencia comunitária (SANTOS, 2006).

4.10- Agentes Locais de Saúde das Filipinas

O acesso aos serviços de saúde foram ampliados pelos cuidados primários de saúde por meio de programas de saúde comunitária introduzidos pela Igreja Católica em 1975 apenas nas localidades que expressavam o interesse em lidar com a saúde como necessidade básica; constatado a motivação o facilitador reúne-se com a comunidade para fazer o diagnostico comunitário e identificação das causas e a seguir escolher um trabalhador voluntário que recebe capacitação para a assistência à saúde e organização comunitária (SANTOS, 2006).

5- AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

5.1- TRAJETÓRIA HISTÓRICA - DO PACS À PROFISSÃO AGENTE COMUNITÁRIO

Com a mudança dos modelos de atenção à saúde, da atenção médica para a vigilância da saúde, representado pela criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Saúde da Família, surge, no âmbito nacional, um novo trabalhador – o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Várias experiências institucionais e comunitárias contribuíram na concepção teórico-prática dos Agentes Comunitários, a exemplo das práticas de atenção primária no período de 1974-1978 realizadas pelos auxiliares de saúde integrantes do Programa Integrado de Saúde Comunitária de Planaltina-DF, da Universidade de Brasília em

parceira com o governo do Distrito Federal - Fundação Hospitalar e Fundação de Serviço Social, a Fundação Kellog e a Fundação Interamericana. Esses auxiliares de saúde realizavam visitas a toda a população urbana e rural. No período de 1979-1986, o trabalho do auxiliar de saúde foi ampliado para a região do Ceará em Jucás e FEBEM. Outra experiência foi dos visitantes sanitários da Fundação SESP (Serviço Especializado em Saúde Pública) nos anos de 1970-1980, através de atividades domiciliares para população com alto risco de adoecer e morrer das doenças infecto-parasitárias e desnutrição, o que possibilitou repensar a assistência extramuro, tendo em vista que os serviços de saúde eram centrados no eixo hospitalar (BRASIL, 1994; MELAMEDI et al, 1998; LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004).

Outra inspiração foi o programa de Líderes Comunitários da Pastoral da Criança vinculada à CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil), que prestam assistência especialmente nas áreas de baixa renda em caráter voluntário, visando à melhoria da realidade dessas famílias (BRASIL, 1994; OLIVEIRA, NACHIF e MATHEUS, 2003).

Os Agentes Comunitários de saúde iniciaram as suas atividades em comunidades rurais e peri-urbanas a partir da década de 1970 com o intuito de oferecer cuidados básicos de saúde às populações de difícil acesso (BRASIL, 1994).

Os documentos do Ministério da Saúde (BRASIL,1991; BRASIL,1994) retratam vários projetos com os Agentes Comunitários de saúde que foram implantados nos estados, especialmente na região Nordeste com destaque para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Estado do Ceará. Esse teve início em 1988, com excelentes resultados de integração profissional-equipe, levando à redução da morbidade infantil e materna e podendo ser considerado o precursor das ideias geradoras do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) que foi institucionalizado em 1991 pelo Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, visando a contribuir na implantação e

implementação do SUS em todos os seus princípios, em especial a universalidade, a regionalização, hierarquização e participação popular.

O embrião dos Agentes Comunitários no âmbito nacional teve início no Ceará, no ano de 1987, de forma emergencial, com 6.000 Agentes que prestavam assistência às vítimas da seca, priorizando as ações de saúde da mulher e da criança em decorrência da persistência de altas taxas de morbidade e mortalidade materno-infantil que estavam condicionadas a três causas: 1- Não Acessibilidade aos serviços de saúde; 2- Desinformação da população acerca do funcionamento dos serviços de saúde e de ações eficazes de promoção e prevenção de saúde; 3- Limitações do processo de educação em saúde. Além dessas três causas, havia a necessidade de execução de política de frentes de trabalho, uma vez que o trabalho, nessas localidades, era tão escasso quanto a água (LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004; TOMAZ, 2002; NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

Diante dessa situação, foram selecionados para a função mulheres carentes responsáveis pelo sustento da casa, criando oportunidade de emprego, entretanto deveriam ter habilidade de se comunicar e relacionar com seus vizinhos que constituiriam a população adscrita. Muitas das mulheres que foram contratadas tinham experiência com o trabalho comunitário, pois atuavam como Agentes de saúde da Pastoral da Criança, ajudando de forma solidária e estritamente voluntária. (LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004; TOMAZ, 2002; NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000). Diante disso, o depoimento do ex-secretário de Saúde do Ceará, Dr. Carlyle Lavor, ilustra de forma clara essa situação:

(...) surgiu uma seca no Ceará e houve a necessidade de empregar as pessoas que estavam sem emprego e passando fome. Então, sugerimos a ideia de empregar mulheres. Sempre nas emergências se empregam os homens, mas há muitas mulheres que não têm marido, que são as donas da casa. Então sugerimos empregar seis mil mulheres, que era o cálculo que a gente tinha feito de Agentes de saúde necessários para o estado. Foram selecionadas seis mil mulheres dentre aquelas mais pobres do estado, que eram escolhidas por um comitê formado por trabalhadores, igreja, representantes do estado e município. A gente definiu coisas muito

simples e que eram muito importantes para a saúde, como conseguir vacinar todos os meninos, achar todas as gestantes e levar para o médico, ensinar a usar o soro oral. Assim, dentro de quatro meses, treinamos seis mil mulheres sem nenhuma qualificação profissional. E o mais importante é que fossem pessoas que a comunidade reconhecesse, mulheres que merecessem o respeito da comunidade. Assim foi o início do trabalho. Cessou o programa de emergência de atendimento à seca que tinha 200 mil trabalhadores. Mas essas mulheres da saúde foram as únicas que continuaram a trabalhar porque o sucesso foi grande demais. (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS; 2000, p.4).

A contratação de mulheres para o papel de Agente Comunitário de Saúde causou um significativo impacto sobre a geração de oportunidades de renda e emprego, especialmente com o ingresso no mercado de trabalho de jovens, em especial mulheres que nunca trabalharam de maneira formal e que são originárias de classe social em que a renda per capita igual ou maior que um salário mínimo representa a exceção ao invés da regra associado a uma condição que os distingue dos vizinhos; a aquisição dessa renda ocasiona um impacto positivo na família com a melhoria das condições de vida dos seus membros (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

Em 1988, o programa emergencial foi desativado e, logo depois, iniciou-se, definitivamente, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que aproveitou a mesma equipe coordenadora e de execução, ou seja, todos os Agentes permaneceram em suas funções, de forma que o estreito laço comunitário estabelecido com as famílias terminou por influenciar os serviços de saúde, projetando o Ceará como o campeão nacional em cobertura vacinal e menor índice de mortalidade infantil, fazendo com que os sinos deixassem de ser tocados, ou seja, não mais anunciando a viagem de um anjo para o céu (LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004; TOMAZ, 2002; NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

O ACS não deve ser apenas um elo entre o serviço e a população, e sim deve exercer uma relação com a comunidade por meio da identificação e da ajuda solidária, buscando aumentar a resolutividade ou evitar que alguns problemas de saúde ocorram

por meio de ações de saúde com ênfase na prevenção, contribuindo para a diminuição da morbi-mortalidade por meio do autocuidado individual e familiar. Outra contribuição foi a compreensão de como o processo saúde-doença ocorre na coletividade, como, por exemplo, compreender as relações entre a falta de aleitamento materno, a desnutrição, o analfabetismo, a pobreza e a morte das crianças, quando temas como esses passaram a estar na agenda dos políticos (BRASIL, 1991; LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004; NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

O sucesso dos Agentes do Ceará foi reconhecido pelo Ministério da Saúde, que criou, em 1991, o PACS para os Estados do Nordeste, recebendo a ajuda dos técnicos cearenses na formação das equipes coordenadoras do programa em todas as secretarias estaduais da região (LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004).

O PACS estava centrado na região Nordeste, entretanto, a partir do início de 1992, ocorreu um surto de cólera no país, resultando na extensão em caráter emergencial para a Região Norte, onde assumiu um papel crucial no controle e prevenção da epidemia por meio de ações relacionadas à reidratação oral, controle da diarreia e maior cobertura vacinal das crianças com o intuito de reduzir a mortalidade infantil (BRASIL, 1994).

O documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) relata que o PACS enfrentou, no início de sua trajetória, vários obstáculos ideológicos, como a utilização do mesmo enquanto programa eleitoreiro, desqualificação das ações de saúde. Entretanto, o apoio e a defesa do PACS realizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) mudou essa concepção, contribuindo para a efetivação do programa associado a experiências exitosas com aumento do aleitamento exclusivo, melhoria dos indicadores nutricionais das crianças, aumento da cobertura vacinal dentre outros.

A implantação do PACS foi iniciada pela região Nordeste devido à existência de altos índices de doenças, de carências e de pobreza, sendo previsto, na segunda fase, a

expansão para a região Norte e entorno do Distrito Federal e, numa terceira etapa, ainda em 1992, deveria entrar na periferia das grandes capitais e áreas carentes do país com altos índices de morbi-mortalidade e baixos índices de condições de sobrevivência das crianças de até seis anos. Entretanto, essa estratégia de expansão não ocorreu, ficando o PACS restrito apenas às regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste (BRASIL, 1991; SOUSA, 2001).

Somente em 1993, o plano original de expansão do PACS foi retomado, priorizando as regiões de risco biológico, levando em consideração a magnitude e gravidade das informações de morbi-mortalidade e contando com a implementação em 13 Estados da região Norte e Nordeste, que totalizou mais de 29 mil ACSs, distribuídos em 761 municípios no contexto da municipalização e descentralização das ações de saúde. Ressalta-se, aqui, que o próprio município opta pela implantação, o que justifica seu lento processo no território nacional (BRASIL, 1994; SOLLA; MEDINA; DANTAS, 1996).

Os documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 1994; BRASIL; 1997; BRASIL, 2002) comentam que a operacionalização do PACS pelos municípios realiza-se por meio do atendimento de alguns pré-requisitos que ajudam a consolidar os princípios do SUS e fortalecer a vigilância à saúde com responsabilização territorial. Nesse sentido, os critérios dizem respeito a aspectos já contidos na Lei Orgânica da Saúde - 8.80/90 e Lei 8.142/90 - como a existência do Conselho Municipal de Saúde que aprove a adesão ao programa, constituição da Coordenação Municipal do PACS, Fundo Municipal de Saúde, indicação de uma Unidade Básica de Saúde à qual o Agente estará vinculado, ter um profissional Enfermeiro de referência dos ACS, processo seletivo com critérios e habilitação na condição de gestão prevista na NOB 01/96. Somente após a demonstração de que preencheu os requisitos, o município solicita formalmente o interesse em aderir ao PACS.

O cumprimento dos requisitos para a implantação do PACS contribuiu para impulsionar a (re)organização do sistema de saúde e, acima de tudo, dos modelos locais de saúde que passaram a ser repensados com a participação popular por meio do ACS (DALPOZ, 2002).

Os documentos do Ministério da Saúde compreendidos no período de 1991 a 2002 (BRASIL, 1991; 1994; 1994a; 1997; 2002) descrevem os passos e requisitos da época para a operacionalização do PACS:

1- Sensibilização

A primeira estratégia está fundamentada na mobilização dos vários setores sociais, especialmente com a comunidade, que devem respaldar e fortalecer o trabalho dos Agentes de saúde. Para essa finalidade, faz-se necessário dispor de todos os recursos de comunicação disponíveis.

2- Adesão

O município solicita à secretaria de estado da saúde a implantação do PACS através do termo de adesão, desde que todos os critérios pré-estabelecidos estejam cumpridos mediante documentação comprobatória, com a observação especial da disponibilidade de tempo do enfermeiro que desempenhará o papel de instrutor/supervisor com carga horária mínima de 20 horas.

3- Recrutamento e Seleção

A primeira etapa é constituída pelo mapeamento com definição da área geográfica, determinação do número de famílias obtidas em dados secundários, como empresas de água, luz e o respectivo número de ACS necessários, levando em consideração que um

Agente pode acompanhar 200 a 250 famílias no pólo urbano e 100 a 150 no pólo rural, posteriormente à aprovação do mapeamento e à divulgação nos diversos meios de comunicação de massa dos critérios para a inscrição, áreas de abrangência e locais de prova.

4- Inscrição

Caracteriza-se pela primeira etapa eliminatória, uma vez que os candidatos devem atender a critérios como:

- Ter mais de 18 anos;
- Saber ler e escrever – ter pelo menos o 1º Grau completo – preferencialmente;
- Ser morador da comunidade há mais de dois anos, já que ele deve conhecer o local onde vai trabalhar;
- Ter disponibilidade de 8 horas;
- Continuar residindo na área de atuação para garantir a identidade cultural, valorizando as potencialidades locais, promovendo a inclusão comunitária.

Esse momento deve ser gratuito e realizado por pessoas idôneas, com observação rigorosa dos critérios pré-estabelecidos.

5- Seleção

O processo seletivo deve atender a normas estabelecidas pela Coordenação Nacional e compreende três etapas: prova escrita, entrevista individual e em grupo.

A entrevista compreende uma etapa fundamental, pois permite a identificação de uma característica essencial para o papel de Agente: o espírito de solidariedade com a capacidade de ajudar o próximo na busca da qualidade de vida (BRASIL, 2002).

6- Resultado

Os resultados devem ser publicados através dos meios de comunicação e listas afixadas no local da seleção; e, posteriormente, deve ser feita a convocação.

7- Capacitação

A capacitação dos Agentes aprovados é realizada através de treinamento inicial correspondente às ações que irá desempenhar junto à comunidade; dessa forma inicia-se o processo de profissionalização.

O primeiro documento intitulado Programa Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL; 1991, p.8) menciona como atribuições:

Realizar Ações Básicas de Saúde (...) através de visitas domiciliares, reuniões de grupos ou outras modalidades. Desenvolver atividades de educação em saúde individual e coletiva. Estimular a organização da comunidade. (...) registrar as atividades desenvolvidas no seu trabalho e encaminhá-las à coordenação municipal do programa.

Em um primeiro momento, recebem orientação para visitas domiciliares, cadastro das famílias, acompanhamento e orientação de grupos especiais - crianças, gestantes - identificação e prevenção de situações de risco.

Após treinamento, os Agentes deverão iniciar o processo de profissionalização em auxiliares de enfermagem sob a responsabilidade dos órgãos formadores das secretarias estaduais de saúde.

No que se refere à educação continuada, deve ser garantida por meio dos instrutores/supervisores que orientam as ações de acordo com as necessidades.

8- Supervisão, Acompanhamento e Avaliação

Essa etapa deve ser feita de forma sistemática e permanente, utilizando os instrumentos – dados do sistema de informação, relatórios, reuniões, depoimentos, visitas e observação do trabalho dos Agentes.

Os dados levantados pelos Agentes acerca da situação de saúde das famílias formam um Sistema de Informação do PACS (SIPACS) que representa um passo inicial para o planejamento local e veículo de avaliação por meio de indicadores que compreendem três grupos – Cobertura, Processo e Morbi-mortalidade da comunidade acompanhada (BRASIL, 1996).

9- Desligamento

Algumas situações foram nomeadas para denominar critérios para o desligamento do Agente, dentre elas não residir na área de abrangência, rejeição pela comunidade, não compatibilidade de horário, apresentar distúrbio de conduta que prejudique as suas atividades e a credibilidade do programa; realizar atividades político-partidárias durante a jornada de trabalho e não cumprir suas atribuições.

Esses pré-requisitos contribuiram para a inserção do Agente Comunitário no sistema local de saúde, para o fortalecimento do processo de municipalização e do controle social e também para uma significativa interiorização do profissional do enfermeiro, uma vez que essa categoria é responsável pela supervisão (BRASIL, 2002).

O PACS consolidou-se como programa, tendo como pilar a redução de graves problemas, como o difícil acesso da população aos serviços de saúde, a baixa cobertura das ações básicas, falta de orientação sobre cuidados básicos, falta de aproximação dos serviços de saúde com a comunidade. Diante disso, a missão dos Agentes é melhorar a capacidade da população de cuidar da sua saúde por meio de informações e proporcionar

a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde, contribuindo para a redução da morbi-mortalidade dos grupos mais vulneráveis ao risco de adoecer e morrer (BRASIL, 1991; BRASIL, 1994; BRASIL, 1994a).

A partir de 1994, com o desenho da estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF), é que os Agentes começaram a chegar aos grandes centros, às regiões metropolitanas e às capitais do Sul e do Sudeste; especialmente em áreas marginalizadas, devendo ser compreendido como estratégia de garantir os princípios do SUS com ênfase para a equidade com vista a prover toda a população com a atenção primária, que garantirá, assim, a continuidade da assistência, já que a reorganização da APS pressiona os outros níveis de atenção para reestruturarem com qualidade (SOUSA, 2001; TOMAZ, 2002).

Reafirmando Marques; Padilha (2004) comenta que o PACS e o PSF foram concebidos com o intuito de enfrentar dois incômodos das unidades de saúde representados pela falta de vínculo com os usuários e suas famílias e a incapacidade para resolver as doenças crônicas. Esses programas passaram a orientar a atuação profissional baseada na atenção integral e integrada com as famílias, comunidades e ações intersetoriais, além de estimular a participação popular, convocando o usuário para ser o co-responsável pela saúde.

Em 1998, o PACS já atingia todas as regiões do país, segundo documento do Ministério da Saúde (2001), conforme se observa na Tabela 1.

TABELA 1- População atendida pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Brasil, 1999.

Região	População Coberta %
Norte	69,9

Nordeste	60,2
Centro-Oeste	43,7
Sul	17,0
Sudeste	2,9

Fonte: Brasil/Ministério da Saúde, 2001

A partir de 1994, os Agentes Comunitários de saúde podem ser encontrados em duas situações: ligados a uma unidade básica de saúde, constituindo o PACS; e ligados a uma unidade básica de saúde da família como membro da equipe multiprofissional. (BRASIL, 2006a).

Com a implantação do PSF, o papel do ACS foi ampliado com a mudança do foco materno-infantil para o contexto familiar e comunitário, exigindo novas competências dos Agentes associadas a um grau de escolaridade mais elevado (TOMAZ, 2002).

Como membro de uma equipe multiprofissional, o Agente Comunitário exerce a função de elo entre as necessidades de saúde das pessoas e a equipe, realizando um contato permanente com as famílias, proporcionando a efetivação do trabalho de vigilância à saúde (BRASIL, 2000a).

A publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) revelava que, após oito anos de operacionalização, quase 70% da totalidade dos Agentes eram do sexo feminino, 60% tinham ensino médio completo ou incompleto, 18% ensino fundamental completo, 22% fundamental incompleto e 86% recebiam até um salário mínimo.

Em 2004, após 13 anos de implantação do PACS, uma realidade descrita pelo documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) traz uma situação preocupante que demonstra que o Agente, apesar de ser relevante, é o elo mais fraco da corrente, pois suas atividades são exercidas sem regulamentação, com vínculos precários, que variam

de vínculos legais até acordos verbais, com contratos temporários, gerando insatisfação, instabilidade e vivendo em constantes ameaças de desligamentos, ocasionando a dificuldade em implementar as suas verdadeiras atribuições.

Diante dessa afirmação, o Agente realiza uma tradução consciente, em relação ao saber técnico, e também inconsciente, quando se trata da vivência comunitária. Assim, por meio desse fazer, desempenha o papel de tradutor, um elo cultural que faz a ponte entre dois universos distintos: o do saber científico e o do saber popular, realizando a interlocução entre os mesmos, fortalecendo a educação em saúde com vistas à melhoria das condições de vida (BRASIL, 2000a; SILVA et al, 2008).

A essência do trabalho do Agente assemelha-se às atividades realizadas pelo líder comunitário da Pastoral da Criança, com uma vantagem para o Agente, já que o mesmo exerce suas atividades durante oito horas diárias de forma remunerada, o que resulta na redução cada vez maior do número de líderes da pastoral que passaram a fazer parte do quadro de funcionários do PACS, ascendendo no mercado de trabalho e desfrutando de direitos e benefícios ligados à relação assalariada (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

Tomaz (2002) comenta que deve evitar colocar sob o ombro do Agente o peso da responsabilidade de ser a mola propulsora da efetivação do SUS, já que a consolidação do SUS fundamenta-se em um conjunto de fatores técnicos, políticos, sociais e o envolvimento de todos os segmentos, incluindo o ACS, levando em consideração que o processo de transformação social é lento e requer esforços conjuntos.

Nessa perspectiva, um emprego estável com carteira assinada revela-se como raridade que deve ser mantida pelo profissional a todo custo, originando uma instabilidade constante manifestada no âmbito psíquico por meio de sofrimento, ansiedade, angústia e depressão; no âmbito orgânico, com maior predisposição ao adoecimento, diminuindo a

qualidade de vida e desagregando os laços de solidariedade e socialização, o que dificulta a efetivação do seu papel de elo (LUZ, 2008).

Destaca-se, nesse contexto, a precariedade do trabalho aliada à intensificação do trabalho caracterizado pelo aumento das tarefas e das horas trabalhadas, realização de atividades durante o tempo livre com a disponibilidade constante e a cobrança excessiva de qualificação. Dessa forma, o aumento dos requisitos e competências resulta no estranhamento do processo de trabalho, que deixa de ser prazeroso, passando a significar martírio e aumentando o risco de adoecer (ARRUDA; MARTELETO; SOUZA, 2000).

O trabalho do Agente deixa de ser sinônimo de liberdade e transforma-se em estranhamento, perda de si e tortura, ocasionando desgaste e sofrimento físico e mental; entretanto a vida dos seres humanos não está reduzida apenas ao trabalho e não pode ser compreendida na sua ausência. Assim, onde quer que estejam as causas do sofrimento dos Agentes, estarão sempre presentes em suas vidas e no seu trabalho (CODÓ; SAMPAIO; HITOMI, 1993).

Em paralelo à trajetória de implantação do PACS, da regulamentação de suas exigências, da falta de estabilidade com a precariedade do vínculo, os Agentes começavam a reivindicar sua efetivação profissional como forma de reverter o sofrimento causado pela incerteza do trabalho, que será mais bem detalhado a seguir.

5.2- ASPECTOS LEGAIS DA PROFISSÃO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Todas as profissões são regulamentadas por leis e decretos, com os Agentes Comunitários não seria diferente, porém, quando surgiram no cenário nacional, eram reconhecidos como categoria e não como Profissão. Entretanto, a luta permanente pelo

reconhecimento legal culminou com a edição de um aparato legal – Decreto Federal nº. 3.189/99, que fixa as diretrizes para o exercício de suas atividades e, em seguida, a elaboração de um projeto de lei que culminou na publicação da Lei Federal nº. 10.507, de 10 de julho de 2002, que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e, posteriormente, a Emenda Constitucional nº. 51, de 14 de fevereiro de 2006 e a Lei 11.350, de 05 de outubro de 2006.

O decreto nº. 3.189, de 04/10/1999 estabelece as diretrizes para a função dos Agentes, que compreende atividades preventivas e promocionais, através de ações educativas individuais e coletivas, estimula a participação comunitária nas políticas públicas em busca da qualidade de vida, promovendo o fortalecimento dos laços com o serviço de saúde e outros setores, realiza visitas domiciliares para o monitoramento de situações de risco e utiliza instrumentos para diagnóstico comunitário.

Em 2002, foi regulamentada a Lei 10.507, que transforma finalmente a categoria Agente Comunitário em profissão exercida exclusiva no âmbito do SUS, sob a supervisão do gestor local, demonstrando a grande importância desse profissional para a efetivação do SUS. Também estabelece requisitos para essa nova profissão como: residir na comunidade em que atua, concluir o curso de qualificação básica de formação de Agente e possuir o ensino fundamental.

Apesar dos grandes avanços obtidos, ainda existia um grande desafio a ser vencido, a precariedade da seleção e dos vínculos dos Agentes Comunitários, que eram contratados através de contratos temporários ou informais, terceirizados ou acordos verbais. Essa falta de segurança resultava na ausência de direitos trabalhistas e previdenciários como décimo terceiro, licença médica, licença maternidade, resultando em alta rotatividade, insatisfação e desmotivação, afetando, diretamente, a qualidade do cuidado prestado à população, associado à utilização desses profissionais em práticas

clientelistas e eleitoreiras; somente em 2006 foi estabelecido o primeiro passo em busca da desprecarização desses vínculos e garantia dos direitos por meio da Emenda Constitucional nº. 51 (14/02/2006), a qual regulamentou que os gestores municipais poderão admitir os Agentes por meio de processo seletivo público (prova escrita ou prova escrita/títulos) e os contratados anteriormente seriam dispensados de se submeter a um novo processo, desde que tivessem sido submetidos a processo seletivo público anteriormente (BRASIL, 2006c; BAHIA, 2007; BAHIA, 2007a).

Os Agentes Comunitários passam a integrar o quadro administrativo após a aprovação de lei específica que cria os cargos ou empregos públicos de Agentes Comunitários, vedando a contratação temporária ou a terceirização (BAHIA, 2007a).

A Lei 11.350 de 05/10/2006 regulamenta os vínculos, as atribuições, atividades e requisitos e acrescenta as situações para rescindir unilateralmente o contrato na ocorrência de falta grave, acumulação ilegal de cargos, necessidade de redução de quadro de pessoal, insuficiência de desempenho, declaração falsa de residência.

Por meio do arcabouço jurídico, pode-se perceber que, durante a trajetória de categoria para profissão, ocorreram alguns acréscimos no que se refere aos requisitos exigidos para o exercício profissional. Os documentos ministeriais presentes em Brasil (1994) e Brasil (1997) afirmam, como exigência, que o candidato deveria morar na comunidade há pelo menos dois anos, ter idade mínima de dezoito anos, saber ler e escrever (1º grau) e ter disponibilidade de tempo integral para executar o trabalho. Já o decreto 3.189 (Brasil, 1999) menciona a importância do espírito de liderança e solidariedade que deveriam ser inerentes ao indivíduo; e pela lei 10.507 (BRASIL, 2002) com a regulamentação da profissão, acrescenta-se a necessidade da conclusão do ensino fundamental e da aprovação no curso de qualificação básica para formação do Agente Comunitário de Saúde.

A exigência de morar na comunidade há pelo menos dois anos fundamenta-se na capacidade desse profissional de compreender de dentro os aspectos comunitários, proporcionando a construção de vínculos interpessoais e o estabelecimento de formas de comunicação (SILVA et al., 2008).

A profissão de Agente Comunitário necessita de um corpo de conhecimentos que tem o intuito de subsidiar as atividades cotidianas, garantindo a manutenção da excelência de qualidade. Em virtude de o processo educativo necessitar de atualização constante adequado à realidade local, faz-se necessária a garantia da qualificação profissional associada ao processo de educação permanente em saúde.

5.3- QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL – HISTÓRICO E COMPETÊNCIAS

5.3.1- PROFAE (PROJETO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA ÁREA DE ENFERMAGEM)

O PROFAE (Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem) foi instituído em 1999 em resposta à desqualificação e à irregularidade de alguns profissionais da saúde que realizavam ações próprias da enfermagem sem a habilitação técnica para a mesma, desrespeitando a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei Federal nº. 7.498/86) e colocando em risco a qualidade da assistência prestada à população (CÊA; REIS E CONTERNO, 2007).

O Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação e Ministério do Trabalho, implementaram o PROFAE, que tinha como missão a profissionalização na área de enfermagem com a posterior melhoria da qualidade dos serviços de saúde, com o intuito de atingir cerca de 225 mil auxiliares e 90 mil técnicos de enfermagem,

constituindo-se uma política pública para a qualificação da força de trabalho da área de enfermagem no Brasil, que, posteriormente, foi estendido aos Agentes Comunitários de saúde (CÊA; REIS E CONTERNO; 2007; BRASIL, 2008a).

Esses profissionais foram capacitados contemplando algumas competências centradas no trabalho em saúde, que se expressa na capacidade de cuidar do outro, colocando-se à disposição do ser humano no âmbito do conhecimento e da ação necessárias à prevenção e à solução dos problemas de saúde (BRASIL, 2008a).

Outro aspecto de capacitação é a perspectiva de atender algumas competências, compreendida como a capacidade de ação frente ao fazer e não mais concebida como estoque de conhecimento, passando a ser centrada no trabalho em saúde, que se expressa na capacidade de cuidar do outro de forma profunda, conhecendo suas necessidades e o modo de vida, colocando-se a disposição do ser humano no âmbito do conhecimento e da ação necessários à prevenção e à solução dos problemas de saúde (BRASIL, 2004; MARQUES; PADILHA, 2004; BRASIL, 2008a).

O PROFAE foi organizado em dois componentes, o componente I contempla a qualificação de auxiliares e atendentes de enfermagem, complementação da formação de auxiliares e técnicos de enfermagem e complementação do ensino fundamental de atendentes de enfermagem. Já o componente II destina-se à garantia dos insumos, infraestrutura e recursos necessários para a efetivação do componente I, como a formação dos professores, certificação de competências e modernização de instituições (CÊA; REIS E CONTERNO, 2007).

A nova abordagem de competência gerou um novo sistema de capacitação e avaliação formativa contextualizada ao novo saber-fazer em saúde, que culminou em um novo sistema de Certificação de Competências/PROFAE (CÊA; REIS E CONTERNO; 2007; BRASIL, 2008a).

Os profissionais da saúde precisam ser capazes de atuar de forma interdisciplinar e intersetorial em busca da melhoria dos indicadores de saúde que somente será alcançado por meio da qualificação profissional, com a elevação da escolaridade e autonomia intelectual, que contempla o saber-conhecer, capacidade de planejar, trabalhar em equipe, implicações éticas (MARQUES; PADILHA, 2004; BRASIL, 2008a).

5.3.2- CURSO TÉCNICO DE AGENTE COMUNITÁRIO- COMPETÊNCIA E SABERES

A formação profissional deve ser valorizada e reconhecida como um dos pilares para a garantia da excelência da qualidade da assistência em saúde. Diante disso, houve a necessidade de elevar a escolaridade dos Agentes, com o aumento da autonomia intelectual associada à caracterização do perfil de desempenho desejado. O caminho para atingir essas metas dá-se por meio da educação profissional, que consiste em integrar a educação ao trabalho e ao saber tecnológico, levando ao constante desenvolvimento de habilidades essenciais ao processo produtivo e social (BRASIL, 2004; BRASIL, 1996b; BRASIL, 1999a).

O decreto nº. 5.154 de 23/07/04 (BRASIL, 2004c) e a Resolução nº. 1 de 03/02/2005 (BRASIL, 2005) atualizam a nomenclatura dos cursos de educação profissional em:

- Formação inicial e continuada de trabalhadores, substituindo o termo educação profissional de nível básico;
- Educação profissional técnica de nível médio, ao invés de educação profissional de nível técnico;
- Educação profissional tecnológica, de graduação e pós-graduação, em substituição a educação profissional de nível tecnológico.

Nos documentos do Ministério da Educação (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2005), a educação profissional técnica de nível médio e o ensino médio apresentam-se de três formas: 1- Integrada, na mesma instituição de ensino com matrícula única; 2- Concomitante, na mesma instituição de ensino ou em estabelecimentos diferentes; 3- Subsequente, disponível apenas para quem já tenha concluído o ensino médio. A conclusão do ensino médio é condição fundamental para a obtenção do diploma de técnico de nível médio.

Com a profissionalização dos Agentes Comunitários e as especificidades deste trabalhador associadas às novas perspectivas da educação profissional no Brasil com suas diretrizes curriculares, fez-se necessário valorizar a formação desses profissionais no intuito de se adequar aos princípios do SUS por meio de aprendizagens significativas, reflexão crítica e criativa com vinculação educação-trabalho para a promoção da melhoria dos indicadores de saúde com vistas à resolução da rede de atenção e humanização da assistência. Isso posto, o Ministério da Saúde delineou o Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde fundamentado em um processo sistematizado de debates com especialistas e trabalhadores que visa a subsidiar as escolas técnicas na formação e instrumentalização desse trabalhador *sui generis* (BRASIL, 2004).

O documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) define a profissão Agente Comunitário com base na Lei nº. 10.507 como sendo exercida exclusivamente no âmbito do SUS, sob a coordenação do gestor municipal; realizando atividade de promoção da saúde e prevenção de doenças através de ações educativas de saúde realizadas a nível domiciliar ou junto à comunidade em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e estende-se também facilitar o acesso da comunidade assistida às ações e serviços de informação, saúde, promoção social e cidadania.

Esse novo trabalhador da saúde irá se capacitar e atuará como técnico Agente Comunitário de nível médio, devendo compor a equipe multiprofissional, em que suas atividades irão transcender o campo da saúde, requerendo a atenção a aspectos das condições de vida da comunidade assistida; para isso é preciso reforçar o seu importante papel social de interlocutor do serviço com a população (BRASIL, 2004).

O documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) define que o Agente Comunitário de Saúde terá acesso ao curso técnico de nível médio de três formas:

- a) etapa formativa I – formação inicial: para todos os Agentes Comunitários de Saúde, independentemente da escolaridade;
- b) etapa formativa II: concluintes da etapa formativa I, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino fundamental;
- c) etapa formativa III: concluintes das etapas formativas I e II, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino médio.

Os Agentes Comunitários lidam com vários problemas na comunidade, Morin (2003) comenta que os problemas podem ser classificados como essenciais, globais e, principalmente, particulares, que devem ser pensados de modo contextualizado e, para serem enfrentados, necessitam de saberes cada vez mais polidisciplinares, multidimensionais, globais, exigindo dos profissionais um enfoque em profundidade e uma visão mais ampla.

Diante de tanta responsabilidade, torna-se indispensável o desenvolvimento de competências como atitudes/valores, habilidades e conhecimentos que incorporam três dimensões do saber: saber-ser, saber-conhecer e saber-fazer, os quais têm a promoção da saúde e a prevenção de doenças como eixos estruturantes (BRASIL, 2004).

Para contemplar essas dimensões do saber e as competências, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) estabeleceu três etapas e suas respectivas atribuições que estão

contempladas no projeto político pedagógico do currículo proposto para o curso de técnico de Agente Comunitário de Saúde:

Etapa I- Formação inicial: contextualização, aproximação e dimensionamento do problema. O perfil social do técnico Agente Comunitário de Saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS, contemplando conceitos sobre a política nacional de saúde, a estratégia da saúde da família, o processo saúde-doença, processo de trabalho, planejamento com enfoque estratégico, trabalho em equipe e comunitário, ações que integrem a equipe e a população, processo avaliativo do trabalho, e desenvolvimento da cidadania no âmbito social e da saúde – totalizando 400 horas.

Etapa II- Competências no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes com a compreensão do processo saúde-doença no enfoque positivo de saúde, desenvolvimento de ações de promoção da saúde e educação em saúde de maneira contextualizada, e de ações em cenários diversos (domicílios, escolas, creches, unidade de saúde) com o monitoramento de grupos específicos e as doenças prevalentes, articulação intersetorial, mobilização comunitária com o intuito de melhorar a qualidade de vida – carga horária 600 horas.

Etapa III- Competências no âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário através de ações de promoção da saúde com enfoque de risco, vigilância em saúde, mapeamento, envolvimento comunitário nas ações de redução/prevenção de riscos ambientais e sanitários – carga horária 200 horas.

O diploma de Técnico Agente Comunitário de Saúde será concedido apenas aos discentes que concluírem o ensino médio, todas as etapas formativas, com o desenvolvimento das competências requeridas, tendo potencializada a sua capacidade de

estreitar o laço equipe-comunidade atuando como estimulador da autonomia dos clientes (BRASIL, 2004).

Cada competência retrata uma dimensão da realidade de trabalho do Agente Comunitário, norteando sua atuação com a definição de possibilidades e limites de sua práxis dimensionada pelo saber-fazer e saber-conhecer baseados em ações crítico-reflexivas, compromisso e sensibilidade frente às questões sociais (BRASIL, 2004a).

Afinal, qual o significado de competência? Competência, palavra atualmente tão valorizada pelos profissionais tanto da educação quanto da saúde e do gerenciamento dos serviços de saúde.

Perrenoud (2001) afirma que competência é o conjunto dos recursos que utilizamos para agir, representando a aplicação dos saberes como saber-ser, saber-fazer, saber-mobilizar, dentre outros; essa capacidade de mobilizar esses recursos torna-se extremamente necessária no enfrentamento de situações complexas que vivenciamos diariamente e objetivam a solução dos problemas.

Fleury; Fleury (2004, p.30) define competência como sendo *um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo.*

Diante de tantas definições proposta por vários autores, o documento de perfil profissional elaborado por documento do Ministério da Saúde (BRASIL; 2004a, p.9), fundamentado em Zarifian (1999), conceitua Competência Profissional como sendo:

capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades (...) deixa de ser a disponibilidade de um 'estoque de saberes', para se transformar em 'capacidade de ação diante de acontecimentos.

A Resolução CNE/CEB nº. 04/99 (BRASIL, 1999a) que institui as diretrizes curriculares para a educação profissional de nível técnico define competência profissional como sendo os recursos para mobilizar, articular, transformar ações em valores, conhecimentos e aptidões para desempenhar de maneira eficiente e eficaz as tarefas cotidianas necessárias de acordo com a natureza do trabalho, divididos em: 1- Competências básicas desenvolvidas no ensino fundamental e médio, 2- Competências profissionais gerais comuns aos técnicos de cada área; 3- Competências profissionais específicas de cada área de habilitação e qualificação.

Para o Agente Comunitário estão propostas as seguintes competências profissionais (BRASIL, 2004):

- Integração da equipe de saúde com a comunidade - promover ações que integrem as equipes de saúde com a população local, levando em consideração o acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades.
- Promoção da saúde - as ações de promoção da saúde devem ser desenvolvidas em equipe, objetivando à melhoria da qualidade de vida da comunidade, participação popular nas políticas públicas de saúde e o exercício do controle social.
- Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário - dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário para a população, conforme planejamento participativo da equipe de saúde.
- Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades prevalentes - definidas no planejamento da equipe de saúde e nos protocolos de saúde coletiva.

O sujeito desse estudo precisa ser competente e mobilizar todos os saberes indispensáveis para a prática cotidiana, visando a atingir os objetivos propostos na dimensão do aprendizado individual e coletivo com vistas a garantir uma assistência de

qualidade à população. A atuação desse profissional está distribuída em três âmbitos, em que a promoção da saúde e a prevenção de doença representam a base estruturante e integradora dos âmbitos: 1- mobilização social, integração comunidade-equipe e planejamento das ações; 2- promoção da saúde e prevenção de doenças direcionada à pessoa, grupos específicos e doenças prevalentes; 3- promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário (BRASIL, 2004).

A concepção de competência proposta pelo documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) propõe uma série de sentidos essenciais à prática dos ACS, como iniciativa, responsabilidade, autonomia, inteligência prática (articula e mobiliza o ser, o saber-conhecer, fazer e o conviver), coordenar-se com outros atores e apreender situações e acontecimentos próprios de um campo profissional.

Assim, compete ao Agente mobilizar todos os recursos disponíveis para realizar o seu fazer de modo eficiente, eficaz e efetivo, através das dimensões do saber: saber-ser (atitudes, produção de si), saber-conhecer (conhecimento e aprendizagem), saber-fazer (habilidades) e saber-conviver (coordenar-se com os outros); sendo que a primeira perpassa todas as outras dimensões e se expressa na análise crítico-reflexiva e mudança ativa em si mesmo e na sua prática, dimensionando a sua atuação, respeitando o indivíduo em sua integralidade (BRASIL, 2004a).

SABER SER

A dimensão saber-ser representa o domínio afetivo que objetiva a realização completa do homem e o desenvolvimento de sua personalidade, incluindo toda a sua riqueza e complexidade existencial que começa com o conhecimento de si mesmo para que, enfim, se relacione com o outro por meio do estabelecimento de relações interpessoais (DELORS, 2003).

Heidegger (1981) analisa o fenômeno da vivência cotidiana, caracterizando o homem, o ser, o ser aí, o *dasein* situado no mundo; esse ser tem uma história e um significado, uma dimensão que transcende a humanidade, e o mesmo está continuamente procurando algo além de si mesmo, projetando-se para fora de si sem jamais sair das fronteiras do mundo.

O saber-ser se expressa através de atitudes, valores, qualidades pessoais (inatas ou adquiridas na busca de realização pessoal) e especialmente pela produção de si para agir com maior autonomia, discernimento e responsabilidade por meio de uma capacidade crítica, ética, reflexiva, visando à mudança ativa em si mesmo, em suas vivências e nas suas práticas (BRASIL, 2004; DELORS, 2003).

Saupe et al. (2005) afirma que saber-ser diz respeito ao saber ouvir e falar com tolerância e respeito ao outro com suas diferenças e limitações, com vistas a interagir com indivíduo e seu grupo através da empatia com troca de experiências.

Assim, o ser é um ser discursivo, isso não quer dizer que seja capaz de falar, mas que tem a faculdade de articular o que compreende; essa compreensão é estudada pela ontologia, que estuda o ser enquanto ser (HEIDEGGER, 1999; STEIN, 1988).

O *dasein* é ser-aí e o aí é o mundo: o mundo concreto, literal, real e cotidiano e esse ser-aí não diz respeito somente às coisas e ao mundo, mas também ao ser-no-mundo que ele próprio é (HEIDEGGER, 1999; STEIN, 1988).

Então, o homem está no mundo, com o mundo e pelo mundo, tornando-se capaz de relacionar-se, de projetar-se nos outros, transcendendo, constituindo-se um ser de relação (FREIRE, 1983).

Esse ser revela-se tanto em sua complexidade biológica quanto cultural. Diante desse fato, o ser deve ser compreendido como sujeito de sua própria história na busca incessante do conhecimento, estabelecendo o diálogo contínuo com as incertezas, que

possui três princípios: o cerebral, de que o conhecimento nunca reflete o real, pois ele é apenas uma tradução; o físico, em que o conhecimento está sujeito a interpretação; e o epistemológico, em que não há verdade absoluta. A partir desses princípios, os homens dialogam com a incerteza em que conhecer e pensar não se limita a chegar a uma verdade absoluta (MORIN, 2003).

Porém, os homens pouco sabem de si e se inquietam por saber mais e, ao reconhecer o seu pouco saber de si, questionam-se e se fazem problemas a eles mesmos, pois, ao responderem suas respostas, surgem novas perguntas (FREIRE, 1987). Nesse processo de síntese e antítese, ocorre o anseio por libertar-se, o que culmina no sofrimento, expresso por Freire (1987, p.35):

Sofrem uma dualidade que se instala na 'interioridade' do seu ser. Descobrem que, não sendo livres, não chegam a ser autenticamente. Querem ser, mas temem ser. São eles e ao mesmo tempo são o outro introjetado neles, como consciência opressora. Sua luta se trava entre serem eles mesmos e serem duplos. Entre expulsarem ou não o opressor de 'dentro' de si. Entre se desalienarem ou se manterem alienados. Entre seguirem prescrições ou terem opções. Entre serem espectadores ou atores. Entre atuarem ou terem a ilusão de que atuam na atuação dos opressores. Entre dizerem a palavra ou não terem voz, castrados no seu poder de criar e recriar, no seu poder de transformar o mundo.

O medo da liberdade ou o medo de assumi-la dificulta a visão do real e faz perceber o que não existe, temem a liberdade e se refugiam na segurança oferecida; raro são as pessoas que manifestam o medo da liberdade. A tendência da maioria é disfarçar por meio de um jogo manhoso, ainda que inconsciente, em que tentam demonstrar um sentimento de defesa da liberdade. Omitindo o verdadeiro sentimento de temor, a busca da liberdade para recuperar a humanidade se faz por meio da tarefa de libertar-se a si e aos opressores (FREIRE, 1987).

E por que os homens não se libertam? Freire (1987, p. 50) comenta que:

De tanto ouvirem de si mesmos que são incapazes, que não sabem nada, que não podem saber, que são enfermos, indolentes, que não produzem em virtude de tudo isto, terminam, por se convencer de sua 'incapacidade'. Falam de si como os que não sabem e do 'doutor' como o que sabe e a quem devem escutar. Os critérios de saber que lhe são impostos são os convencionais.

Os homens transformam-se em coisas e, coisificados e oprimidos, não conseguem ultrapassar esse estado, pois ninguém liberta ninguém, os homens libertam-se em comunhão e para isso precisam perder o medo de buscar a liberdade e quebrar esse ciclo vicioso por meio do autoconhecimento (FREIRE, 1987).

Portanto, é indispensável que ocorra a tomada de consciência para dar início aos questionamentos do ser na busca de sua compreensão interna, pois somente através da compreensão individual seremos capazes de compreender o outro e o mundo; e compreendendo poderemos nós libertar da opressão que assola o ser-aí.

Os documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2003) que norteiam as competências que os Agentes devem possuir afirmam que o saber-ser incorpora:

- Interação com o indivíduo e coletividade;
- Respeito ao senso comum com seus valores, culturas e o pensar saúde;
- Postura ativa com busca de alternativas frente a situações adversas;
- Frente a dificuldades e problemas em recorrer à equipe na busca de soluções;
- Trabalhar em equipe na busca de práticas eficazes;
- Senso crítico e responsabilidade social.

SABER CONHECER

A dimensão saber-conhecer compreende o domínio cognitivo representado pelo conhecimento e capacidade de aprender, beneficiando-se das oportunidades oferecidas ao longo da vida através da formação educacional ou da experiência (SAUPE et al, 2005).

O conhecer/aprender visa à aquisição e ao domínio de um repertório de saberes e dos instrumentos de compreensão do mundo, em especial o profissional, através do desenvolvimento da capacidade para comunicar-se e do aprender para conhecer, exercitando a atenção, a memória e o conhecimento; favorecendo o despertar do sentido crítico e reflexivo tão necessário para o fazer cotidiano (DELORS, 2003).

O repertório de conhecimento proposto pelo documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) para a formação do Agente Comunitário de Saúde abrange três eixos temáticos - papel do Agente no âmbito da equipe; promoção da saúde e prevenção de doenças; e promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário; esses eixos têm o intuito de subsidiar o saber-fazer.

SABER FAZER

O saber-fazer faz parte do domínio psicomotor representado pela habilidade/destreza, conhecimento tático que são necessários para as atividades profissionais, contribuindo para o poder agir sobre o meio para a identificação de problemas e de soluções de trabalho em equipe (BRASIL, 2004; DELORS, 2003; SAUPE, 2005).

Encontra-se associado ao saber-conhecer e ao saber-conviver por meio do trabalho coletivo e do estabelecimento das relações interpessoais, em que se torna importante ao trabalhador saber comunicar-se e resolver conflitos, ter iniciativa, intuição,

ter estabilidade emocional para o enfrentamento de problemas complexos, tornando-se apto a enfrentar diversas situações e aprender a trabalhar em equipe (DELORS, 2003).

A comunicação dentro do saber-fazer representa o aspecto fundamental do processo de trabalho do Agente que se apresenta sobre duas formas de agir:

(...) No agir comunicativo, encontramos o Agente Comunitário estabelecendo relações no cotidiano da comunidade. Esse tipo de ação possui normas que guiam os comportamentos dos sujeitos, membros de um grupo social, que partilham valores comuns. No agir estratégico, o Agente Comunitário pretende, usando conhecimentos técnicos biomédicos, estimular a ação dos outros de acordo com interesses bem definidos, seja desenvolvendo ações de promoção de saúde ou prevenção às situações de risco sanitário. O agir estratégico tem por meta atingir um fim, atender às determinações das políticas públicas de saúde. Terá êxito ou fracassará se encontrar ou não os meios adequados para conseguir realizar essa finalidade (SILVA et al.; 2008, p. 82-83).

O saber-fazer aponta a valorização das experiências vividas e a eleição de um elenco de saberes necessários para a realização de atividades que se materializam durante o momento assistencial em que novos valores são aflorados, como autonomia, valorização, engajamento, motivação, inovação e, principalmente, cooperação e comunicação (BARROS; PINHEIRO, 2007).

No processo de saber-fazer do Agente Comunitário, a credibilidade e a confiança são condições essenciais para as relações estabelecidas com a comunidade e a postura ética representa o meio para inspirar essa credibilidade e confiança que os usuários devem depositar neles, permitindo exercer o seu papel que, em grande parte, é executado dentro do domicílio.

Partindo dessa assertiva, Fernandes et al. (2007) menciona que os ACS necessitam de algumas características pessoais e qualidades individuais que favoreçam a criação de vínculos e, para isso, devem ter suas ações permeadas por valores e

instrumentos, como a escuta qualificada, a comunicação, empatia, o cuidado, a subjetividade, o desejo, a emoção, o toque, o tempo, a solidariedade, a compaixão, a confiança, a ética, a espiritualidade e o transcender.

SABER CONVIVER

O saber-conviver, junto com o saber-ser, está incluído no domínio afetivo e diz respeito a coordenar-se com os outros em todas as atividades humanas, aprendendo a viver juntos, compreensão mútua, relacionando-se e, especialmente, respeitando as experiências, valores, as limitações, o saber ouvir e falar (BRASIL, 2004; SAUPE, 2005; DELORS, 2003).

Porém, essa tarefa de saber-conviver é árdua e representa um dos maiores desafios, pois é da natureza humana supervalorizar as qualidades do seu grupo e ter preconceito em relação ao outro; a única saída é a percepção da interdependência e o fato de não vivermos sozinhos, isolados (DELORS, 2003).

O saber-conviver dos Agentes é estabelecido com a comunidade tendo como base o conjunto de expectativas dos usuários, pois conforme Merhy (1997, p.120):

Há usuários que não têm nenhum interesse de estabelecer uma relação mais permanente com os trabalhadores de saúde, tanto que sempre que se julgam doentes recorrem a serviços do tipo urgência e emergência e se sentem bem com isto. Já há outros que, se não puderem ir frequentemente a um ser serviço e ter vínculos mais constantes com os trabalhadores, não se satisfazem de jeito nenhum.

Então, essa relação profissional encontra-se pautada nas expectativas prévias que irão gerar a satisfação com a assistência ou não, com conotação maior no caso dos Agentes, pois essa relação é a base do papel do mesmo.

Os níveis de satisfação dos usuários estão associados à combinação de elementos como um ideal de serviço, noção de serviço merecido, experiência passada e um nível

subjetivo da qualidade de serviço alcançado; assim, qualidade da assistência está relacionada à satisfação desses elementos (TRAD et al., 2002).

Na saúde, todas as dimensões do saber, em especial o saber-fazer e o saber-conviver, tomam uma proporção maior, pois a essência desse aspecto reside no processo do cuidar; e no cotidiano do ACS o cuidar representa a alma dessa categoria.

5.3.3- PROCESSO EDUCATIVO - CURSO INTRODUTÓRIO

O trabalho e a educação são princípios que acompanham o ser humano no decorrer de sua existência. O conceito de educação significa a aquisição de conhecimentos integrados e ampliados sobre a realidade, potencializando o raciocínio humano e deve ocorrer de forma contínua e prolongada com dependência direta com a motivação para aprender, resultando em processo de aprendizagem significativa para o sujeito cujo ponto de partida deve ser aquilo que ele conhece e a meta do que se pretende aprender, de forma que os profissionais tornem-se responsáveis pela sua formação (BEZERRA, 2003). Assim, o processo educativo é permanente e os homens são seres inacabados e sujeitos de sua própria educação

O cão e a árvore também são inacabados, mas o homem se sabe inacabado e por isso se educa. Não haveria educação se o homem fosse um ser acabado. O homem pergunta-se: quem sou? De onde venho? Onde posso estar? O homem pode refletir sobre si mesmo e colocar-se num determinado momento, numa certa realidade: é um ser na busca constante de ser mais e, como pode fazer esta auto-reflexão, pode descobrir-se como um ser inacabado, que está em constante busca. Eis aqui a raiz da educação (FREIRE; 1987, p. 27).

Dessa forma, a estratégia saúde da família deve estar pautada na formação e qualificação dos profissionais por meio da educação/aprendizagem significativa em que os mesmos sintam-se valorizados e reconhecidos pelo seu trabalho de ajudar a

comunidade na definição das necessidades e direitos de saúde, contribuindo para o empoderamento e capital social. Nesse sentido, o primeiro passo para alcançar esse objetivo é o curso introdutório (BRASIL, 2008).

A capacitação da equipe de saúde tem como marco inicial o Treinamento Introdutório, depois chamado de Curso Introdutório, que antecede o início do trabalho dos profissionais ou de forma concomitante em até três meses após a implantação da equipe, objetivando a aproximação com os princípios operacionais da ESF, tais como a noção de territorialidade/adscrição da clientela, diagnóstico e planejamento, processo de trabalho, noção da família como foco das ações, princípios do SUS, funcionamento do sistema de saúde local (BRASIL, 2001c; BRASIL, 2006b).

O treinamento introdutório deve ser realizado preferencialmente no município ou região de atuação do profissional, proporcionando uma aproximação com a realidade local nos aspectos demográficos, sociais, econômicos, ambientais e sanitários, favorecendo uma compreensão maior dos indicadores de saúde pactuados na atenção básica (BRASIL, 2001c).

Com a reformulação das diretrizes da ESF, o Curso Introdutório passou a ser de responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde (SES) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em municípios com a população inferior a 100 mil habitantes e no caso de municípios com mais de 100 mil habitantes a situação inverte-se, a Secretaria Municipal de Saúde é a responsável, podendo realizar parceria com a Secretaria de Estado da Saúde (BRASIL, 2006b).

Após o treinamento introdutório, as equipes são inseridas em um processo de educação permanente, para possibilitar o desenvolvimento constante de suas competências e é de responsabilidade conjunta das SMS e das SES proporcionar essa qualificação (BRASIL, 2001c; BRASIL, 2006b).

A educação deve ser vista como prática de transformação de objeto-sujeito para sujeito-produto que é fruto do trabalho humano de sujeitos-Agentes num processo de aprender a aprender de forma permanente (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

5.3.4- EDUCAÇÃO PERMANENTE

A população adscrita da equipe de saúde é dinâmica e, para atender as necessidades de saúde, faz-se preciso um processo de capacitação e informação contínuo e eficaz para gerar resolutividade de ações; e, para aumentar essa resolução, o caminho encontrado é o processo de aperfeiçoamento profissional que tem a Educação Permanente em Saúde como importante mecanismo de articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento da educação dos profissionais, a capacidade resolutiva e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde por meio da educação popular (BRASIL, 1997; BRASIL, 2004d; BRASIL, 2007c).

Para contemplar essa articulação, o Ministério da Saúde definiu uma política de formação e desenvolvimento para o SUS por meio da aprovação de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que conceitua Educação Permanente como a aprendizagem no trabalho em que ocorre a inter-relação entre o aprender e o ensinar, incorporado ao cotidiano do trabalho e das instituições levando em consideração os problemas reais cujo enfrentamento faz-se com a utilização dos conhecimentos e experiências prévias dos profissionais; e que, por meio da problematização do processo de trabalho, seja estruturada a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores pautados na realidade local das necessidades de saúde da população adscrita, ou seja, o profissional deve ser resolutivo na sua localidade, transformando as práticas profissionais

e a organização do trabalho em aprendizagem significativa (BRASIL, 2004d; BRASIL, 2007c).

A Educação Permanente tem como fundamento a aprendizagem significativa que diz respeito à aprendizagem motivada pelo desejo ativo dos membros da equipe pela apropriação de novos saberes e práticas, que, por meio da vivência e/ou reflexão das práticas do cotidiano, realizam o encontro entre o mundo de formação e o mundo do trabalho, incorporando o diálogo aprender-fazer à rotina do dia-a-dia e coletivamente problematizam e dialogam, produzindo, de forma contínua, as soluções para os problemas, visando a enfrentar o grande desafio de produzir transformações nas instituições de saúde com o intuito de aproximá-las a conceitos de atenção integral, humanizada e com equidade (BRASIL, 2004e; BRASIL, 2005a; CECCIM, 2005).

Essa aprendizagem significativa leva os membros da equipe de saúde a assumirem a construção de coletivos no trabalho e o processo de co-gestão, onde todos são facilitadores das práticas de educação permanente e estimulados a compreender o cenário e suas relações de trabalho a partir de questionamentos sobre o que, como, com quem, para que e para quem, resultando na análise reflexiva sobre os cenários de saúde, os atores e o processo de trabalho, agindo de forma autônoma, criativa e de poder compartilhado em busca da (re) construção das relações dentro da equipe, entre equipes e entre instituições (BRASIL, 2005a).

A aprendizagem significativa e coletiva dentro da gestão democrática rompe com o modelo hegemônico centrado na figura do médico, uma vez que possibilita a produção de novos acordos e pactos coletivos em busca do trabalho em equipe fundamentado na interdisciplinaridade (BRASIL, 2005b).

O poder compartilhado possibilita a construção do processo de co-gestão com a ampliação da aprendizagem significativa, em que as demandas para a capacitação não

são definidas apenas por necessidades individuais de atualização de conhecimentos, mas coletivamente definidos por múltiplos elementos que tenham sentido para os sujeitos (conhecimento, valores, relações de poder) baseados na problematização do processo de trabalho de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar. Dessa forma, favorece o compromisso, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, a responsabilização com a população, o enfrentamento criativo das situações de saúde, a democratização e o espírito de equipe com a socialização da informação e a intensa comunicação que são questões fundamentais para a organização do trabalho em equipe pensado não de forma isolada e sim como processo articulado em rede de pessoas (BRASIL, 2004e; BRASIL, 2005a).

Esse processo articulado resulta na noção de gestão colegiada, em que todos são autores e atores da produção coletiva por meio das Rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde que representam espaços de diálogo e negociação entre os membros da equipe de saúde e as instituições formadoras, colocando-os como participantes de uma operação conjunta em que todos são protagonistas da implementação da melhor e mais adequada ação (BRASIL, 2004d; BRASIL, 2004e).

Ceccim (2005) afirma que a educação permanente em saúde pode ser mais bem compreendida pelos componentes do Quadrilátero da Formação, que ajudam a compreender a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; a qual inclui os seguintes componentes:

a) análise da educação dos profissionais de saúde: mudar a concepção hegemônica tradicional embasada no paradigma flexneriano para uma concepção construtivista baseada na problematização e contextualização, incentivando a produção de conhecimentos;

b) análise das práticas de atenção à saúde: construir um novo fazer em saúde, tendo em vista os desafios da integralidade, da humanização e da inclusão da participação popular no planejamento das ações, inclusive terapêutica;

c) análise da gestão setorial: garantir a conformação de redes de atenção às necessidades em saúde, considerando a avaliação de satisfação dos usuários;

d) análise da organização social: favorecer a participação popular nas ações da saúde por meio da presença dos movimentos sociais na construção coletiva do atendimento às necessidades sociais por saúde.

O Quadrilátero da Formação marca o encontro da saúde com a educação através da Educação permanente que propicia a ligação orgânica entre ensino, trabalho e cidadania; não ficando restrita apenas a uma prática de ensino-aprendizagem, mas a uma política de educação na saúde, concebendo um ponto de intersecção entre educação e saúde (CECCIM e FERLA, 2008).

Dessa forma, a Educação Permanente em Saúde passa a ser compreendida como um espaço coletivo para a aprendizagem coletiva dentro de cada equipe, favorecendo uma interface entre formação, produção de subjetividade e trabalho, visando ao enfrentamento e solução dos problemas cotidianos, que são extremamente dinâmicos e construídos histórica e socialmente. Esse espaço de gestão de coletivo pode ser traduzido como uma oportunidade para produzir uma escuta pedagógica em saúde, buscando o diálogo e interação entre os atores – profissionais, gestão e população – , potencializando e ampliando a capacidade de enfrentamento e resolução dos problemas no constante movimento de interação em que esse atores se sintam convocados à criação, à abertura e ao coletivo (BRASIL, 2005b; CECCIM e FERLA, 2008).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde contempla os princípios e diretrizes do SUS articulados à Atenção Integral à Saúde e a Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS, considerando a construção de uma rede de cuidados organizados de forma horizontal, contemplando a poliárquica, rompendo com a hierarquização vertical dos recursos, das tecnologias e alocação dos profissionais, visando a contemplar a integralidade e a resolutividade dos processos de atenção à saúde, garantindo a efetivação do controle social e da produção e disseminação de conhecimento. Essa cadeia do cuidado progressivo deve ser compreendida como a ideia de rede com a articulação de todos os serviços de saúde de forma contextualizada e reconhecendo as histórias de vida como meio para assegurar o adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações com vistas à humanização dos serviços de saúde (BRASIL, 2004d; BRASIL, 2007c; BRASIL, 2004e).

A qualificação dos profissionais de saúde é objeto do Ministério da Saúde para a efetivação da política nacional de saúde que será alcançada por meio da constituição de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (esferas interinstitucionais e locais/regionais/rodas de gestão) com a elaboração de propostas e projetos que contemplem mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações, nas residências ou outras estratégias de pós-graduação, como mestrado; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004d; BRASIL, 2007c).

Dentro da estratégia de qualificação, a formação dos trabalhadores de nível técnico é um componente decisivo para fortalecer e aumentar a qualidade do setor da saúde, que pode ser justificado tendo em vista o papel dos trabalhadores de nível técnico no

desenvolvimento das ações e serviços de saúde por meio do contato mais intenso e com laços de comunicação mais estreitos com as demandas da população associado ao fato de serem referência para a comunidade assistida (BRASIL, 2007c; BRASIL, 2004e).

6- ATRIBUIÇÕES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

No tocante ao papel desempenhado pelo Agente, a primeira abordagem se faz presente no Manual do Agente Comunitário elaborado em 1991 e revisto em 1994 no livro intitulado: “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde”, que foi divulgado em documento oficial (Brasil; 1994b, p.26-27) onde suas ações e papeis estão assim descritos:

Servindo de elo entre a comunidade e os Serviços de Saúde, ele auxilia as pessoas e os serviços na:

- Promoção e proteção de saúde;
- Identificação de situações de risco individual e coletiva;
- Educação para a conquista da saúde;
- Acompanhamento e encaminhamento de doentes às unidade de saúde;
- Notificação aos serviços de saúde das doenças que necessitam de vigilância.

[...] exemplos de atividades que ele vai realizar:

- Cadastrar famílias;
- Estimular a participação comunitária;
- Analisar, com os demais membros da equipe de saúde, as necessidades da comunidade;
- Registrar nascimentos e óbitos ocorridos;
- Atuar, junto com os serviços, nas ações de controle das doenças endêmicas.

A Portaria nº. 1886 GM/MS, de 18 de dezembro de 1997, estabelece as primeiras atribuições básicas que estão relacionadas ao conhecimento da área (cadastramento, diagnóstico comunitário, mapeamento, definição do perfil sócio-econômico); acompanhamento e monitoramento (diarreias, infecções respiratórias agudas, hanseníase, tuberculose e outros), prevenção de doenças e promoção da saúde com

priorização de grupos populacionais (crianças, gestantes, puérperas, hipertensos, diabéticos, tuberculose e outros); ações educativas e estimulação da participação comunitária (BRASIL, 1997b).

A Lei 11.350 sintetiza as atividades do Agente, considerando sua área de atuação: realizar visitas domiciliares para monitorar situações de risco, promover ações educativas individual e coletiva, realizar o diagnóstico da comunidade por meio da utilização de instrumentos, planejar as ações através do registro sistemático, estimular a participação comunitária nas políticas públicas com o fortalecimento do elo (BRASIL, 2006d).

Para realizar essas atribuições, os Agentes Comunitários de saúde utilizam instrumentos como a entrevista, a visita domiciliar, o cadastramento das famílias, reuniões comunitárias e mapeamento que auxiliam no conhecimento das necessidades das pessoas que vivem na microárea sob a sua responsabilidade (BRASIL, 1994b).

Para garantir a qualidade do cuidado prestado às famílias cadastradas por equipe e seus respectivos moradores, o documento regulamentador de Brasil (2006e) afirma que esse número deve ser de no máximo 4.000 habitantes, sendo em média recomendada 3.000, e no que se refere aos Agentes Comunitários devem ser em número suficiente para cobrir 100%, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 Agentes por equipe de saúde da família.

Na Portaria nº. 648, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica e revoga todas as portarias anteriores, define-se como atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde, enquanto integrante da equipe de saúde: desenvolver ações que integrem a equipe e a comunidade; trabalhar com as famílias cadastradas na microárea e manter o cadastro atualizado; estar em contato permanente com as famílias sob sua responsabilidade através do acompanhamento das visitas domiciliares; desenvolver

ações educativas individuais e coletivas; atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças, vigilância à saúde, mantendo a equipe informada principalmente a respeito daquelas com situação de risco (BRASIL, 2006e).

O Agente é a extensão do olhar da equipe além dos muros da unidade, identificando as condições de vida das famílias e necessidade de um cuidado de outros profissionais. Porém, devido ao papel de ponte comunidade-equipe, ocorre uma distorção das atribuições do Agente, levando à sobrecarga, já que todas as atividades que devem ser desenvolvidas nas famílias e na comunidade são atribuídas unicamente ao Agente, levando a sofrimento (SILVA; DALMASO, 2002; TOMAZ, 2002).

Cabe ressaltar o papel comunitário do Agente, já que representa um referencial para a comunidade não apenas nas questões da unidade de saúde, mas como estimulador da organização comunitária, objetivando à conquista do verdadeiro exercício de cidadania (SILVA et al., 2008).

Diante dessas considerações, conclui-se que o Agente possui uma situação peculiar, uma vez que reside obrigatoriamente na área de atuação, o que faz com que compartilhe o cotidiano da comunidade com maior intensidade do que os outros membros da equipe. Associado a este fato, o ACS visita frequentemente os domicílios dos usuários, fazendo-se necessária a construção de metodologias que garantam a privacidade daqueles com quem o Agente se relaciona no tocante às informações pessoais sobre a saúde individual e familiar e também a necessidade de competências e saberes que o instrumentarão na implementação das ações em saúde (FORTES; SPINETTI, 2004).

6.1- CUIDAR: A ESSÊNCIA DO SER

Cuidar representa uma atitude que deve ser realizada e, especialmente, estimulada para que ocorra em todo contato com o outro e seja presente em todos os atos, abrangendo não exclusivamente momentos de atenção, zelo e de desvelo, e sim uma responsabilização, preocupação e envolvimento com o outro, com uma demonstração de empatia. Isso abrange o modo de ser, ser-com-o-outro e principalmente ser-no-mundo fundamentando, dessa forma, todas as relações que estabelecemos com todas as coisas (BOFF, 2004).

O cuidado pode ser compreendido como atenção, dedicação, carinho e cautela. Sendo assim, o ato de cuidar significa a ação do cuidado por meio de servir, perceber o outro como é, oferecer ao outro a assistência de forma individualizada (BRASIL, 2008b).

Para ilustrar a importância do cuidar, BOFF (2004, p. 34) comenta que:

(...) Quer dizer, o cuidado se encontra na raiz primeira do ser humano, antes que ele faça qualquer coisa. E, se fizer, ela sempre vem acompanhada de cuidado e imbuída de cuidado. Significa reconhecer o cuidado como um modo-de-ser essencial, sempre presente e irreduzível à outra realidade anterior. É uma dimensão frontal, originária, ontológica, impossível de ser totalmente desvirtuada.

Assim, a essência do ser humano pode ser representada pelo cuidado, somos criaturas iminentemente cuidadoras, pois colocamos cuidado em tudo o que projetamos e fazemos, sendo uma característica peculiar do homem e, por essa razão, necessitamos também de sermos cuidados, já que quem cuida também precisa ser cuidado (BOFF, 2004).

O processo central do ser humano é representado pelo cuidar compreendido no aspecto coletivo, cultural e social, uma vez que transmuta o outro, transcendendo-o, indo

além de nós mesmos, pois mesmo quando o homem vivencia o adoecer ele está intercomunicado com os outros e com o mundo (BRASIL, 2005b).

O ser cuidador deve possuir qualidades como conhecimento, paciência, honestidade, confiança, humildade, esperança e, acima de tudo, coragem, aliados ao fato de que cuidado é um ideal ético e transformativo, já que, para cuidar, é preciso compreender a realidade do outro, envolver-se, sentir com o outro, entrar na estrutura referencial do outro, pois só quando compreendemos a realidade do outro é que poderemos conhecer as suas necessidades e ajudá-lo a crescer (WALDOW, 2007). Nesse aspecto, o ACS encontra-se em situação privilegiada, já que comunga a realidade do outro, identificando-se com o ser a ser cuidado.

O cuidar da saúde implica, além de competências, habilidades, mas, acima de tudo, é necessário estar preparado e disponível para o diálogo. Dessa forma, o cuidado transcende a mera assistência física e contempla as questões emocionais, o contexto social e a história de vida (BRASIL, 2008; BRASIL, 2005b).

Esse homem, em sua condição básica de ser-no-mundo, desenvolve-se, estabelece relações com-o-outro, com-o-mundo, agindo e reagindo em suas possibilidades existenciais. Assim, o ser-no-mundo relaciona-se com o ser-com-os-outros. Então, não há um ser sem mundo, da mesma maneira que não há ser sem o outro ser; e isso se expressa pelo cuidar das coisas e o ser-com-os-outros pelo cuidar dos outros, constituindo a relação fundamental entre os homens (HEIDEGGER, 1999; HEIDEGGER, 1981; STEIN, 1988).

Esse cuidar do outro é realizado por um ser humano, no sentido da palavra humano, pois cuidar é próprio do ser, já que a função do cuidador ultrapassa as atividades diárias e tem como intuito maior zelar pelo bem-estar no acompanhamento e

no auxílio da pessoa a ser cuidada, escutando-a, sendo solidária, atuando como elo entre a pessoa, família e equipe de saúde (BRASIL, 2008b).

Corroborando, Boff (2004, p. 96) afirma que *Este modo de ser-no-mundo, na forma de cuidado, permite ao ser humano viver a experiência fundamental do valor, daquilo que tem importância e definitivamente conta.*

O cuidar dos outros pode ter, então, duas direções: a de assumir o cuidado do outro subtraindo seus cuidados de uma forma inautêntica de coexistir; e a de ajudar o outro a conquistar o seu autocuidado de uma forma autêntica de coexistir, desvelando o ser em si mesmo; os homens são capazes de cuidar de si por meio da identificação e satisfação de suas necessidades, pois todo homem possui na natureza dele o cuidado (HEIDEGGER, 1999; WALDOW, 2007).

Autenticidade do ser refere-se a manter o ser que ele é, do ser próprio, do ser-no-mundo, impondo-se como tal. Na existência inautêntica, o homem se entende a partir do que ele não é, busca realizar aquilo que ainda não realizou e, muitas vezes, é desviado do caminho existencial, deixando de se tornar ele mesmo e se tornando o que os outros desejam (HEIDEGGER, 1999).

Esse vivenciar do homem marca a sua existência, ao projetar-se em sua condição básica de ser-no-mundo, desenvolve-se, estabelece relações com-os-outros, agindo e reagindo na autenticidade ou na inautenticidade do seu ser (HEIDEGGER, 1999).

O homem é um ser aberto ao ser, um ser que compreende o ser, um ser-com-os-outros que revela aos outros, revelando-se a si mesmo. Esse modo de proceder com os outros refere-se à forma como me relaciono, atuo, sinto, vivo com os meus semelhantes e esse relacionar-se significa cuidar, que representa a estrutura fundamental do ser-aí enquanto ser-no-mundo e define o ser enquanto ser (HEIDEGGER, 1999; STEIN, 1988).

O cuidar representa a estrutura fundamental do ser, que se torna livre através do cuidado autêntico, um ser sem cuidado é um ser não livre, pois, através do cuidado, manifestamos a nossa relação de ser-uns-com-os-outros, permitindo o ser-no-mundo que é a essência do ser que se completa na relação com o outro (WALDOW, 2007).

Para Heidegger (1981), o mundo não significa o universo físico, mas as condições geográficas, históricas, sociais e econômicas em que o indivíduo está imerso; já que, na vida cotidiana, o ser não se refere ao mundo desinteressado, neutro, mas está junto ao mundo, tomado pelo seu mundo, não se reduzindo a um simples estar presente, uma vez que o mesmo necessita se projetar. Dessa forma, o homem é o projeto e as coisas do mundo são projeções humanas, portanto está no mundo, envolvendo-se, transformando o mundo e, ao fazê-lo, forma e se transforma a si mesmo; trata-se de uma projeção no mundo, do mundo e com o mundo, de modo que o eu e o mundo são inseparáveis.

Então, para compreender uma coisa, faz-se necessário ter vivido, experimentado, pois ser no mundo diz respeito às maneiras que o existir humano está possibilitado a viver, a poder viver e aos vários modos como se relaciona e atua com os outros, o ser-com-os-outros (HEIDEGGER, 1999; HEIDEGGER, 1981; STEIN, 1988).

A experiência do vivido se mostra em si mesmo e revela-se através do discurso e do silêncio. Por meio da dimensão cotidiana dos sujeitos, percebemos os fenômenos ônticos – como tudo é percebido, entendido - e os aspectos ontológicos que dão sentido ao ser, o modo de ser da presença; ontologia refere-se ao estudo do ser enquanto ser e a história do ser rege toda a condição e situação humana (HEIDEGGER, 1999; STEIN, 1988).

6.2- O SABER-FAZER DO AGENTE COMUNITÁRIO

O saber-fazer refere-se a habilidades e técnicas do Agente. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) comenta que é preciso ficar atento a quatro verbos importantes no trabalho do Agente que refletem a maioria das ações contidas nos instrumentos utilizados:

Identificar- a primeira ação é identificar os problemas de saúde das famílias, incluindo os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que estão afetando a saúde da comunidade. Para essa atividade, é preciso ouvir e reconhecer fatores de risco e sinais de alerta de determinadas doenças.

Encaminhar- uma vez identificadas as condições que necessitam de intervenção, é preciso encaminhar, que significa conduzir, enviar para a unidade de saúde, realizando uma ligação comunidade/equipe para atingir esse objetivo com eficiência.

Orientar- constitui a ação realizada diariamente, sendo a pedra angular do cuidar prestado à comunidade e estimular a vivência da cidadania.

Acompanhar- significa assistir e cuidar das pessoas e famílias que estão em situação de risco, como gestantes, crianças, adolescentes, hipertensos, diabéticos; representando uma ação muito gratificante por meio dos resultados alcançados visualizados pela melhoria da qualidade de vida e das condições de saúde.

Além dos quatro verbos que constituem o alicerce do trabalho, existem outros verbos fundamentais no trabalho, que podem ser agrupados em:

- Comunicação - ouvir, conversar, observar.
- Cuidado - cuidar, notificar, ajudar, atender, estimular o autocuidado, co-responsabilidade pela saúde.
- Mobilização comunitária - estimular, convencer, mobilizar, convocar, convidar, reunir.

- Ação/Reflexão - agir, defender, reagir, refletir.

Na implementação do saber-fazer nas atividades cotidianas do Agente, que resulta no conhecimento da área e avaliação da saúde, são utilizadas ferramentas que representam instrumentos que norteiam o trabalho diário, facilitando o conhecimento das pessoas e famílias adscritas, como a visita domiciliar, cadastramento das famílias, mapeamento, atividades educativas que proporcionam o diagnóstico comunitário (BRASIL, 2000).

É importante ressaltar que, durante o processo de execução das ações, o Agente enfrenta resistências tanto dos profissionais quanto da comunidade, limitando a vivência do seu papel de mobilizador. Com relação ao âmbito dos profissionais, existe a hierarquização do saber associada às relações de poder dentro da equipe e, quanto à comunidade, existe o conflito do saber popular e o saber científico/biomédico; levando o Agente a ser um estrangeiro nos dois mundos, passando a não pertencer a nenhum deles (SILVA et al, 2008).

Cabe destacar que, nesse fazer cotidiano, os ACS acabam por suportar uma carga excessiva de atividades, responsabilidades aliada ao fato de ser o depositário de expectativas do gestor e da população assistida. Tais expectativas, quando não são atendidas, passam a ser fonte de insatisfação e desmotivação tanto para o profissional quanto para o gestor e, especialmente, para a população (NOGUEIRA, 2002).

6.3- CONHECIMENTO DA ÁREA / AVALIANDO A SAUDE

6.3.1- VISITA DOMICILIAR - INSTRUMENTO DE APROXIMAÇÃO E CONHECIMENTO

A Visita Domiciliar é um instrumento de aproximação com a população adscrita e facilitador da identificação das necessidades, objetivando a busca da excelência do cuidado em saúde; é uma atribuição comum a todos os profissionais da equipe, com maior valor para o Agente Comunitário, que tem como uma das atribuições específicas o acompanhamento mensal de todas as famílias e indivíduos cadastrados na sua microárea por meio de visita domiciliar. Quando necessárias, as visitas podem ser repetidas de acordo com a existência de situações determinantes e/ou quando a equipe considerar necessário (BRASIL, 2006b; BRASIL,1997).

Isso posto, a visita domiciliar possibilita ao profissional conhecer a realidade de vida e saúde do usuário e das famílias sob sua responsabilidade, com vistas a identificar as condições sociais, epidemiológicas, condições de saúde, relações intrafamiliares, subsidiando o planejamento da assistência, pois permite conhecer os recursos familiares disponíveis no fazer saúde individual e coletivamente (TAKAHASHI e OLIVEIRA, 2001).

A família passa a ser a unidade central da prática dos Agentes e o domicílio é compreendido como o local privilegiado de reconhecimento e desenvolvimento de ações à saúde da família, já que permite perceber as relações sociais e a dinâmica familiar, bem como os aspectos religiosos e culturais que favorecem ou dificultam o processo de adoecer e morrer (MANDÚ et al., 2008).

Dentre as atividades realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde, a mais importante é a Visita Domiciliar, pois favorece a integração Agente-comunidade, garantindo a manutenção da saúde, ação essencial da equipe de saúde. Dessa maneira, as visitas podem ser programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas conforme a identificação de situações de risco ou critérios epidemiológicos (BRASIL, 1997a; BRASIL, 1998).

No desenvolvimento da visita, o Agente utiliza tecnologias (conjunto de saberes e competências aplicadas a determinada atividade) chamadas de leves que se referem às relações interpessoais, permitindo e potencializando a organização do trabalho centrado na produção de compromisso por meio da interação, escuta e do olhar que se referem a um jeito ou atitude própria do profissional e também utiliza a tecnologia leve-dura, em que a parte dura é representada pela técnica e parte leve significa o modo próprio que cada trabalhador utiliza ao aplicar a técnica (BRASIL, 2005c).

O acompanhamento das famílias através da visita domiciliar tem por objetivos (BRASIL, 2000; BRASIL, 1997a; BRASIL, 1998):

- Acompanhar e monitorar a situação de saúde das famílias.
- Conhecer os principais problemas de saúde das pessoas.
- Conhecer as condições socioeconômicas, os hábitos, as crenças, os costumes, os valores.
- Estimular o cuidado em saúde.
- Identificar as famílias que precisam de um acompanhamento mais próximo e mais freqüente.
- Estimular as ações promocionais e preventivas e orientar a utilização correta de medicamentos.

O documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) sugere algumas situações, em que se faz necessária a repetição da visita pelo Agente:

- Recém-nascido com baixo peso ao nascer (menos de dois quilos e meio).
- Criança desnutrida.
- Recém-nascido que não está sendo amamentado.
- Criança com doenças graves.

- Criança com vacinação atrasada.
- Gestantes com problemas de saúde.
- Outras pessoas com problemas de saúde.
- Comunicantes de doenças transmissíveis.
- Famílias isoladas por barreiras geográficas, culturais.
- Visita puerperal na primeira semana de vida da criança.

A visita é uma forma de entrada consentida na intimidade do outro e da sua família e, para essa finalidade, a presença do profissional e o registro dos dados devem ser autorizados e, para melhorar o aproveitamento e aumentar a efetividade das ações e a realização da visita domiciliar, deve seguir alguns passos - planejamento, execução, registro de dados e avaliação (AMARO, 2003).

O documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) direciona essa atividade com algumas sugestões de metodologia:

- Ao chegar ao domicílio, solicitar permissão para entrar e se pode ser recebido naquele momento - Dá licença! Posso entrar?; perguntar o nome da pessoa que atendeu ou chamá-la pelo nome caso já conheça, demonstrando uma forma de interesse.
- Informar aos moradores o motivo da visita – cadastramento ou acompanhamento – e a importância.
- No caso de cadastramento, é importante uma apresentação inicial: diga seu nome, qual o seu trabalho, a importância que ele tem, o motivo da sua visita.
- Escolha um bom horário e defina o tempo de duração da visita, tendo sensibilidade para identificar se as pessoas querem ou não conversar mais um pouquinho.
- Valorize os costumes, as crenças, o modo de ser, os problemas e sentimentos dos membros da família, conquistando a confiança e respeito.

- Todas as informações que lhe são repassadas são confidenciais e devem ser mantidas em sigilo, por questões éticas.
- Explique o motivo das perguntas, a importância e para que elas vão servir.
- A entrevista é uma oportunidade para ensinar, aprender e levar as pessoas a pensarem em novas maneiras de cuidar de sua saúde.
- Verifique se conseguiu as informações necessárias, vendo o que deu certo na visita, para poder corrigir as falhas. Isso é importante para planejar as próximas visitas.

Durante a realização das visitas, aspectos como atenção dedicada aos membros da família, a conversa, o direito de ser ouvido, respeito e o comprometimento profissional com ações humanizadas são valorizados, gerando bem-estar (MANDÚ et al., 2008).

Alguns aspectos durante a realização das visitas devem ser considerados, como: (1) a duração da visita, que representa o tempo cronológico e também o tempo emocional, considerando as tecnologias produtoras de relações de interação, intercessão, respeito e confiança com as famílias traduzidas pelo acolhimento; (2) formação de vínculo e autonomia com responsabilidade; e (3) evitar que o tempo cronológico interfira no tempo emocional (SAKATA, 2007).

Corroborando com as prescrições do Ministério da Saúde, Takahashi e Oliveira (2001) descrevem que a técnica de visita domiciliar é formada por etapas:

- Planejamento

Inicia-se com processo de seleção segundo critérios definidos – visita de acompanhamento das famílias ou retorno; a seguir estabelecer o trajeto e o tempo gasto nele, determinar a duração da visita de acordo com o objetivo da visita;

- Execução

Durante a realização da visita, o Agente deve identificar-se, falar sobre o objetivo da visita, ser cortês, evitando condutas extremistas – formalidade e intimidade; a seguir estabelecer o diálogo com os membros, observar a dinâmica familiar, realizar orientação e encaminhamento.

- Registro de dados

Explicar o motivo e a importância da anotação, destacando a questão ética com a garantia do sigilo; realizar anotação.

- Avaliação do processo

O processo avaliativo é fundamental para o planejamento da assistência à família visitada.

Para a implementação desse instrumento, o Agente deve ter a capacidade de autodisciplina para a observação, a habilidade para a entrevista e ética para a escuta da história da família (AMARO, 2003).

Marasquin et al. (2004) comentam que a visita domiciliar apresenta algumas vantagens e desvantagens. Dentre as vantagens, pode-se mencionar a presença do profissional na residência, proporcionando um processo de educação em saúde ao grupo familiar; o conhecimento da realidade domiciliar; melhor relacionamento família-profissional devido ao fato de ser sigiloso e menos formal; o favorecimento da liberdade para expor os mais variados problemas. As desvantagens apontadas são as dificuldades de acesso; a limitação dos encontros devido ao horário de trabalho e os afazeres domésticos que podem impossibilitar ou dificultar a sua realização; a falta de um tempo maior para o atendimento, seja pela locomoção ou pela execução da visita.

Outro aspecto que merece ser destaque são as repercussões do contato permanente e intenso que o Agente estabelece com as famílias, as pessoas e suas demandas de apoio e de suporte aliado ao contato direto com o sofrimento, emoções,

sentimento e conflitos, pois cuidar implica envolver-se e identificar-se com o outro, o que resulta em vulnerabilidade dos Agentes às doenças; além da vivência cotidiana de fatores estressantes, frustrações e sentimento de impotência diante da realidade que gera doenças, em especial as manifestadas psicologicamente (CAMPOS, 2005).

Nessa vertente, Reis et al. (2007) afirmam que a visita domiciliar favorece o estabelecimento de vínculo/responsabilização com os usuários em busca da autonomia na produção de cuidados. Entretanto, esse vínculo e o contato intenso com a realidade das famílias e o sofrimento vivenciado pelas mesmas pode levar esses trabalhadores a se afastarem dos usuários na tentativa de se defender das dores, sofrimentos e angústias, uma vez que as famílias depositam as suas esperanças e anseios na equipe, que, na maioria das vezes, encontra-se em situação de impotência diante de demanda social, transitando entre dois extremos: o de que pode curar tudo e o de que não pode fazer mais nada.

A criação de vínculo que o Agente favorece é fruto de uma construção social e permite que a experiência do cuidado seja uma prática do cotidiano com a co-responsabilização do sujeito, promovendo uma atenção baseada no acolhimento, pois o Agente traduz para a equipe, por meio da visita domiciliar, a realidade da comunidade e seus modos de vida, extrapolando a mera questão da doença. Também realiza o caminho inverso, traduz para a comunidade o funcionamento e os serviços prestados pela equipe, desempenhando, dessa forma, o relevante papel de intérprete de símbolos culturais, como a interpretação técnico-científico-biomédica (SILVA et al., 2008).

6.3.2- CADASTRAMENTO DAS FAMÍLIAS

O cadastramento das famílias, realizado durante as visitas domiciliares, fornece dados sobre os membros familiares e suas morbidades referidas, condições de moradia, saneamento, utilização dos meios de comunicação, transporte, serviço de saúde e relações comunitárias, proporcionando o levantamento das condições de saúde da comunidade, que é chamado de diagnóstico comunitário/local. Isso tem como ganho secundário a oportunidade de conhecer cada recanto e cada morador, iniciando, assim, a formação do vínculo do Agente com essas famílias adscritas. Esses dados levantados junto às famílias fornecem informações importantes para organizar e planejar as ações de saúde (BRASIL,1997a; BRASIL,1998).

Durante o cadastramento, é preenchida a Ficha A, que permite a coleta de dados sobre faixa etária, sexo, número de indivíduos em cada residência, condição de saúde de cada morador. O cadastro da família e/ou indivíduo é realizado quando a família/pessoa chega à comunidade, e perde seu cadastro quando muda desse local, constituindo um movimento chamado migração. Essas informações permitem à equipe conhecer o perfil demográfico por faixa etária e sexo, perfil sócio-econômico, condições de vida, morbidade da população, número de nascimentos, mortes e internações, subsidiando o planejamento das ações de saúde (BRASIL, 2000; BRASIL, 2003a).

A atualização dos dados dessa ficha como nascimento, mortes, gestação, condições de moradia e condições sanitárias, mudanças de ocupação, etc., devem ser realizadas sempre que tiver a ocorrência das mesmas (BRASIL, 2003a).

O Agente Comunitário cadastra todas as famílias por meio do preenchimento da **Ficha A**, a seguir essas informações são consolidadas compondo o Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB e o Sistema de Informação do Programa de

Agentes Comunitários de Saúde – SIPACS, juntamente com a utilização de outras fichas **Ficha B** - Acompanhamento domiciliar dos grupos prioritários para monitoramento; **Ficha C** - Cartão da Criança; **Ficha D** - registro das atividades, procedimentos e notificação (BRASIL, 2003a; BRASIL, 2000).

6.4- FERRAMENTAS DO FAZER DO AGENTE - INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

As informações colhidas pelos Agentes Comunitários através de fichas de cadastramento e acompanhamento geram relatórios de consolidação dos dados que possibilitam o controle e avaliação das ações e serviços por meio de um abrangente Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB - idealizado para agregar e para processar essas informações sobre a população visitada de forma confiável para programar e reprogramar ações locais, adequando-as à realidade local com vista à melhoria da qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2003a; BRASIL, 2002a).

Esse sistema de informação é formado por fichas de acompanhamento preenchidas pelos Agentes Comunitários de saúde durante as visitas domiciliares e também registro de atividades e notificações preenchidas por todos os profissionais da equipe, todos os dias, o que gera as fichas de consolidação dos dados e relatórios de acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2003a; BRASIL, 2000). As fichas de instrumentos de *coleta de dados* preenchidas pelo Agente são:

- Cadastramento das famílias - **Ficha A**.
- Acompanhamento domiciliar dos grupos - **Ficha B**.
 - acompanhamento de gestantes - **Ficha B-GES**;
 - acompanhamento de hipertensos - **Ficha B-HA**;

- acompanhamento de diabéticos - **Ficha B-DIA**;
- acompanhamento de pacientes com tuberculose - **Ficha B-TB**;
- acompanhamento de pacientes com hanseníase - **Ficha B-HAN**;
- Acompanhamento de crianças - **Ficha C** (Cartão da Criança).
- Registro de atividades, procedimentos e notificações - **Ficha D**.

FICHA B- FICHAS PARA ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR

As fichas do grupo B (B-GES, B-HA, B-DIA, B-TB e B-HAN) são utilizadas para o acompanhamento domiciliar dos grupos prioritários para monitoramento que necessitam de atenção especial, pois são passíveis de ações preventivas e assistenciais, evitando, dessa forma, complicações. O Agente deve mensalmente acompanhar e atualizar os dados destas fichas, que devem ser revistas periodicamente pela equipe; e sempre que o Agente cadastrar um caso novo deve discutir com os demais membros da equipe o acompanhamento do mesmo (BRASIL, 2003a; BRASIL, 2000).

FICHA C- FICHA PARA ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA

A Ficha C é representada pela cópia do Cartão da Criança que se encontra na posse da família, sendo o instrumento utilizado para o acompanhamento da criança menor de cinco anos, servindo de base para o planejamento das ações em saúde da criança (BRASIL, 2000; BRASIL, 2003a).

FICHA D- FICHA PARA REGISTRO DE ATIVIDADES, PROCEDIMENTOS E NOTIFICAÇÕES

A ficha D é utilizada por todos os profissionais da equipe de saúde para o registro diário das atividades e procedimentos realizados, além da notificação de algumas doenças ou condições que são objetos de acompanhamento sistemático (BRASIL, 2000; BRASIL, 2003a).

6.5- DIAGNÓSTICO DE SAÚDE E DA COMUNIDADE

O diagnóstico de saúde com a análise situacional da comunidade constitui-se a primeira etapa do planejamento e deve envolver toda a comunidade em parceria com a equipe de saúde dentro de uma abordagem intersetorial, considerando que a saúde deve ser concebida como qualidade de vida com vários fatores condicionantes e determinantes, tais como saneamento, educação, moradia, emprego, abastecimento de água, lazer, dentre outros (BRASIL, 2000). A abordagem intersetorial corresponde à ruptura das barreiras de comunicação que dificultam o diálogo entre os setores e deve buscar uma unidade de fazer comum e de agir compartilhado que está associado à vinculação, reciprocidade e complementaridade na ação (MENDES, 1999).

O diagnóstico deve ser realizado em parceria com a comunidade, buscando um planejamento participativo num processo coletivo de identificação, seleção, priorização e análise dos problemas, recursos e necessidades. O Agente Comunitário de Saúde é um informante-chave desse processo, pois, além de ser da própria comunidade, conhecedor da realidade local, ele também realiza o cadastramento das famílias, mapeamento da área e estabelece o diálogo com a comunidade assistida, iniciando o planejamento das

ações concebidas de maneira conjunta equipe-comunidade, favorecendo o envolvimento mútuo (BRASIL, 2000).

Trata-se do processo de conhecimento da comunidade adscrita da equipe de saúde, compreendendo algumas ações, como o processo de territorialização, com o conhecimento do território-solo e do território-processo; o cadastramento das famílias com o preenchimento da Ficha A pelo Agente; o levantamento de problemas da comunidade; a classificação das famílias por grau de risco sanitário; e o perfil epidemiológico da população (MINAS GERAIS, 2007).

Esse diagnóstico de saúde e da comunidade proporciona vários dados indispensáveis para o conhecimento da área de abrangência, como o demográfico, socioeconômico, características da comunidade, situação de saúde e sistema de saúde, que subsidiarão as ações de saúde com a identificação de áreas de risco e situações de risco (BRASIL, 2000).

As áreas de risco são locais que possuem situações de risco, indicadores de saúde desfavoráveis e/ou barreiras geográficas ou culturais que dificultam ou impedem o acesso e a acessibilidade aos serviços de saúde. Esse enfoque de risco leva ao estabelecimento do princípio da equidade, com o tratamento desigual aos desiguais, atenção maior para quem tem o risco maior de adoecer e morrer ou que estão sujeitos a situações de maior risco, favorecendo o destino maior de recursos para onde há mais problemas. Risco, nesse contexto, deve ser entendido como a probabilidade de alguém ou grupo populacional sofrer um dano em sua saúde (BRASIL, 2000a; MENDES, 1992).

O diagnóstico deve ser realizado em parceria com a comunidade, identificando a real situação e os problemas a serem enfrentados de forma coletiva, pois esse momento representa a essência do planejamento ascendente, que tem início a nível local - equipe/comunidade - até o nível central - secretaria de saúde (BRASIL, 2000).

O documento de trabalho do Agente Comunitário (BRASIL, 2000) menciona as etapas que devem ser realizadas durante o diagnóstico comunitário:

1. Definição dos objetivos – o que se procura conhecer;
2. Estabelecimento das informações ou dados a serem conhecidos, a exemplo das características da comunidade, organização administrativa, perfil sociodemográfico, recursos sociais, sistema sanitário;
3. Identificação das fontes de dados – fonte primária e/ou secundária, informantes chaves, escolha dos métodos e das técnicas e, se necessário, elaboração de instrumentos de coleta de dados;
4. Coleta de dados;
5. Análise e interpretação dos dados coletados, identificação dos problemas, necessidades, recursos necessários para o enfrentamento, e áreas e/ou grupos de risco;
6. Estabelecimento das prioridades com critérios definidos com a comunidade;
7. Documentação dos problemas prioritários com análise de causa e consequência, facilitando o enfrentamento.

Essas atividades requerem conhecimento, decisão, integração entre os membros e a comunidade com atualização permanente.

6.5.1- TERRITORIALIZAÇÃO - MAPEAMENTO DA COMUNIDADE

A Estratégia Saúde da Família fundamenta suas atividades na territorialidade por meio do conhecimento e da apropriação do território-solo, que pode ser representada através de um mapa da área de abrangência com o desenho dos lugares, como as ruas, casas, pontos comerciais, igrejas, barreiras geográficas, escolas, lixões, serviços de saúde e, especialmente, as microáreas de risco (BRASIL, 2000).

O território-solo é compreendido como espaço físico definido por critérios geográficos e políticos, com uma visão estática que não acompanha as mudanças contínuas do território, superfície fixa (MENDES, 1992; MENDES, 1993; MINAS GERAIS, 2007).

O mapeamento da área do Agente Comunitário proporciona o conhecimento da área física, as características socioeconômicas e sanitárias, recursos sociais, barreiras geográficas de acesso à unidade de saúde, identificação das áreas que precisam de mais atenção, subsidiando o planejamento das ações do próprio Agente e de toda a equipe (BRASIL, 2000).

O Manual dos Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2000) menciona alguns cuidados na confecção dos mapas, como manter a noção de distância, reproduzindo no mapa, de forma reduzida, o que existe na comunidade, devendo ocupar no desenho o espaço daquilo que representa e também a noção de direção, com a localização adequada dos pontos cardeais.

O Agente Comunitário deve levar em consideração também o conceito de território-processo que representa mais que uma superfície geográfica, é um território pulsante de vidas, conflitos e interesses que estão em constante construção e reconstrução, acompanhando a dinâmica social, representando um território econômico, político, cultural e sanitário onde ocorre o cruzamento dos usuários com os sujeitos das práticas de saúde (MENDES, 1992; MENDES, 1993; MINAS GERAIS, 2007; PEDROSA; PEREIRA, 2007).

O processo de territorialização resulta na apropriação do território e caracterização da comunidade e de suas necessidades, criando uma relação de responsabilidade em que os atores sociais se transformam em autores do processo numa lógica voltada à saúde, possibilitando a definição da área de abrangência, a divisão da região em áreas menores, conhecimento da realidade, subsidiando o planejamento ascendente e

participativo e em que emergem as preocupações da população que se transformam em proposições (MENDES, 1992; MENDES, 1999; MINAS GERAIS, 2007; PEDROSA; PEREIRA, 2007).

Essa apropriação do território resulta no processo de gestão participativa, com o compartilhamento do poder e da responsabilidade pelo enfrentamento das necessidades de saúde e dos seus determinantes e condicionantes, desencadeando a mobilização social e a consolidação de espaços de interlocução em busca da resignificação do direito à saúde, favorecendo o planejamento participativo (PEDROSA; PEREIRA, 2007).

6.6- PLANEJAMENTO LOCAL

A realidade social é dinâmica e está, permanentemente, em mudança e é conformada por diferentes atores sociais que, de acordo a sua inserção e posição social, enxergam e percebem a realidade de diferentes formas, bem como possuem distintos projetos de vida (MATUS, 1997).

Todos nós somos responsáveis por mover ou arrastar a realidade para onde queremos, mas, ao mesmo tempo, somos inconscientemente arrastados na direção que não desejamos, tornando condutores conduzidos. Dessa forma, a única maneira de tentar submeter o curso dos acontecimentos à vontade humana e tratarmos de ser condutores de nosso próprio futuro é por meio do Planejamento (MATUS, 1997).

O planejamento é uma ferramenta das lutas permanentes que o homem trava desde o início da humanidade para conquistar graus crescentes de liberdade, pois, a partir do momento em que transformamos variantes em opções, passamos a decidir e conduzir o nosso futuro, já que quando o homem não conhecia o fogo, não tinha liberdade de escolher entre o frio e o calor, quando o descobre pode optar. Negar o planejamento é

negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for, abdicando da principal liberdade humana que é tentar decidir para onde queremos chegar e como lutar por nossos objetivos, uma vez que o futuro, para acontecer, não depende de ninguém, ele se constrói dia a dia incessantemente (MATUS, 1997).

Planejar é tentar submeter à nossa vontade o curso encadeado dos acontecimentos cotidianos e esse processo depende do conhecimento da situação atual para ser definido a que se pretende chegar. Dessa forma, o diagnóstico local constitui-se a etapa precursora realizada continuamente e de maneira dinâmica em parceria com a comunidade, pois as atividades da equipe devem refletir as reais necessidades de saúde (BRASIL, 2000a; BRASIL, 1997; OLIVEIRA, 1999; MATUS, 1997).

O planejamento deve ser permanente e participativo, tendo como pressuposto fundamental o fato de que quem realiza o planejamento deve estar imerso na realidade sobre a qual se planeja, ou seja, deve estar contextualizado e relacionado com os outros atores. As pessoas implementam melhor as ações quando conhecem as razões e esse fato ocorre quando participam de sua elaboração (BRASIL, 1997; OLIVEIRA, 1999).

O processo de planejar requer um modo de pensar que envolve indagações; e indagações envolvem questionamentos sobre o que fazer, como, quando, quanto, para quem, por que, por quem e onde, sendo que a sua maior riqueza está no processo e não no fim. Assim, deve ser concebido de forma integral e direcionado aos problemas identificados no processo de territorialização e passíveis de resolução da equipe com o intuito de melhorar as condições de saúde e qualidade de vida (BRASIL, 1997; MATUS, 1997; OLIVEIRA, 1999).

Nesse sentido, é preciso que esse enfoque de planejamento contribua para a construção cotidiana do futuro, transformando-se num instrumento capaz de ajudar a mudar uma situação. Um planejamento que não se reduza à produção de planos e

programas enquanto apenas documentos, mas um planejamento estratégico, que se constitua num processo que oriente e possa desencadear a mudança, envolvendo o pessoal do serviço e a população, para que se tenha uma chance de influir na realidade (MATUS, 1997).

Vale salientar que o planejamento é assumido como processo contínuo que necessita de fluxos constantes de informações, análise, cálculo técnico e político para apoiar nas decisões, no processo de intervenção. Além disso, deve ter um caráter duplo, isto é, abranger desde a preparação dos planos até o acompanhamento e avaliação das ações, necessitando de uma revisão contínua de objetivos, prioridades e ações (MATUS, 1997).

O planejamento tem como projeto de intervenção os problemas de saúde de uma dada população, considerando a posição dos distintos sujeitos na delimitação, definição e exploração dos problemas, cujo resultado será decorrente do processo de negociação e/ou confronto entre os distintos modos de entender o processo saúde-doença em sua dinâmica social e histórica (MATUS, 1997; BRASIL, 2000a).

Mendes (1999) e Matus (1997) conceituam problema como a discrepância entre a realidade constatada e uma realidade objetiva, representando uma divergência entre o pode ser do deve ser, levando a um incômodo. Em consequência, o problema de saúde é entendido como a representação dos atores de necessidades de saúde derivadas das condições de vida percebidas no confronto da realidade com a meta proposta.

Por outro lado, o planejamento estratégico elege instrumentos flexíveis, criativos, que possam dar conta do dinamismo e das frequentes transformações da realidade implicando num processo descentralizado de planejamento, na medida em que o planejamento não se constitui num ato separado da ação, devendo envolver todos os atores em situação, inclusive a população alvo (BRASIL, 1997).

6.7- PROGRAMAÇÃO DAS ATIVIDADES

As informações obtidas durante o processo de territorialização, diagnóstico e planejamento subsidiam a programação das atividades, direcionando o plano de trabalho da equipe, possibilitando a otimização dos recursos e de tempo, servindo de guia para o processo contínuo de avaliação da equipe, considerando sempre a dinamicidade da comunidade cuja programação deve acompanhar esse dinamismo (BRASIL, 2000a).

O documento do Ministério da Saúde intitulado Cadernos de Atenção Básica (BRASIL, 2000a) aborda que a programação deve conter:

- os problemas prioritizados, já tendo sido identificados no momento do diagnóstico local;
- os objetivos a serem atingidos, de acordo com as necessidades da população e as possibilidades da equipe;
- as atividades a serem realizadas e o detalhamento de sua realização;
- as metas a serem atingidas, que representam os objetivos quantificados;
- os recursos necessários para a realização das atividades;
- o tempo que será despendido com tais atividades, de acordo com um cronograma de trabalho e os resultados esperados.

6.8- AÇÕES EDUCATIVAS

A ação educativa é a mola mestra do trabalho do Agente, pois proporciona um momento de troca de informações e o compartilhamento de saberes profissional-comunidade, proporcionando um processo de aprender e ensinar e favorecendo a criação de vínculos entre assistência à saúde e o pensar e o fazer da comunidade (BRASIL, 2000a; VASCONCELOS, 2007).

Esse compartilhamento de saberes deve pautar-se no saber-ignorância em que não há saber nem ignorância absoluta, e sim um processo de relatividade, Freire (1983, p.29) afirma que

Por isso, não podemos nos colocar na posição do ser superior que ensina um grupo de ignorantes, mas sim na posição humilde daquele que comunica um saber relativo a outros que possuem outro saber relativo. (É preciso saber reconhecer quando os educandos sabem mais e fazer com que eles também saibam com humildade).

Nessa vertente, as práticas educativas vivenciadas pela equipe dizem respeito à própria essência da palavra vivenciada que deriva de vivenciar, que ocorre no coletivo, pois não há vivência apenas no âmbito individual, dessa maneira as práticas educativas são realizadas em grupo, devendo ser concebidas, gestadas e desenvolvidas em parceria.

Esse processo de trocas interpessoais, com o intuito de promover saúde, ocorre tanto nas atividades formais como em reuniões educativas e visitas domiciliares quando no contato cotidiano e nos eventos sociais, já que o diálogo é o instrumento utilizado para estreitar os laços de comunicação profissional-comunidade, proporcionando a criação de vínculo e a explicitação e a compreensão do saber, seja popular ou científico, fundamentando, assim, a Educação em Saúde, que objetiva superar o fosso entre esses saberes (VASCONCELOS, 2001; VASCONCELOS, 1999).

A Educação em Saúde representa o campo de interlocução do saber científico dos serviços de saúde e o saber popular do pensar e fazer cotidiano da população, constituindo-se num processo pedagógico em que os homens, de forma participativa, fomentam formas coletivas de aprendizagem, em que os mesmos tornam-se atores, saindo da passividade, contribuindo para uma ação educativa contextualizada em que a

comunidade passa a ser o sujeito de sua própria história (VASCONCELOS, 1999; VASCONCELOS, 2001).

A educação não deve ser compreendida como mero elemento da Atenção Primária à Saúde, e sim como sólida base para que as pessoas e comunidade assumam o controle sobre sua saúde e suas vidas (VASCONCELOS, 1999).

A valorização do saber e dos valores da comunidade permite um processo ativo de problematização, em uma discussão aberta sobre os problemas cotidianos em busca de soluções; deixando de ser meramente uma atividade a mais no serviço de saúde, passando a ser uma ação orientadora das práticas executadas em consonância com a vida dos membros população, em que os mesmos deixem de ser atores subalternos e explorados para serem sujeitos ativos (VASCONCELOS, 2007).

A célebre frase de Freire (1987, p 68) *Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo* representa a essência da educação em saúde, que não se faz de A para B ou de A sobre B, mas de A com B, sempre relacionada ao contexto e fundamentada na educação problematizadora que se faz num esforço permanente através do qual os homens vão percebendo, criticamente, como estão sendo no mundo, com que e em que se acham (FREIRE, 1987).

Pode-se perceber que o processo educativo não se resume meramente à transferência de conhecimento, mas a um processo criativo de possibilidades para a produção e criação de saberes, uma vez que a educação em saúde se faz de forma simbiótica, pois quem ensina acaba aprendendo ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. As pessoas aprendem em comunhão na vida cotidiana, os homens se encontram enquanto homens no fazer, no falar, no trabalho, na ação-reflexão (FREIRE, 1987; FREIRE, 1996).

O processo de educação em saúde também contribui para a formação de profissionais comprometidos com as questões sociais por meio do engajamento ativo com a comunidade com vistas à construção da autonomia dos indivíduos, das famílias e dos grupos sociais. Para alcançar esse objetivo, são utilizadas ferramentas como a reflexão crítica, o diálogo e a construção compartilhada do conhecimento entre a cultura popular e científica (PEDROSA, 2007).

A educação em saúde representa um conjunto de saberes e práticas formais ou informais que ocorrem no fazer-saúde, funcionando como um instrumento cujo objetivo é a educação, e o objeto de ação é o problema de saúde. Aqui, os indivíduos da comunidade são os principais responsáveis por seu enfrentamento e resolução, mas, para isso, é imprescindível que ocorra a tomada de consciência que deve se iniciar por meio do diálogo em um ato constante de reflexão-ação com autonomia, resultando na mudança do estado de doença para o estado de saúde (VASCONCELOS, 2001).

A tomada de consciência inicia-se com o fato de reconhecermos que somos seres históricos e, portanto, inacabados, e que vivemos em uma realidade dialética que também é igualmente inacabada; a consciência dessa inconclusão nos leva a um permanente movimento de busca em direção ao estar no mundo, estar com o mundo e com os outros (FREIRE, 1987; FREIRE, 1996).

O processo educativo representa um ato de amor, pois só podemos educar quando somos capazes de amar os seres inacabados, pois quem não ama não compreende o outro, não o respeita e não busca a comunicação (FREIRE, 1983).

Freire (1996, p.58) afirma que:

É na inconclusão do ser, que se sabe como tal, que se funda a educação como processo permanente. Mulheres e homens se tornaram educáveis na medida em que se reconheceram inacabados. Não foi a educação que fez mulheres e homens educáveis, mas a consciência de sua inconclusão é que gerou sua educabilidade. É também na inconclusão de que nos

tornamos conscientes e que nos insere no movimento permanente de procura que se alicerça a esperança.

Esse movimento permanente de procura vem de encontro com a capacidade de aprender que significa (re) construir, mudança, muito mais do que repetir a lição dada; essa superação do processo de aprender não se faz no ato de repetição, mas no de produzir e de transformar o pensar em ação e comunicação; esse pensar não se faz pelo outro nem para os outros, nem sem os outros e sim com o povo como sujeito de seu pensar (FREIRE, 1987; FREIRE, 1996; FREIRE, 1983).

O processo de aprender não ocorre de forma bancária em que o educando é um depositário de saber e sim de forma problematizadora através de uma constante captação e compreensão do mundo, uma vez que a realidade é dinâmica; essa captação do mundo é facilitada pelo agente comunitário de saúde que realiza a interligação saber popular saber científico intermediado através das ações educativas (FREIRE, 1987).

O Agente realiza suas ações educativas de forma individual e/ou coletiva em vários espaços, seja no domicílio ou na unidade de saúde. Na forma coletiva, a educação em saúde é chamada de reunião educativa realizada pelo Agente Comunitário com duração mínima de 30 minutos e participação de 10 pessoas no mínimo e tendo como meta disseminar informações de saúde, contribuir para a organização comunitária e ajudar a comunidade a estabelecer estratégias de superação dos problemas comunitários, reconhecendo o saber/poder popular como peça chave para a transformação social (BRASIL, 2003; CARVALHO, 2007).

O compartilhamento do conhecimento científico com o senso comum permite, através de diversos olhares, a aprendizagem por meio da interatividade e cooperação, objetivando a construção da autonomia dos sujeitos envolvidos nas relações de construção do saber (CARVALHO, 2007).

7- TRABALHO EM EQUIPE - FAZER COMPARTILHADO / AÇÕES COLETIVAS

O trabalho em equipe teve início na década de 1970 com a presença de vários profissionais de diferentes formações nas unidades de saúde. Com a criação do Programa Saúde da Família, a equipe multiprofissional deixou de ser um aspecto administrativo e passou a ser o alicerce da efetivação da estratégia de reorganização da atenção básica. A saúde passou a ser compreendida como produção social, necessitando de vários olhares para ver o indivíduo em toda a sua totalidade, que representa a integralidade vista como um conjunto de valores morais e éticos (GOMES et al., 2007). Faz-se necessário, nesse contexto, definir o termo equipe, que, segundo Honorato e Pinheiro (2007, p.87),

No cotidiano de determinado território, a 'equipe' é um conjunto de atores engajados em determinada ação, socialmente constitutiva e constituinte de outras ações. A equipe só existe em função do trabalho, da atividade que realiza. Assim, ela se constitui como o corpo de profissionais envolvidos na realização da tarefa.

Essa equipe deve pautar suas ações no princípio da integralidade, que contempla o conceito de cuidado visto como ação integral e integrada em uma área de comunhão de vários saberes e fazeres de atores diferentes em busca da produção de ações em saúde com a superação da visão cartesiana, fragmentada, da justaposição dos diferentes profissionais e fragmentação do cuidado presente no cotidiano dos serviços de saúde (BONALDI et al., 2007).

O cuidado ao ser humano deve ser revelado em toda a complexidade, pois o homem tem dupla entrada: a entrada biofísica (totalmente biológica) e a entrada psicossociocultural. Essas duas entradas remetem uma à outra, uma vez que estão interligadas, devendo ser compreendidas como um todo, além de necessitar da compreensão de que o conhecimento das partes liga-se ao conhecimento do todo e que o

conhecimento do todo liga-se ao conhecimento das partes, pois os fenômenos referentes ao ser humano são multidimensionais e apresentam-se de forma solidária e conflituosa, necessitando de uma abordagem complexa e completa (MORIN, 2003).

Para garantir o princípio da integralidade, é primordial o estabelecimento do respeito profissional entre os membros, incorporando a contribuição de todos com o estabelecimento de rotinas e evitando dois grandes equívocos: o de que os profissionais devem ser subalternos ao médico e o de confundir o trabalho do Agente Comunitário com o auxiliar de enfermagem (BRASIL, 2000a).

Na construção da integralidade, o Agente encontra-se na posição de elemento integrador de partes – serviço e comunidade – como canal de comunicação, articulando escuta e fala, resultando na construção de um território comum baseado na flexibilização dos saberes e das práticas de saúde que buscam a transformação de relações e atitudes dos sujeitos envolvidos, consolidando o sistema de saúde local (SILVA et al., 2008).

A compreensão e a intervenção no processo saúde-doença necessitam de um trabalho em equipe, uma vez que a realidade é complexa e apenas uma ação interdisciplinar é capaz de enfrentar os problemas contextualizados. Essa ação supõe a possibilidade de um profissional se encontrar na prática do outro e ambos transformando-se para a intervenção dessa realidade complexa, cuja soma compõe a equipe interdisciplinar (ARAUJO; ROCHA, 2007).

A superação do paradigma cartesiano deve basear-se na noção do agir em concerto por meio da orquestração do trabalho em equipe com respeito às individualidades e responsabilidades de cada profissão, reforçando o sentimento de pertencimento à equipe, rompendo as fronteiras do saber especializado e/ou campo de atuação, não restringindo nem se encerrando em nenhum trabalhador específico e sim no

reconhecimento do saber do outro para a realização do trabalho que fundamenta o alicerce de um trabalho em equipe (BONALDI et al., 2007).

Esse agir em concerto leva a uma responsabilidade coletiva e um saber/fazer comum resultando em que:

Desta forma, cada trabalhador é responsável por todas as ações da equipe. A orquestração do trabalho em saúde, ao harmonizar as diferentes práticas, ao produzir o sentimento de pertencimento à equipe e de comprometimento com o outro, ressalta essa dimensão política, a da responsabilidade por todas as ações. (...) Assim, a responsabilidade coletiva afirma um compartilhar, um saber/fazer comum, no qual erros e acertos são processos acionados nos coletivos (BONALDI et al.; 2007, p. 63).

O documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005c) comenta sobre o modo-equipe de trabalhar definido como a forma com que os profissionais se re-arranjam para assistir uma pessoa/família/grupo de forma holística, transformando-se em um tecido de relações entre diferentes saberes, poderes, classes sociais, possibilitando um permanente movimento de construção/desconstrução/reconstrução por meio de momentos de maior interação de trabalho e vida, (des) articulação, (de) ânimo, criação e invenção, (não) saber, confiança, estranhamento, cooperação, visando à finalidade comum: o cuidado.

A responsabilidade coletiva resulta em gestão coletiva com cooperação e confiança, possibilitando a construção de um laço de união, em que a ausência da confiança e a rotatividade dos profissionais resultam em fragmentação do fazer, interferindo na qualidade da assistência, já que trabalhar em equipe requer o gerenciamento de um saber comum que está orientado por valores éticos que alicerçam as escolhas coletivas (BONALDI et al., 2007).

O trabalho em equipe resulta na escuta do outro, com o estabelecimento de um canal de comunicação ativo, fundamentado na inter-relação pessoal de forma intensa que pode ocasionar conflitos que vão estar presentes no dia-a-dia, uma vez que a equipe é

formada por indivíduos que possuem especificidades como gênero, inserção social, visão de mundo, experiências anteriores, motivação, interesses individuais que exercem influências direta ou indiretamente no processo de trabalho. Esse conflito deve favorecer a reflexão sobre o processo de trabalho chamado problematização que permite a troca e o movimento de ideias, compreensão e decisão (ARAUJO; ROCHA, 2007; BRASIL, 2005c). Os membros da equipe devem estar em sintonia entre si, uma vez que desempenham uma função primordial para a população, que é a tarefa de cuidar e escutar o outro, exercendo assim o papel de

(...) servir de depositário das angústias e incertezas, sem tomar para si a vida e a decisão que é do outro (aquele que está sendo cuidado) (...) A equipe pode 'emprestar' seu corpo, constituindo-se como lócus onde os usuários podem colocar suas dúvidas, angústias e dores. Quando faz isso, a equipe pode também ser capaz de absorver essas aflições e de devolvê-las de outro modo: processadas, tal como as mães que recebem dos filhos solicitações e desconfortos, processam e devolvem ao bebê algo diferente, acalento, tolerância, compreensão, respeito ao momento do filho (BRASIL; 2005c, p.99).

Essa escuta do outro aproxima os membros da equipe, tornando-as responsáveis umas pelas outras, pois a escuta está relacionada à compreensão de expectativas e sentidos, das expressões e gestos, captar as mensagens do interlocutor, indo além da mera audição que diz respeito à compreensão apenas de vozes e sons audíveis. Essa escuta favorece o trabalho em equipe, facilitando o fazer cotidiano com as famílias, levando ao estreitamento dos vínculos (REIS et al., 2007).

O fazer em saúde resulta na relação entre os profissionais na busca contínua de novos conhecimentos, levando a interdisciplinaridade - inter-relação e interação entre as disciplinas, ou seja, relação com o outro na busca do novo - que constitui um fator de transformação e liberdade dos profissionais na busca do diálogo, rompendo as barreiras entre os campos de conhecimento e as pessoas (MARTINI; MEIRELLES, 2006).

A diversidade de contextos exige também a diversidade de respostas com a pluralidade de modelos cuja resposta encontra-se no retorno da visão integral, da visão holística que representa a essência da interdisciplinaridade, a qual compreende que

(...) ser interdisciplinar é saber que o universo é um todo, que dele fazemos parte como fazem parte do oceano as suas ondas. Num momento a própria substância oceânica se encrespa, se agita, toma forma e se dilui sem jamais ter-se do seu todo separado ou ter deixado de ser o que sempre foi (FERREIRA; 1999, p.20).

Portanto, podemos compreender interdisciplinaridade como ato de troca, de reciprocidade entre os saberes com a exposição de uma visão de mundo, já que a realidade é complexa, necessitando de vários pontos de vista, uma vez que sempre teremos compreendido uma parte do todo, pois ninguém é portador da verdade absoluta, apenas de forma relativa, necessitando da troca de olhares entre os profissionais através do diálogo (FERREIRA, 1999).

A interdisciplinaridade realiza o encontro dos seres num certo fazer por meio da direcionalidade para compreensão do objeto por meio da comunicação e relacionamento, que deve funcionar como sinfonia em que todos os elementos são fundamentais, sem hierarquia de importância e sim com a integração dos elementos, ultrapassando a fragmentação do homem e a mutilação do ser e do conhecimento (ASSUMPÇÃO, 1999; FERREIRA, 1999a).

A comunicação dentro da equipe de saúde deve acontecer por meio de uma rede dialógica, proporcionando aumento da capacidade de criação e transformação com mais autonomia, sempre em um processo de composição não apenas como reunião de indivíduos, mas como uma política de coletivo, com uma dimensão mais ampla do fazer saúde (BARROS; BARROS, 2007).

A Estratégia Saúde da Família é o caminho para a quebra da divisão do processo de trabalho em busca da responsabilização pela comunidade e humanização das práticas de saúde na superação da equipe como agrupamento de profissionais. Porém, para alcançar esse objetivo, a condição imprescindível é a equipe como integração de trabalhos e articulação em uma nova dimensão, que é a interdisciplinaridade na busca da transdisciplinaridade com o intuito de proporcionar uma relação recíproca de comunicação e interação. Esse novo fazer admite a diversidade de ação, buscando a inter-relação de fazeres profissionais com a passagem de um trabalho apenas individual para uma ação coletiva (ARAUJO; ROCHA, 2007; HONORATO e PINHEIRO, 2007).

A transdisciplinaridade ultrapassa a interdisciplinaridade, já que esta promove a construção de um objeto comum com a contribuição de diferentes disciplinas, formando uma área de interseção, e na transdisciplinaridade ocorre a produção de interferências entre as disciplinas, buscando uma unidade do saber com inter-relação e um efeito de intercessores entre os saberes e os sujeitos no contínuo movimento dialético de construção e reconstrução (HONORATO e PINHEIRO, 2007; ASSUMPÇÃO, 1999).

8- ASPECTOS ETICOS

O trabalho do Agente Comunitário enquanto conjunto de ações de natureza diversa que se articula e se integra entre si, pautando-se nos aspectos éticos; constituídos a base de uma visão crítica da realidade e o norte das ações dos seres humanos.

Diante da importância da ética, faz-se necessário dar significância à palavra ética, que durante a história da humanidade foi (re) formulada por diversos autores.

A palavra ética originou-se do vocábulo grego – *ETHOS*, que, inicialmente, significava assentamento, vida comum, toca do animal ou casa humana, posteriormente

foi acrescido de outros significados como hábito, temperamento, caráter, modo de pensar; passando a ser associado ao significado de Caráter com valores e atitudes, construindo pessoal e socialmente o ambiente humano que deve ser cuidado (GERMANO, 1993; BOFF, 2004).

Rios (2001) afirma que o domínio do *Ethos* é o da moralidade, do estabelecimento de deveres, sendo que o Ethos representa a casa do homem, e o espaço do Ethos é o espaço humano, que é construído e re-construído diariamente de maneira incessante, cujo domínio é o da moralidade, do estabelecimento de deveres e de significação das ações.

Esse espaço humano - Ethos - encontra no cuidado a identificação da essência do ser humano que ordena as relações com os outros e com o mundo por meio de valores, princípios e inspirações (BOFF, 2001; BOFF, 2004).

Dessa maneira, o Ethos passa a compreender a morada do ser, modo de ser, os valores, os costumes e expressar-se nos comportamentos que caracterizam uma cultura, um grupo profissional que se pauta em valores, em que cada sociedade possui ou se compõe por um conjunto de ethos que confere caráter à mesma, definindo os papéis sociais (GELAIN, 1998; RIOS, 2001).

O Ethos, enquanto palavra, deu origem ao adjetivo ético, que passou a designar um grupo de virtudes humanas e a Ética é a ciência que estuda essas virtudes, levando à reflexão acerca do comportamento prático, procurando ver de forma aprofundada os valores, problematizando e dando significância e consistência. Entretanto, a tarefa da ética é traçar um caminho para orientar a conduta dos homens, mas não lhe cabe determinar o comportamento de cada homem, haja vista que o mesmo é um ser ativo, produtor ou criador (GERMANO,1993; RIOS, 2001). Diante disso, Gelain (1998, p. 20) comenta que

O pensamento contemporâneo, sobretudo a reflexão filosófica da existência, tem dado muita importância ao sentido de 'ethos' como 'morada do ser' e à Ética, o sentido de busca da 'morada do ser', busca da 'situação originária', do 'berço ontológico do ser' (conjunto das potencialidades a partir das quais o ser deve crescer e se realizar). Esta visão de Ética resume todo um esforço de situá-la como uma preocupação pela realização das pessoas a partir de suas potencialidades originárias.

As atividades dos trabalhadores da equipe de saúde não são apenas direcionadas pelos saberes, métodos e técnicas provenientes de suas respectivas profissões, mas também por uma imensidão de valores que fundamentam as práticas na direção do conceito de ética. A integralidade representa esse referencial ético de trabalho na construção e transformação da saúde coletiva a partir de um fazer em rede, produzindo o cuidar em saúde, em que o fazer de um inscreve seus atos no fazer do outro, formando uma área de interface (GOMES et al., 2007; LOUZADA, RONALDI E BARROS, 2007).

A ética acaba traçando um caminho que pode orientar a conduta dos homens nas diversas situações; e, na esfera profissional, surge a Bioética com os aspectos relativos à concepção, à qualidade de vida e à morte com ênfase ao uso adequado de tecnologias e da enfrentamento dos dilemas morais, baseando-se suas reflexões em princípios éticos comuns (GELAIN, 1998; FORTES e MARTINS, 2000), como:

- Autonomia - tem amplo significado, incluindo os direitos, a privacidade e as opções individuais com capacidade de escolha livre de restrições externas. A tomada de decisão deve ser livre e esclarecida, sempre fundamentada em informações necessárias para aceitar ou recusar alguma atividade;
- Beneficência - dever de fazer o bem e a promoção de atos de benevolência, como bondade, gentileza; e também a obrigação de não fazer o mal;
- Confidencialidade - relaciona-se ao conceito de privacidade, garantia do sigilo ou segredo das informações que, por sua natureza, deve ser conservado oculto;

- Duplo efeito - justifica moralmente algumas ações que podem produzir efeitos tanto benéficos quanto maléficos;
- Fidelidade - cumprimento das promessas com o dever de ser fiel aos próprios compromissos;
- Justiça - casos semelhantes com tratamento igual;
- Não maleficiência - não infligir o mal, assim como impedi-lo e remove-lo;
- Direito à informação - a informação é a mola mestra do processo decisório;
- Paternalismo - limitação intencional da autonomia de outros indivíduos justificada pelo apelo à beneficência ou bem-estar ou suas necessidades de uma outra pessoa;
- Respeito às pessoas - estende-se além de aceitar a noção ou atitude de que as pessoas têm a opção autônoma de tratarem as outras de modo a possibilitar-lhes fazer escolhas;
- Santidade da vida - a vida compreendida como maior bem;
- Veracidade - a obrigação de dizer a verdade e não mentir ou enganar as outras pessoas.

Fortes e Martins (2000) comentam que o Agente Comunitário, durante o exercício de suas atividades, deve compartilhar com a equipe algumas informações sobre a população acompanhada, necessitando discernir quais dados pode compartilhar e observando com atenção princípios como privacidade e confidencialidade. A privacidade diz respeito à intimidade, vida privada em que os moradores decidem quais informações podem ser compartilhadas ou não e observando sempre o direito da confidencialidade, garantindo a manutenção do segredo de todas as informações colhidas no exercício da profissão.

O cuidar, as interações humanas e os princípios éticos não devem ser negligenciados durante o exercício da profissão; e a ética é apresentada como formadora da consciência individual e coletiva para a obtenção de uma assistência de qualidade.

Para alcançar essa excelência de qualidade, faz-se necessário o estabelecimento de uma relação do ser-com-os-outros e ser-no-mundo pautado em postura ética que deve ser almejada e alcançada. Para atingir essa meta, Malinowski (1976), em DaMatta (1987, p.6), comenta que:

Não podemos chegar à sabedoria final socrática de conhecer-nos a nós mesmos se nunca deixarmos os estreitos limites dos costumes, crenças e preconceitos em que todo homem nasceu. Nada nos pode ensinar melhor lição nesse assunto de máxima importância do que crenças e valores de outro homem do seu próprio ponto de vista. E mais: nunca a humanidade civilizada precisou dessa tolerância mais do que agora, quando o preconceito, a má vontade e o desejo de vingança dividem as nações europeias, quando todos os ideais estimados e reconhecidos como as mais altas conquistas da civilização, da ciência e da religião são lançadas ao vento.

Pode-se perceber que as relações estabelecidas por meio do diálogo e da empatia constituem o caminho que deve ser trilhado por todos os homens, em especial pelo Agente Comunitário de Saúde, que alicerça seu processo de trabalho na comunicação, no cuidado, na mobilização comunitária e na ação/reflexão permeado pela ética e pela bioética (FORTES; SPINETTI, 2004).

CAPITULO III

"Que se pode
fazer de mais
exato, de mais
rigoroso, quando
se estuda o
homem de que

MATERIAIS E MÉTODOS

1- Fundamentação teórico-metodológica

A opção metodológica para análise e compreensão do objeto foi a pesquisa qualitativa, por possibilitar, conforme afirma Triviños (2006), a interpretação minuciosa dos resultados em sua totalidade, buscando a percepção de algum fenômeno no contexto e objetivando captar não apenas a aparência como também a essência que se apresenta.

A pesquisa qualitativa implica considerar o sujeito de estudo: gente em determinada condição e grupo social, com suas crenças, valores e significados. Esse significado deve ser estudado não apenas no âmbito individual, mas também no âmbito coletivo. Assim, essa significação ganha sentido para os que vivenciam e cabe aos pesquisadores qualitativos a tentativa de estudar e dar sentido ou interpretar os fenômenos no aspecto das significações que os indivíduos trazem ao vivenciar (MINAYO, 2006; TURATO, 2005).

Nesse estudo, o interesse volta-se para a significação da vivência do processo de trabalho dos Agentes Comunitários de saúde das Equipes de Saúde da Família da cidade de Montes Claros (MG). Turato (2005, p. 510) comenta que

Primeiramente, o interesse do pesquisador volta-se para a busca do significado das coisas, porque este tem um papel organizador nos seres humanos. O que as “coisas” (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, ideias, sentimentos, assuntos) representam dá molde à vida das pessoas. Num outro nível, os significados que as “coisas” ganham passam também a ser partilhados culturalmente e assim organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos.

Para melhor abrangência do tema e compreensão da significação foi utilizada uma pesquisa de natureza descritiva, com o objetivo de descrever um fenômeno ou situação mediante estudo do contexto social, descrevendo as características do fenômeno estudado (DUARTE; FURTADO, 2002; MARCONI; LAKATOS, 1999).

O estudo descritivo narra com precisão os fatos e os fenômenos de uma realidade, tentando captar não só a aparência como também a essência. Tem como foco principal o desejo de conhecer melhor o objeto que se pretende pesquisar, exigindo, para tanto, uma série de informações que descrevem uma determinada realidade (TRIVIÑOS, 2006). Nesse trabalho, o objeto de estudo é o papel e o perfil do Agente Comunitário de Saúde das Equipes de Saúde da Família da cidade de Montes Claros – MG, considerando as dimensões do saber-ser, do saber-conhecer, do saber-fazer e do saber-conviver, categorias sugeridas pelo documento do Ministério da Saúde “Referencial curricular para curso técnico de Agente Comunitário de Saúde: área profissional.” (BRASIL, 2004).

Segundo Polit e Hungler (1995), para se desenvolver um estudo descritivo, o pesquisador observa e explora aspectos de uma situação; as pesquisas descritivas objetivam, fundamentalmente, o retrato interpretativo das características dos indivíduos, situações ou grupos e a frequência com que ocorrem determinados fenômenos. Corroborando tal perspectiva, Triviños (2006) comenta que a descrição da realidade está imbuída dos significados, que são produtos da visão subjetiva e que tem por base a percepção e interpretação do fenômeno.

A pesquisa qualitativa requer critérios para garantir o rigor na sua realização, contribuindo para o crédito da cientificidade e, para alcançá-lo, são sugeridos alguns critérios, como credibilidade, adequação, verificabilidade e confirmabilidade, que devem estar contemplados para validá-la e conferir credibilidade (PRAÇA; MERIGHI, 2003).

Turato (2005) narra que os métodos qualitativos têm como atributo a força no rigor da validade, uma vez que a observação e a escuta dos sujeitos favorece o conhecimento da essência do objeto em estudo.

Praça Merighi (2003) e Alves-Mazzotti & Gewandsznajder (2002) comentam que credibilidade diz respeito à capacidade de uma interpretação/descrição, ou seja, retratar a experiência das pessoas de tal forma que os sujeitos envolvidos possam reconhecer-se nessas descrições.

O critério de adequação refere-se à capacidade de transferir os achados de um estudo para outro contexto, ou seja, poder ser generalizado. Por conseguinte, a representatividade dos sujeitos, testes e situações podem ser avaliados, representando a validade externa por meio de um grau de generalização dos resultados. Associado a esse critério, existe a verificabilidade em que outro pesquisador pode seguir os passos/procedimentos empregados e encontrar os mesmos achados comparáveis, mas nunca contraditórios (PRAÇA; MERIGHI, 2003).

A confirmabilidade é também um critério de rigor na pesquisa, proposto como alternativa ao conceito de objetividade em que deve manter a neutralidade no processo, evitando emitir opiniões e garantindo que os resultados sejam confirmáveis (PRAÇA; MERIGHI, 2003; ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZNAJDER; 2002).

Minayo (2006) afirma que a garantia da adequação entre realidade e o pensamento sobre a mesma somente é possível com a cientificidade das pesquisas, que devem ser conduzidas por meio de critérios que visem a melhorar a validade e a verificação em pesquisa qualitativa.

DaMatta (1987) afirma que Antropologia Social e as pesquisas qualitativas em qualquer área adotam como ponto de partida no trabalho de campo a posição e o ponto de vista do outro e os estudam através de todos os meios disponíveis, considerando que,

no processo de entendimento de uma forma de vida social diferente, nada deve ser excluído. Assim, faz-se necessário adentrar na realidade dos sujeitos, colocando-se diante dela.

Diante dessa situação supracitada, como garantir a neutralidade científica e o rigor na execução do estudo? DaMatta (1987) afirma que isso é possível por meio da realização de uma dupla tarefa: (1) transformar o estranho no familiar e/ou (2) transformar o familiar no estranho; por meio de um movimento constante de estranhamento e familiarização com vistas ao entendimento do contexto e mediação de conflitos.

Dessa forma, este estudo enquadra-se nessa situação, haja vista que os Agentes Comunitários são familiares ao pesquisador e, com o intuito de garantir o rigor científico, foi realizado um processo de estranhamento, que consiste em questionar o que é familiar, a fim de contextualizá-lo, pois o que é familiar não é necessariamente conhecido (DAMATTA, 1987).

DaMatta (1987, p.162) reafirma e descreve esse processo de familiaridade e estranhamento essencial no trabalho de campo em pesquisa qualitativa,

(...) Quando falo em familiaridade, estou me referindo a essa noção de modo dinâmico, como algo que deve ser transformado e assim transcendido para que a perspectiva do trabalho de campo, a postura antropológica possa aparecer. Não estou dizendo que o familiar possa ser estudado porque o conhecemos bem. Digo apenas que o familiar, para ser percebido antropológicamente, ele tem que ser de algum modo transformado no exótico. (...) Quando falo em familiaridade, utilizo a noção como um modo de conduzir a reflexão para dúvida. No sentido preciso de fazer o leitor se perguntar: mas, Deus meu, tudo que é me é familiar é meu conhecido? Tudo que me é familiar é íntimo? Tudo que me é familiar está realmente próximo de mim? Fazendo a si mesmo tais perguntas, encontrará na sua realidade social respostas diversas, mas, fazendo isso, estará praticando de alguma forma a dúvida antropológica, base do trabalho de campo.

As colocações de DaMatta (1987) orientaram o estudo por meio de uma perspectiva autêntica e pessoal utilizada para o enfrentamento de cada problema,

desenvolvendo um diálogo com as teorias correntes a partir da experiência concreta com o grupo estudado – os agentes comunitários de saúde.

2- Cenário do Estudo

O local selecionado para a realização da pesquisa foram as Equipes de Saúde da Família da cidade de Montes Claros, localizada no Norte de Minas Gerais, que representa um pólo de desenvolvimento regional.

A estratégia saúde da família compõe a rede municipal de saúde do município de Montes Claros que iniciou suas atividades no ano de 1998, nos bairros Village do Lago e Vila Sion, situados, respectivamente, na periferia norte e sul. Em 2007, no início da pesquisa, existiam 48 unidades já implantadas, sendo 43 na zona urbana e 05 na zona rural. Encontrava-se em processo de expansão da estratégia com a cobertura de 46,5%, totalizando uma população de 162.718 pessoas, compreendidas em 42.784 famílias (SIAB, outubro-2007).

2.1- Caracterização do Cenário

2.1.1- Aspecto histórico

Montes Claros teve sua origem no período das Entradas e Bandeiras na expedição chamada “Espinosa-Navarro”, proveniente de Porto Seguro em 1553, desbravada pelos bandeirantes, em especial Antônio Gonçalves Figueira. Esse em 12/04/1707, obteve uma sesmaria, nas cabeceiras do Rio Verde onde construiu a sede de sua fazenda, no Vale do rio Vieira, afastando-se das margens insalubres do Rio Verde Grande. A topografia da região com montes calcáreos, com ausência de nuvens baixas ou cerrações, permitia ao observador avistar ao longe os Montes de pouca vegetação sempre Claros. Por essa peculiaridade, a fazenda ficou conhecida na região como Fazenda Montes Claros. Tal

característica pode ser visualizada na Figura 1, fotografada na Serra da Sapucaia (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2003; IBGE,2008)



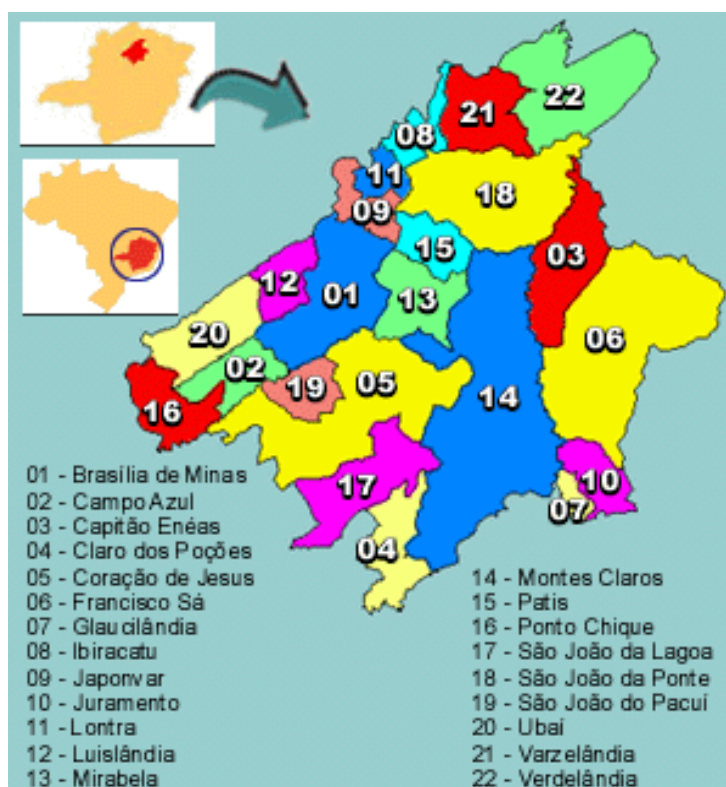
FIGURA 1- FOTO PANORÂMICA DA CIDADE DE MONTES CLAROS- MG.

Fonte: <http://www.skyscrapercity.com/showthread.php?t=374328>

Com a apropriação das terras, surgiram os primeiros núcleos de povoamento, formando, então, o povoado de Formigas, em que foi construída uma capela sob a invocação de Nossa Senhora e São José. Em 13/10/1831, foi elevada à categoria de Vila das Formigas e apenas em 16/10/1832 foi chamada Vila Montes Claros de Formiga. Em 03 de julho de 1857, conquistou sua emancipação político-administrativa e, finalmente, foi denominado de município de Montes Claros (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2003).

2.1.2- Localização

O município de Montes Claros, pólo da área mineira da Agência de Desenvolvimento do Nordeste - ADENE (antiga SUDENE), localizado ao Norte do Estado de Minas Gerais, na bacia do Alto Médio São Francisco, possui uma área de 3582 Km², limitando-se com os municípios de São João da Ponte e Mirabela (Norte); Juramento, Glauvilândia, Bocaiúva e Claros dos Poções (Sul); Francisco Sá e Capitão Enéas (Leste); e Coração de Jesus (Oeste); como pode ser visualizado na Figura 2 (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2003). O município liga-se ao Nordeste através do acesso à rodovia BR 116 (Rio Bahia); pela BR 365 para Brasília – DF; BR 135, que fornece o acesso a Belo Horizonte e Rio de Janeiro. Montes Claros representa o segundo entroncamento rodoviário do país (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS,



2003).

FIGURA 2 - MICRORREGIÃO DE MONTES CLAROS

Fonte: www.webcarta.net/carta/mapa.php?id=6547&lg=pt

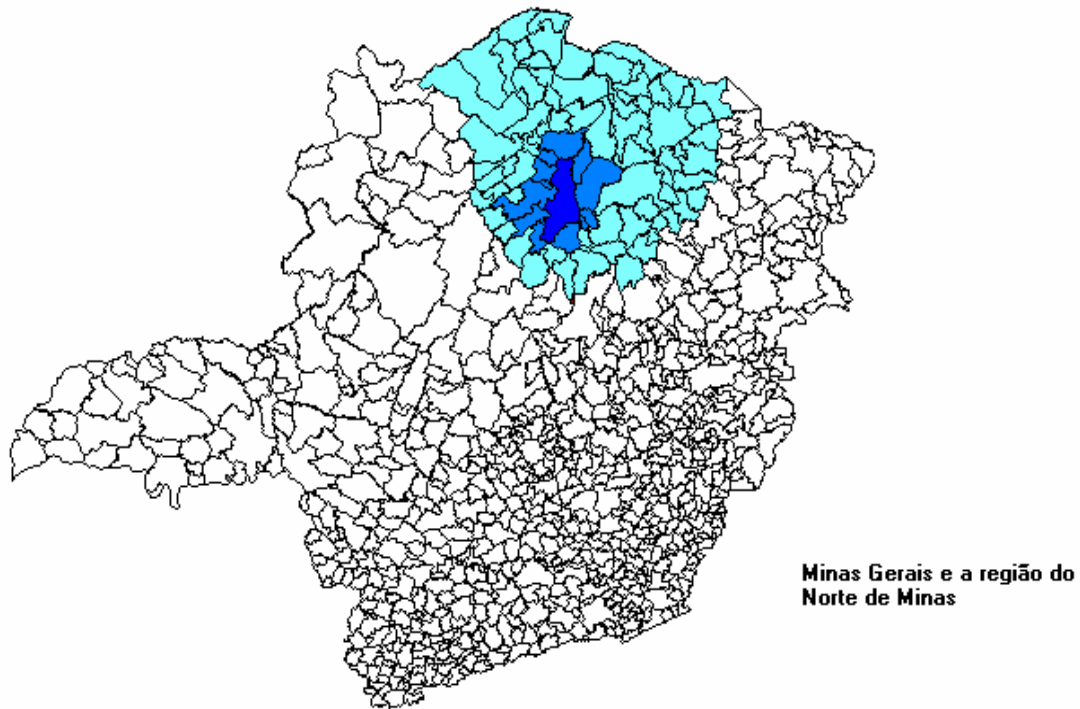


FIGURA 3- REGIÃO DO NORTE DE MINAS GERAIS

Fonte: GRS MONTES CLAROS

Possui uma população de 352.384 habitantes estimada para 2007, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (IBGE, 2008). A figura 4 representa essa cidade, que é o centro de atração do Norte de Minas e, em uma analogia, pode ser considerada a Capital do Norte de Minas.



FIGURA 4- VISTA PANORÂMICA DE MONTES CLAROS - MG

Fonte: <http://www.skyscrapercity.com/showthread.php?t=374328>

2.1.3 - Contexto histórico da saúde em Montes Claros

A mudança das práticas do modelo assistencial de saúde de um pólo negativo, centrado na doença, para um pólo positivo, centrado na saúde, necessita de estratégias de transição, que, no caso do município de Montes Claros, teve início por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no ano de 1996 em seis áreas - Vila Sion, Village do Lago, Independência, Vila Anália, Chiquinho Guimarães e Bela Paisagem – escolhidas por representarem áreas remotas, sem infraestrutura de saúde, ou

seja, com desamparo de práticas assistenciais, constituindo-se, assim, áreas prioritárias. As equipes de PACS eram constituídas por um enfermeiro-supervisor e seis Agentes Comunitários de Saúde, selecionados por meio de seleção pública realizada em parceria com a Pastoral da Criança (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2003).

Em 1998, ocorreu uma ruptura do processo de transição ocasionada pela mudança administrativa, em que as seis equipes de PACS deram lugar a apenas duas equipes de PSF, nos bairros Vila Sion e Village do Lago, enquanto os outros bairros remanescentes da estratégia PACS só retomaram suas ações assistenciais em 1999, quando ocorreu a expansão das Equipes de Saúde da Família para os bairros Vila Anália, Novo Delfino, Delfino, Jardim Palmeiras, Santo Antonio I e II, José Carlos de Lima, Vila Telma. Somente em 2000, expandiu para o Eldorado, Nova Morada, Santa Eugênia, Cidade Industrial, Vila Atlântida e Santa Rafaela (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2003).

Em 1999, ocorreu realização da Residência em Saúde da Família para Enfermeiros (seis residentes) em convênio com a Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES. No ano 2000, houve a transferência da Residência Médica, iniciada em Itacarambi (1999), para Montes Claros e o início da Residência multiprofissional médico e enfermeiro em três equipes na região do Grande Eldorado. Dando continuidade à parceria Secretaria Municipal de Saúde / UNIMONTES, houve ampliação em 2001 para mais três residentes médicos e seis residentes enfermeiros (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2003).

A partir de 2000, o município liberou suas equipes do PSF para campo de estágio dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia, propiciando a integração teoria - prática do discente e aproximando-o da realidade social e dos serviços de saúde visando à construção do novo modelo de atenção (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2003).

Em 2001, o município ganhou a concorrência para sediar a residência multiprofissional em Saúde da Família para Médico e Enfermeiro, oferecido pelo Hospital Universitário Clemente Faria (HUCF) – UNIMONTES, em convênio com o Ministério da Saúde para o biênio 2002 e 2003, com a implantação de nove equipes de residência e, em 2004, tiveram início 16 novas equipes (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2003).

Desde então, o município vem implantando de forma gradativa suas equipes de PSF, com priorização do perfil profissional, especialmente através da residência multiprofissional em saúde da família.

Em 2007, em parceria com a UNIMONTES, iniciou-se o mestrado profissional em cuidado primário em saúde, o qual representa uma oportunidade de compreender o cuidado primário implantado na região do Norte de Minas e contribuir para a divulgação da Estratégia Saúde da Família Montesclarensense no contexto nacional.

2.1.4- Sistema Municipal de Saúde

Com a implantação do processo de descentralização administrativa, através da estratégia de municipalização das ações e serviços de saúde, Montes Claros busca implementar os princípios doutrinários e organizativos preconizados pelo Sistema Único de Saúde – SUS e, desde 01/01/1999, encontra-se habilitado em Gestão Plena de Sistema Municipal – GPSM. Para tanto, foram instituídos o Conselho Municipal de Saúde - CMS, criado pela Lei Orgânica Municipal: os Conselhos Gestores, criados para dinamizar e aproximar os usuários das unidades básicas de Saúde; o Fundo Municipal de Saúde – FMS foi instituído em 26 de Junho de 1992 através da Lei nº. 2.052; a Ouvidoria,

em 2005, localizada na Secretaria Municipal de Saúde; e a Ouvidoria Descentralizada, em 2006, nos hospitais conveniados.

A rede de serviços próprios e contratados disponíveis para a população estão descritos a seguir e ilustrada na figura 5 - Rede Instalada dos Serviços de Saúde de Montes Claros – MG, conforme a Prefeitura Municipal de Montes Claros (2008):

- **11 Postos de Saúde** - Pólo Rural - Aparecida do Mundo Novo, Ermidinha, Miralta, Campos Elízios, Santa Rosa de Lima, São João da Vereda, São Pedro das Garças e Vila Nova de Minas, Camela, Abóboras e Jardim Primavera.
- **Equipes de PSF** - Village do Lago, Vila Sion, Santo Antônio II, Vila Telma, Independência I, Independência II, Santo Antônio I, Delfino Magalhães, Jardim Palmeiras I, Jardim Palmeiras II, Novo Delfino, Vila Anália, Santa Rafaela, José Carlos de Lima, Santa Eugênia, Eldorado I, Eldorado II, Nova Morada, Cidade Industrial, Santos Reis, Tancredo Neves, Tiradentes, Vila Atlântida, Cidade Cristo Rei, Clarice Ataíde, Independência III, Bela Paisagem, Vila Atlântida, Bela Vista, Vila São Francisco de Assis, Alto da Boa Vista, Morrinhos I, Morrinhos II, Morrinhos III, Vila Mauriceia, Vila Oliveira, Lourdes I, Lourdes II, Cintra I, Cintra II, Santa Lúcia I, Santa Lúcia II, Monte Carmelo I, Monte Carmelo II, Nova Esperança, Santa Rosa de Lima, Aparecida do Mundo Novo, Jardim Primavera e São Geraldo II.
- **Equipes de PACS** - Planalto, Mandaquaril, Samambaia, Miralta e Jardim Primavera.
- **10 Centros de Saúde** - Antônio Pimenta, Cintra, Esplanada, Major Prates, Maracanã, Planalto, Renascença, São Judas, Vera Cruz e Vila Oliveira.
- **05 NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)** - Delfino Magalhães, Santos Reis, Vila Sion, Lourdes e Eldorado.

- **06 Policlínicas** - Dr. Carlos José do Espírito Santo, Dr. Hélio Sales, Dr. Ariosto Corrêa Machado, Dr. Alpheu de Quadros, Centro de Especialidade Tancredo Neves, antigo Dr. Hermes de Paula, e Centro de Atenção à Saúde do Idoso – Eny Farias .
- **07 Hospitais** - (Aroldo Tourinho, Prontocor, Prontamente, Santa Casa, Fundação Dilson Godin de Quadros / São Lucas, Hospital Universitário Clemente Faria e UNIMED – que não possui nenhum serviço contratado pelo SUS.

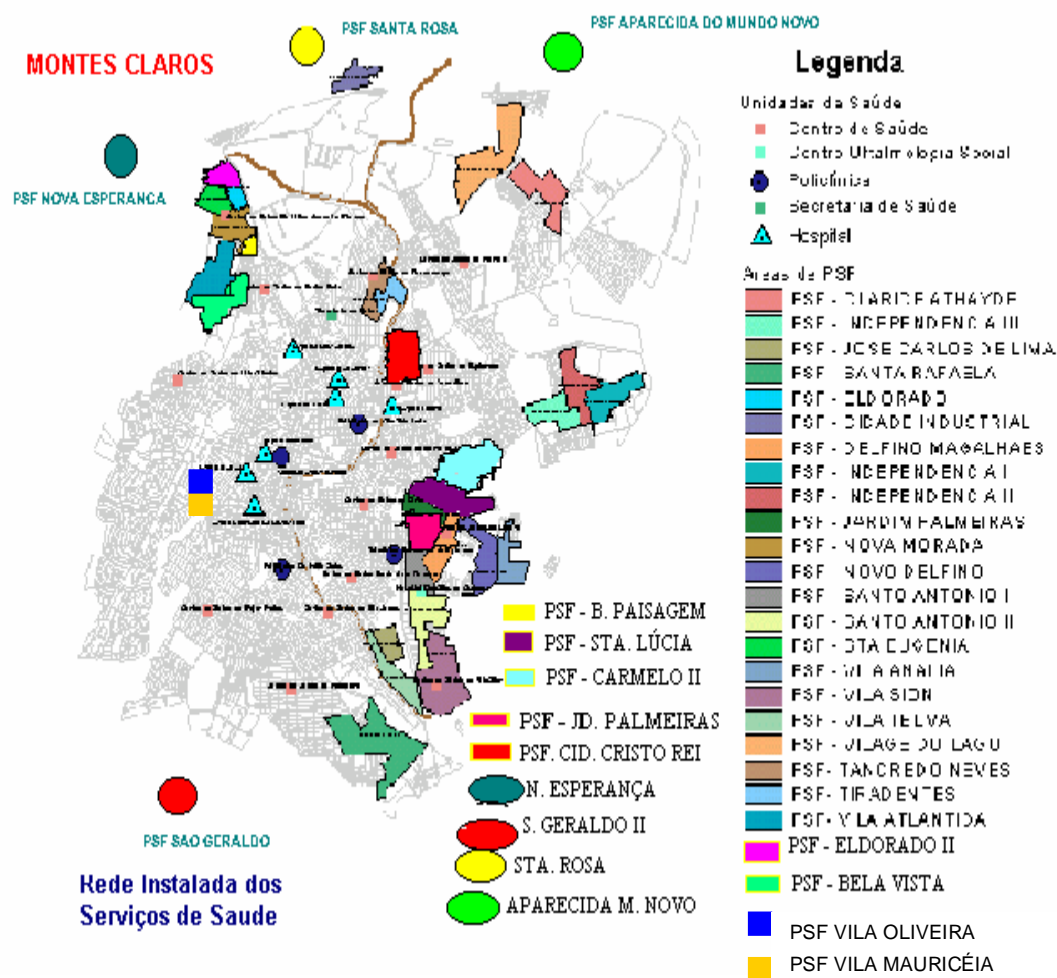


FIGURA 5- REDE INSTALADA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE MONTES CLAROS - MG

Fonte: Prefeitura de Montes Claros/2008.

A escolha da cidade de Montes Claros se justifica por ser o lócus de atividades dos Agentes Comunitários de saúde e, portanto, cenário ideal para o desenvolvimento desse estudo.

3- Sujeitos do Estudo

Os sujeitos selecionados para compor este estudo foram os Agentes Comunitários de Saúde das Equipes de Saúde da Família que compõem as 43 equipes que cobrem a atenção primária da cidade de Montes Claros no pólo urbano, totalizando o universo de 274 informantes no período de 2007, época do início do estudo. Entretanto, apenas 32 equipes, compostas, em média, por seis a sete Agentes, têm mais de dois anos de existência, em um total de 196 ACS, constituindo-se, assim, os sujeitos deste estudo, representados por sexo e tempo de experiência, conforme a Tabela 2.

TABELA 2- Distribuição dos Agentes das Equipes de Saúde da Família do pólo urbano por gênero e tempo de experiência da cidade de Montes Claros/MG, outubro 2007.

GÊNERO / TEMPO	Menos de 2 anos	2 anos ou mais
Feminino	62	158
Masculino	12	38
TOTAL	78	196

Fonte: SIAB; outubro, 2007

Triviños (2006) e Turano (2005) afirmam que, na pesquisa qualitativa, podem ser usados recursos aleatórios e/ou intencionais para compor uma amostra, procurando uma espécie de representatividade dos sujeitos que participam do estudo.

A amostra representativa traça um caminho intermediário entre a contagem de uma população e a conveniente seleção, garantindo a eficiência na pesquisa ao fornecer uma base lógica para estudo de apenas partes de uma população sem perder informações (BAUER; GASKELL, 2004).

A representatividade do grupo é uma questão essencial em alguns estudos e, para isso, é importante manter a intencionalidade ao invés da escolha aleatória para responder aos objetivos propostos (TRIVIÑOS, 2006).

Dessa maneira, a amostra ideal em pesquisa qualitativa é aquela que pode refletir a totalidade nas suas dimensões, em que o critério não é puramente numérico e prevê um processo de inclusão progressiva à medida que ocorrerem as descobertas do campo (MINAYO, 2006).

Foi utilizada, neste estudo, a amostragem representativa, sem a definição prévia do número de pesquisados, uma vez que objetiva-se a atingir o ponto de saturação que refletirá as tendências prevalentes do grupo pesquisado (MINAYO, 2006).

Minayo (2006: p197) comenta a respeito dessa representatividade e do número de informantes:

O dimensionamento da quantidade de entrevista, grupos focais e outras técnicas devem seguir o critério de saturação. Por critério de saturação se entende o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo. No entanto, provisoriamente o investigador pode e deve prever um montante de entrevistas e de outras técnicas de abordagem a serem depois balizadas em campo, à medida que consiga o entendimento das homogeneidades, da diversidade e da intensidade das informações necessárias para seu trabalho.

Ancorado nos pressupostos de Minayo (2006), foram previstos inicialmente 32 entrevistas, ou seja, uma entrevista por equipe de saúde da família, cada indivíduo sendo selecionado pelo número da respectiva microárea, uma vez que cada Agente é representado por números que coincidem em todas as equipes cadastradas. E os informantes foram selecionados através de sorteio aleatório do respectivo número da microárea, que foi a de número 3 e também selecionado uma amostra de reserva, que foram as microáreas próximas aos números 2 e 4.

Bauer; Gaskell (2004) afirmam que saturação é o critério de finalização em que investigam diferentes percepções e representações até que a inclusão de novas informações não acrescente mais nada de novo.

3.1- Dados preliminares dos sujeitos

Os sujeitos do estudo também foram retratados por escolaridade, tendo em vista que a mesma representa um requisito mínimo (1º grau completo) para se candidatar ao cargo. Com a criação da profissão Agente Comunitário, ocorreu a necessidade de uma formação técnica em Agente Comunitário que começou a exigir uma mudança na escolaridade mínima de 1º para 2º grau. Assim, os Agentes tiveram que se adequar gradativamente a esse critério. A seguir, a Tabela 3 retrata a situação escolar dos Agentes Comunitários em Montes Claros.

TABELA 3 - Distribuição dos Agentes das Equipes de Saúde da Família do pólo urbano por escolaridade e tempo de experiência da cidade de Montes Claros/MG, outubro 2007.

Escolaridade/Tempo	Menos de 2 anos	2 anos ou mais
1º Grau	02	08
2º Grau Incompleto	0	04

2º Grau	74	178
3º Grau Incompleto	02	05
3º Grau Completo	00	01
TOTAL	78	196

Fonte: SIAB; outubro, 2007

3.2- Critérios de inclusão

- Ser Agente Comunitário de Saúde das Equipes de Saúde da Família da cidade de Montes Claros – MG, situadas no pólo urbano.
- Ter mais de dois anos de experiência na função de Agente Comunitário de Saúde, apresentando, dessa forma, uma maior relação de trabalho e vivências com a equipe e a comunidade. Esse critério baseia-se na recomendação dos documentos ministeriais presentes em documentos do Ministério da Saúde (Brasil, 1994; Brasil, 1997; Brasil, 2006) com a exigência, para a pessoa se candidatar à função de ACS, de morar na comunidade há pelo menos dois anos para ter conhecimento da área e da comunidade.
- Aceitar participar da pesquisa.

3.3- Critérios de exclusão

- Ser Agente Comunitário de Saúde das Equipes de Saúde da Família de Montes Claros, situadas no pólo rural, pois o deslocamento do pesquisador fica dificultado pela distância e também pela característica da área rural onde os Agentes estão

em microáreas distantes do ponto de apoio, prejudicando o encontro com os entrevistados.

- Ter menos de dois anos de experiência na função de Agente Comunitário de Saúde.
- Não aceitar participar da pesquisa.
- Não ser encontrado após três tentativas de contato.

3.4- Coleta de Dados

A pesquisa qualitativa fundamenta-se na participação do sujeito como um dos pilares do fazer científico. Nesse sentido, percebe-se uma multiplicidade de recursos, como entrevista semiestruturada, entrevista aberta, observação livre, questionário aberto, dentre outros, que podem ser usados na realização do estudo, permitindo o que se denomina como técnica da triangulação na coleta de dados (TRIVIÑOS, 2006).

A abordagem qualitativa relaciona-se ao significado que sujeitos atribuem a suas experiências do mundo social e como compreendem esse mundo, fazendo-se necessário empregar diversos métodos, ou seja, uma abordagem por métodos múltiplos que permita observar as pessoas, falar com elas e ler o que elas escreveram ou o que escreveram sobre elas (POPE & MAYS, 2005).

A técnica da triangulação na coleta de dados objetiva a maior amplitude na descrição, explicação e compreensão do sujeito em estudo, partindo do princípio de que é improvável compreender a existência isolada do contexto, sem suas raízes históricas, suas representações culturais e sem vinculação com a realidade social (TRIVIÑOS, 2006).

Para atender esses propósitos, faz-se necessário uma técnica que contemple toda essa amplitude e, nessa vertente, Triviños (2006) comenta que a técnica da triangulação permite uma compreensão ampliada por meio de três ângulos de enfoque:

- Processos e produtos centrados no sujeito: subdivide-se nos elaborados pelo pesquisador e naqueles construídos pelo próprio sujeito; o primeiro faz alusão às percepções do sujeito (formas verbais) obtidas por meio de entrevistas e questionários e também aborda os comportamentos e ações através da observação livre ou dirigida; o segundo são os construídos pelo próprio sujeito como diários, autobiografias, confissões, cartas, livros, obras de arte.
- Elementos produzidos pelo meio: representado pelos documentos (internos e externos); instrumentos legais (leis, decretos, pareceres, regulamentos); instrumentos oficiais (diretrizes, propostas, ata de reuniões, memorandos) e também estatísticos e fotografias.
- Processos e produtos originados pela estrutura sócio-econômica e cultural do macro-organismo social do sujeito: relaciona-se ao modo de produção, propriedade dos meios de produção e as classes sociais.

Minayo (2006) menciona o grande valor da triangulação, uma vez que esse método possibilita ir além de cada método isoladamente, pois fornece elementos para responder às questões que se pretende conhecer de forma mais aprofundada.

A triangulação permite garantir a validação e o rigor na pesquisa qualitativa, tendo em vista que esse rigor contribui para o crédito de cientificidade.

3.5- Instrumentos

A técnica da triangulação tem por finalidade a visualização mais abrangente do objeto de pesquisa por meio da multiplicidade de abordagens. Dessa forma, este estudo utilizou como instrumentos de coleta de dados a pesquisa bibliográfica, a pesquisa de campo e a entrevista semiestruturada, pois é de significativa importância verificar a informação e melhorar sua precisão, evitando vieses ao retratar a percepção do entrevistado.

O método qualitativo tem como propriedade ocorrer no ambiente natural do sujeito, assim permitindo a observação sem o controle de variáveis, que necessitam estar livres para proporcionar o conhecimento da significação por meio da pesquisa de campo, que, neste caso, ocorreu no lócus de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (TURATO, 2005).

Nesta pesquisa, foi utilizada a entrevista semiestruturada, com itens condizentes com os objetivos da investigação, pois esse instrumento representa uma técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado, formulando perguntas com o objetivo de obtenção de dados dos mais diversos aspectos da vida social e comportamento humano. Assim, a entrevista apresenta maior flexibilidade, podendo assumir as mais diversas formas e proporcionando a possibilidade de captar expressões faciais, tonalidade de voz e ênfase nas respostas (GIL, 1994).

A entrevista semiestruturada permite a presença do entrevistador, ao mesmo tempo que proporciona liberdade e espontaneidade ao informante para esboçar a sua compreensão diretamente sobre o assunto (TRIVIÑOS, 2006). Dessa forma, representa a técnica para gerar e estabelecer diálogos com os sujeitos sobre determinados assuntos com o intuito de compreender os significados atribuídos aos mesmos (MAY, 2004).

Essa técnica utiliza tanto perguntas pré-definidas em um roteiro (Apêndice A) quanto permite ao entrevistador certa liberdade para sondar além das respostas, estabelecendo, assim, um diálogo que contribui para uma maior compreensão dos significados atribuídos ao tema (MAY, 2004).

As questões do roteiro (Apêndice A) foram elaboradas a partir do documento do Ministério da Saúde (2004): “Referencial curricular para curso técnico de Agente Comunitário de Saúde: área profissional” (Série A. Normas e Manuais técnicos), Brasília, DF. ISBN 85-334-0809-9. Nesse documento, também se baseiam as categorias saber-ser, saber-conhecer, saber fazer, saber-conviver. Dessa forma, o roteiro foi validado no estudo piloto, que tinha por proposição a avaliação das questões e destaque de possíveis falhas na redação, complexidade das questões, imprecisão na redação, questões desnecessárias ou pouco informativas, portanto, que podem ser descartadas ou substituídas.

O estudo piloto foi realizado em Dezembro de 2007, com dois Agentes de Saúde pertencentes a equipes que não foram incluídas na pesquisa em decorrência de terem menos de dois anos de existência e contou com a participação da orientadora do estudo, proporcionando uma análise mais pormenorizada das perguntas. Após a realização do estudo piloto e discussões estabelecidas entre a pesquisadora e a orientadora, constatou-se a necessidade de acréscimos no roteiro semiestruturado, como questões relativas à ética, relevância do estudo, aspectos motivadores e desmotivadores do processo de trabalho, aliado a mudanças relativas à forma de fazer algumas perguntas, facilitando a compreensão e evitando perguntas indutoras.

Para garantir a fidelidade das informações sem que houvesse prejuízo, foi solicitado aos sujeitos da pesquisa que a entrevista fosse gravada para, posteriormente, ser transcrita em sua íntegra. Triviños (2006) corrobora com essa ideia, pois assegura

que a gravação permite que o entrevistador tenha contato com todo o material fornecido pelos informantes, o que não ocorreria seguindo outro meio. A entrevista gravada foi transcrita imediatamente e analisada pelo pesquisador antes de realizar uma nova entrevista.

A possibilidade de registro por meio de vídeo foi postulada, entretanto, considerando a possibilidade de inibição dos participantes para expor/revelar seus pontos de vista, optou-se por retirar essa técnica de gravação.

4- Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), sendo aprovado com o Parecer Consubstanciado nº. 880 (Anexo A), em 23 de Novembro de 2007.

Precedendo a essa fase, foi realizado contato por escrito com a coordenação das Equipes de Saúde da Família do referido município, solicitando a autorização prévia para realização da pesquisa; e não sendo revelado à coordenação nenhum dado isoladamente e tampouco a decisão individual do informante de participar ou não da pesquisa.

Para atender aos aspectos éticos, foram respeitadas todas as diretrizes previstas na Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde, que preconiza as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2000b).

Antes da realização da entrevista, esclareceu-se o objetivo principal da pesquisa, relevância e importância da colaboração, a garantia do anonimato, bem como a desistência sem prejuízo para eles, em qualquer momento da realização do trabalho; e posteriormente foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Apêndice B), em duas vias, sendo uma retida com o pesquisador e a outra com o participante.

Todos os entrevistados foram mantidos sob anonimato e os resultados foram apresentados com a utilização de nomes de anjos. A escolha desse pseudônimo está associada à grande contribuição dos agentes comunitários na diminuição da mortalidade infantil, resultando no menor número de crianças indo para o céu, também chamados de anjos na cultura popular, em especial no Nordeste em que todo óbito infantil era anunciado a comunidade local através dos sinos das igrejas que soavam anunciando a ascensão de um pequenino para o lado do criador.

5- Coleta de dados

As entrevistas foram realizadas em horários e locais previamente selecionados pelos enunciadores, dentro do próprio ambiente de trabalho ou em ambiente privado, atendendo aos critérios de privacidade, comodidade e neutralidade, proporcionando a espontaneidade por parte de cada um dos sujeitos do estudo, estabelecendo-se, assim, um encontro de forma amigável e cordial.

Nesse ambiente, o pesquisador fez a leitura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (Apêndice B), que, depois de explicado e aceito, foi assinado pelos entrevistados, assegurando o caráter de confidencialidade e sigilo das informações.

Baseado no critério de saturação, houve a repetição de informações sem novas contribuições, ocasionando a realização de 17 entrevistas das 32 previstas nas Equipes de Saúde da Família. O contato com os informantes ocorreu durante o ano de 2008. Com o intuito de garantir uma representação do universo, optou-se por entrevistar os sujeitos agrupados em equipes por regiões geográficas e tempo de implantação da estratégia,

visando verificar se os aspectos do processo de trabalho dessa categoria são diferentes em decorrência da comunidade/território solo e processo, uma vez que os bairros em que as equipes estão implantadas são, na sua maioria, periféricos, porém com condições sócio-econômicas distintas, variando de locais populosos a lugares com baixa densidade populacional com padrão social adequado. No quesito tempo de implantação das equipes, optou-se por entrevistar equipes que se encontravam em três fases: Recém-implantadas (ponto zero – dois a quatro anos); Equipes com tempo Médio (cinco a oito anos) e Equipes Antigas (nove a dez anos). Dessa forma, as equipes representariam o amadurecimento e implementação da estratégia saúde da família na cidade de Montes Claros, favorecendo o processo de Triangulação na coleta de dados e garantindo maior confiabilidade e representatividade das informações.

Para facilitar o entendimento, a figura 6 ilustra a rede instalada dos serviços de saúde com destaque das equipes pesquisadas, representada por Círculo de cor azul.

Assim, na Região Norte foram contempladas as equipes Village do Lago e Clarice Athayde; Região Central, a equipe Cidade Cristo Rei, a equipe Vila Tiradentes, a equipe Tancredo Neves; Região Noroeste, as equipes Eldorado, Nova Morada e Santa Eugênia; Região Oeste, as equipes Vila Atlântida, Bela Vista e Bela Paisagem; Região Sudoeste, as equipes Vila Oliveira e Vila Mauriceia; Região Leste, as equipes Vila Anália e Novo Delfino; Região Sul, as equipes Vila Telma e José Carlos de Lima.

No decorrer da coleta de dados, ocorreram alguns imprevistos em algumas equipes: na microárea 3, que foi previamente sorteada, alguns Agentes não foram encontrados, pois estavam afastados de suas atividades laborais por diferentes motivos, como férias regulamentares, licença médica, licença maternidade. Nessas situações, foi entrevistado o Agente da microárea 2 ou 4, conforme previsto no projeto inicial.

Das 17 entrevistas realizadas, duas estavam com o áudio comprometido e correspondiam a Região Central, não permitindo sua transcrição completa. Por esse motivo, foram excluídas, sem prejuízo do critério de saturação, não precisando, portanto, de reposição das mesmas.

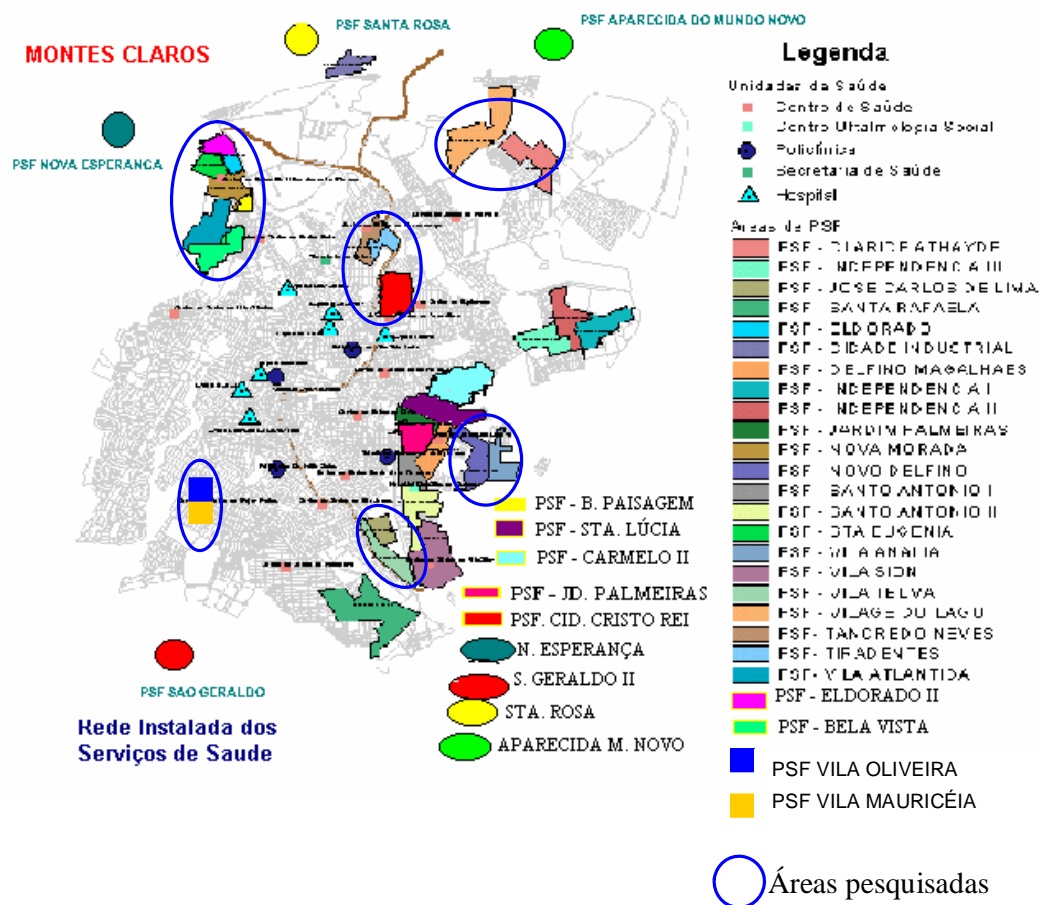


Figura 6- Rede instalada dos serviços de saúde que participaram da pesquisa

Fonte: Prefeitura de Montes Claros/2008.

6- Análise dos Dados

Na pesquisa qualitativa, no que diz respeito à análise dos dados obtidos, ocorrem três obstáculos que precisam ser superados – ilusão da transparência, supervalorização dos métodos e das técnicas em detrimento da essencialidade dos significados e dificuldade da junção e síntese das teorias e do trabalho de campo (MINAYO, 2006).

No intuito de evitar ou superar esses obstáculos, foi utilizada a análise de discurso do sujeito coletivo. As entrevistas foram analisadas à luz da análise de discurso do sujeito coletivo, tendo em vista que as ideias centrais presentes nos discursos individuais deram origem ao discurso coletivo como se o discurso de todos fosse o discurso de um. Para subsidiar o processo de reconstituição discursiva, utilizou-se o Software Qualiquantisoft desenvolvido pela Sales e Paschoal Informática (2008).

6.1- ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)

As pesquisas qualitativas proporcionam ao pesquisador vários depoimentos individuais sobre um determinado tema; e o maior desafio encontrado é processar esses depoimentos e obter como resultado final as representações sociais ou opiniões coletivas, não tratando apenas da soma dos depoimentos e sim de garantir a representatividade coletiva e a discursividade que devem estar presentes tanto no âmbito individual quanto no coletivo (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2006).

Lefèvre & Lefèvre (2005) consideram a discursividade como característica iminente no pensamento coletivo, algo que é fato empírico, ao mesmo tempo que deve ser preservada em todos os momentos da pesquisa.

A técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) representa a possibilidade de preservar essa discursividade, pois respeita a opinião, a ideia e o pensamento que é a matéria-prima, proporcionando, assim, uma categorização discursiva e não meramente matemática; as respostas individuais não são simplesmente somadas, as mesmas contribuem na produção de um discurso coletivo – opinião coletiva –, como a contribuição e a presença de diferentes cores na confecção de uma pintura (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2005; LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2005a).

Lefèvre & Lefèvre (2006a) afirmam que a agregação de diferentes discursos individuais implica a quantificação narrativa discursiva que ocorre no âmbito narrativo, garantindo a construção de um denominado eu ampliado que representa o indivíduo coletivo reconstituído.

Percebe-se, assim, um conjunto de vários depoimentos como um acorde na música em que há a coexistência do uno e do singular, do singular e do plural; compondo uma sinfonia de um só discurso que representa uma coletividade (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2006a; LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2006b). Para garantir essa representatividade e os preceitos legais Lefèvre & Lefèvre (2006a, p.3) comentam que:

Então, todos os sujeitos individuais com os quais o sujeito coletivo é composto precisam estar representados neste sujeito coletivo, o que equivale dizer que o sujeito coletivo não pode estar, de nenhum modo, 'traindo' nenhum dos sujeitos individuais dos quais é composto: não pode ser posto na 'boca do coletivo' nada do que não esteja 'na boca dos indivíduos' que compõem este coletivo.

A técnica do DSC é um recurso metodológico que permite a organização e a tabulação de dados qualitativos obtidos por entrevistas individuais que expressam o pensamento, o comportamento discursivo com vistas ao resgate das opiniões coletivas que culminam em um conjunto de discursos coletivos (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2005; LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2005a).

Lefèvre & Lefèvre (2005, p. 16) afirmam que

O sujeito coletivo se expressa, então, através de um discurso emitido no que se poderia chamar de primeira pessoa (coletiva) (...) Trata-se de um eu sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que esse eu fala pela ou em nome de uma coletividade. Esse discurso coletivo expressa um sujeito coletivo, que viabiliza um pensamento social.

O DSC expressa a fala da coletividade sobre um determinado tema por meio das falas individuais que buscam resgatar o discurso como signo que compõe o imaginário social. Para alcançar esse objetivo, serão utilizadas as figuras metodológicas como expressões-chaves (ECH), ideias centrais (IC) e discurso do sujeito coletivo (DSC) (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2005).

As expressões-chaves (ECH) são trechos, pedaços selecionados de cada depoimento por meio de destaques (sublinhar, colorir) e descrevem a essência do depoimento selecionado da própria fala/discurso; as expressões semelhantes formarão depoimentos coletivos (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2005; LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2005a).

As ideias centrais revelam e descrevem o sentido presente em cada depoimento analisado, cada conjunto de expressões-chave e também o conjunto de respostas dos sujeitos envolvidos que têm sentido parecido ou complementar e têm a função de identificadora e especificadora. Portanto, essa figura é uma descrição do sentido do discurso que pode ter várias ideias centrais e vários discursos podem ter ideias semelhantes ou complementares (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2005; LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2005a).

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) representa o conjunto de expressões-chave que possui a mesma ideia central e/ou ancoragem redigida, na 1ª pessoa do singular sob a forma de um discurso-síntese, com conteúdos discursivos de sentido semelhante, em que o discurso é visto como signo de conhecimentos que representa a fala do social ou o pensamento coletivo (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2005; LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2005a).

Para a elaboração do DSC, parte-se da análise inicial do discurso com a seleção das ideias centrais presentes em cada um dos discursos individuais, isto é, todas as ideias devem ser aproveitadas. Se elas estiverem semelhantes ou repetidas, escolhe-se apenas um exemplar na busca da reconstituição discursiva da representação social de forma coerente, em que cada uma das partes se reconheça nesse todo e o todo constituído por essas partes (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2005; LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2005a).

OS DSC apresentam uma dupla representatividade – qualitativa e quantitativa. Qualitativa, porque a opinião coletiva é apresentada em forma de discurso que recupera os conteúdos contidos no elemento chave. É também quantitativa, porque esse discurso tem uma expressão numérica (indica quantos depoimentos foram necessários para compor cada DSC) que gera uma confiabilidade estatística (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006a).

Nessa metodologia, foi utilizado o Software Qualiquantisoft desenvolvido pela Sales e Paschoal Informática em parceria com a Universidade de São Paulo (USP) que foi utilizado com o intuito de viabilizar a análise, tornando-a mais prática e ágil.

CAPITULO IV

"O homem não é
igual a nenhum
outro homem
bicho ou coisa,
Ninguém é igual

RESULTADOS E DISCUSSÕES

1- CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAUDE

Caracterizar os sujeitos do estudo é um dos aspectos mais importantes para revelar quem é o Agente Comunitário de Saúde da cidade de Montes Claros - MG. Com o intuito de facilitar a visualização, optou-se por representar as informações dos quinze atores por meio de sete quadros divididos por Regiões que ilustram as peculiaridades nos diferentes bairros. Esses quadros contêm as variáveis - Gênero, Idade, Estado Civil, Nº. de Filhos, Escolaridade, Trabalho Anterior, Tempo de residência na comunidade, atividade comunitária, Tempo de profissão, Curso técnico de enfermagem e Curso técnico de Agente Comunitário de Saúde – que permitem uma aproximação com a realidade desse profissional.

QUADRO 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAUDE DA REGIÃO LESTE DA CIDADE DE MONTES CLAROS.

CARACTERISTICAS DO	AGENTE 1	AGENTE 2
AGENTE	Gabriel	Miguel
GENERO	Feminino	Feminino
IDADE	38	32
ESTADO CIVIL	Solteira	Casada
Nº. DE FILHOS	1	1
ESCOLARIDADE	2º Grau Completo	2º Grau Completo
TRABALHO ANTERIOR	Auxiliar de Escritório	Doméstica
TEMPO DE RESIDENCIA NA COMUNIDADE (ANOS)	10	5
ATIVIDADE COMUNITARIA	Não	Não

TEMPO DE PROFISSÃO (ANOS)	8	3 a 4
CURSO DE TECNICO DE ENFERMAGEM	Sim	Sim
CURSO TECNICO DE AGENTE	Não	Não

Fonte: Pesquisa de campo, 2008.

QUADRO 2 - CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAUDE DA REGIÃO NOROESTE DA CIDADE DE MONTES CLAROS.

CARACTERISTICAS DO AGENTE	AGENTE 3 Caliel	AGENTE 4 Daniel	AGENTE 5 Rafael
GENERO	Feminino	Feminino	Feminino
IDADE	27	31	26
ESTADO CIVIL	Solteira	Casada	Solteira
Nº. DE FILHOS	1	1	Não
ESCOLARIDADE	3º Grau incompleto	2º Grau Completo	3º Grau Completo
TRABALHO ANTERIOR	Desempregada	Balconista	Balconista
TEMPO DE RESIDENCIA NA COMUNIDADE (ANOS)	25	18	5
ATIVIDADE COMUNITARIA	Pastoral da Criança	Pastoral da Criança	Não
TEMPO DE PROFISSÃO (ANOS)	3	2 a 3 anos	3 a 4 anos
CURSO DE TECNICO DE ENFERMAGEM	Sim	Não	Sim
CURSO TECNICO DE AGENTE	Não	Sim	Não

Fonte: Pesquisa de campo, 2008.

QUADRO 3 - CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAUDE DA REGIÃO NORTE DA CIDADE DE MONTES CLAROS.

CARACTERISTICAS DO AGENTE	AGENTE 6 Mikael	AGENTE 7 Benael
GENERO	Feminino	Feminino
IDADE	26	29
ESTADO CIVIL	Casada	Casada
Nº. DE FILHOS	1	1
ESCOLARIDADE	2º Grau Completo	2º Grau Completo
TRABALHO ANTERIOR	Autônoma – Manicura	Comércio
TEMPO DE RESIDENCIA NA COMUNIDADE (ANOS)	18	17
ATIVIDADE COMUNITARIA	Não	Associação de Moradores e Grupos Religiosos
TEMPO DE PROFISSÃO (ANOS)	3	2 a 3 anos
CURSO DE TECNICO DE ENFERMAGEM	Sim	Não
CURSO TECNICO DE AGENTE	Não	Não

Fonte: Pesquisa de campo, 2008.

QUADRO 4 - CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAUDE DA REGIÃO CENTRAL DA CIDADE DE MONTES CLAROS.

CARACTERISTICAS DO AGENTE	AGENTE 8 Raziel
GENERO	Feminino
IDADE	35
ESTADO CIVIL	Casada
Nº. DE FILHOS	1
ESCOLARIDADE	2º Grau Completo

TRABALHO ANTERIOR	Doméstica
TEMPO DE RESIDENCIA NA COMUNIDADE (ANOS)	25
ATIVIDADE COMUNITARIA	Não
TEMPO DE PROFISSÃO (ANOS)	4
CURSO DE TECNICO DE ENFERMAGEM	Sim
CURSO TECNICO DE AGENTE	Não

Fonte: Pesquisa de campo, 2008.

QUADRO 5 – CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAUDE DA REGIÃO SUDOESTE DA CIDADE DE MONTES CLAROS.

CARACTERISTICAS DO AGENTE	AGENTE 9	AGENTE 10
	Omael	Ariel
GENERO	Masculino	Masculino
IDADE	40	31
ESTADO CIVIL	Casado	Solteiro
Nº. DE FILHOS	2	Não
ESCOLARIDADE	2º Grau Incompleto	2º Grau Completo
TRABALHO ANTERIOR	Cobrador Servente de pedreiro	Desempregado
TEMPO DE RESIDENCIA NA COMUNIDADE (ANOS)	30	23
ATIVIDADE COMUNITARIA	Associação de Moradores Grupos Religiosos	Grupos Religiosos
TEMPO DE PROFISSÃO (ANOS)	2	2
CURSO DE TECNICO DE ENFERMAGEM	Não	Não
CURSO TECNICO DE AGENTE	Não	Não

Fonte: Pesquisa de campo, 2008.

QUADRO 6 – CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA REGIÃO SUL DA CIDADE DE MONTES CLAROS.

CARACTERÍSTICAS DO AGENTE	AGENTE 11	AGENTE 12
AGENTE	Sitael	Aniel
GENERO	Feminino	Feminino
IDADE	37	39
ESTADO CIVIL	Casada	Casada
Nº. DE FILHOS	2	2
ESCOLARIDADE	2º Grau Completo	2º Grau Completo
TRABALHO ANTERIOR	Doméstica Sorveteria	Do lar
TEMPO DE RESIDENCIA NA COMUNIDADE (ANOS)	32	16
ATIVIDADE COMUNITARIA	Pastoral da Criança Associação de Moradores	Grupos Religiosos
TEMPO DE PROFISSÃO (ANOS)	9	8
CURSO DE TECNICO DE ENFERMAGEM	Sim	Sim
CURSO TECNICO DE AGENTE	Não	Não

Fonte: Pesquisa de campo, 2008.

QUADRO 7 – CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA REGIÃO OESTE DA CIDADE DE MONTES CLAROS.

CARACTERÍSTICAS DO AGENTE	AGENTE 13	AGENTE 14	AGENTE 15
AGENTE	Jeliel	Manael	Anael
GENERO	Feminino	Feminino	Feminino
IDADE	33	39	28
ESTADO CIVIL	Casada	Casada	Casada

Nº. DE FILHOS	2	3	2
ESCOLARIDADE	2º Grau Completo	2º Grau Completo	2º Grau Completo
TRABALHO ANTERIOR	Do lar	Auxiliar de escritório	Doméstica
TEMPO DE RESIDENCIA NA COMUNIDADE (ANOS)	20	30	17
ATIVIDADE COMUNITARIA	Grupos Religiosos	Pastoral da Criança Associação de Moradores	Pastoral da Criança
TEMPO DE PROFISSÃO (ANOS)	8	8	8
CURSO DE TECNICO DE ENFERMAGEM	Sim	Não	Sim
CURSO TECNICO DE AGENTE	Sim	Sim	Não

Fonte: Pesquisa de campo, 2008.

De acordo com as variáveis sociodemográficas, a maioria dos Agentes pesquisados pertence ao sexo feminino, perfazendo 87% dos entrevistados, o que vem ao encontro com os dados publicados pelo Ministério da Saúde em 2002 de que 70% dos Agentes são mulheres (BRASIL, 2002). Essa característica assemelha-se à origem dos Agentes no estado do Ceará que priorizou a contratação de mulheres, justificado pelo fato de que elas são responsáveis pelo cuidado de suas famílias e possuem qualidades indispensáveis para essa função, que é de Saber Cuidar, Saber Comunicar e Saber Conviver com os seus vizinhos e as demais famílias da comunidade (LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004).

Essas qualidades facilitam a execução do papel de laço e identificação, já que as mulheres são cuidadoras universais, característica atribuída pela sociedade ao gênero feminino; cabe à mulher exercer suas atividades na esfera privada, ou seja, dentro do domicílio e suas atribuições estão relacionadas, principalmente, à maternidade, com a

tarefa de cuidar da família e ser guardião do afeto e da moral. Quando necessitam realizar papéis na esfera pública, assumindo ou compartilhando o sustento da família, desempenham sempre papéis ligados ao de mãe, constituindo uma extensão da esfera privada. Dessa forma, as mulheres das comunidades monstesclarenses reconheceram-se no papel de Agente Comunitário como uma extensão do cuidado aliado a uma oportunidade de ingressarem no mercado de trabalho, sem se afastarem de suas famílias (FARIA; NOBRE, 1997).

Essa situação não é privativa da cidade de Montes Claros, vários estudos sobre o trabalhador Agente Comunitário encontraram essa mesma realidade, como em Silva e Dalmaso (2002); Lunardelo (2004); Ferraz; Aerts (2005).

No aspecto relacionado à escolaridade, 73% (11) têm o 2º Grau completo e apenas 6,7% (1) têm o 1º Grau Completo, atendendo ao requisito para ser Agente, que é o de ter no mínimo o 1º grau completo. Também contempla a perspectiva da formação profissional como Técnico de Agente Comunitário de Saúde e apresenta uma realidade superior aos dados nacionais publicados em 2002, que correspondiam a 60% com ensino médio completo e incompleto (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004).

Em relação ao estado civil, a maioria (73% /11) encontra-se casada, como também 86,7% (13) têm filhos, assumindo, dessa forma, a responsabilidade pelo sustento total ou parcial da família. Assim, agregam uma responsabilidade maior com a profissão aliada a um temor, medo relacionado ao desemprego, levando ao sofrimento e à submissão ao empregador com condições e vínculos precários. Existe também a vivência da experiência em saúde da criança, saúde da mulher e da maternidade, já que a maioria é do gênero feminino, facilitando o trabalho com as famílias assistidas.

A distribuição por faixa etária demonstra que os Agentes encontram-se acima de 27 anos com uma pequena concentração em maiores de 35, como retratado na tabela 4, contemplando um dos pré-requisitos de ter idade acima de 18 anos.

TABELA 4- Distribuição dos Agentes por faixa etária da cidade de Montes Claros/MG, 2008.

Faixa etária	N
27 - 30	05
30 - 33	03
33 - 35	01
≥ 35	06
Total	15

Fonte: Pesquisa de campo, 2008.

O Ministério da Saúde estabelece como pré-requisito para ser Agente Comunitário que se more na comunidade há no mínimo dois anos, exigência justificada pelo fato de o Agente ter que conhecer a localidade e ser reconhecido pela população. Os Agentes que participaram do estudo tinham no mínimo cinco anos de residência (apenas dois) e a sua maioria (13) residia há mais de 10 anos na comunidade assistida, com isso todos possuíam o conhecimento da mesma. Essa condição favorece a orientação comunitária e a centralização familiar com o estreitamento do laço, levando à implementação do atributo da coordenação da equipe aliado à longitudinalidade (STARFIELD, 2002; MINAS GERAIS, 2007; BRASIL, 2007c).

Cabe destacar, ainda, que o fato de residir na comunidade proporciona ao Agente de Saúde a experiência de vivenciar, experimentar e compreender o mundo; este ser no

mundo que o ACS compartilha com a comunidade facilita o entendimento da forma de existir humano e a forma de relacionar com os outros, favorecendo, assim, a compreensão dos indivíduos assistidos e suas famílias, uma vez que o homem é projeto do mundo e o mundo são projeções humanas, o ser no mundo é repleto de significados, pois envolver-se com os outros seres desencadeia a transformação do mundo, o que leva à transformação de si mesmo, modificando a sua relação com os outros, e isso significa cuidar, palavra que define o ser enquanto ser (STEIN, 1988; HEIDEGGER, 1981; HEIDEGGER, 1999). Diante disso, o Agente encontra-se em situação privilegiada de compreensão do ser-aí, o ser no mundo e o ser-com-os-outros, subsidiando ações de cuidar.

A estratégia saúde da família na cidade de Montes Claros teve sua implantação no ano de 1998, com duas equipes, sendo que grande parte das equipes foram implantadas em 1999 e 2000. Assim, durante o período de coleta de dados, procurou-se conversar com os Agentes pertencentes às equipes com tempo de existência diferentes, tentando conhecer a vivência ao longo dos anos e buscando retratar se poderia haver mudanças significativas nos discursos de acordo com o tempo de profissão.

Diante disso, as entrevistas foram realizadas em equipes com diferentes tempos de implantação e também com Agentes em diferentes tempos de exercício profissional, pois a equipe pode ter sofrido mudanças de profissionais ao longo dos anos. O tempo de profissão está apresentado na Tabela 5.

TABELA 5- Distribuição dos Agentes por tempo de profissão da cidade de Montes Claros/MG, 2008.

Tempo de Profissão (anos)	N
2	03

3	04
4	01
8	05
9	02
<hr/>	
Total	15

Fonte: Pesquisa de campo, 2008.

De acordo com os dados apresentados, nota-se que os Agentes possuem os atributos da atenção primária, em especial o da Longitudinalidade, que significa ser referência e fonte de atenção para a comunidade ao longo do tempo, proporcionando o aumento do vínculo e o conhecimento dos problemas e facilitando o processo de comunicação e elo com intervenções personalizadas. (STARFIELD, 2002; MINAS GERAIS, 2007; BRASIL, 2007c)

Outra informação relevante é que a maioria dos Agentes iniciou suas atividades junto com as equipes. Poucos deles foram usuários anteriormente, ou seja, não tinham nenhum conhecimento sobre a profissão, mas tinham alguma experiência com o trabalho comunitário, representado pela variável atividade comunitária. Observou-se que 73% (11) tinham participação em atividades vinculadas à Pastoral da Criança, Grupos Religiosos e Associação de Moradores. Assim, mesmo não conhecendo a profissão que iriam iniciar, foram estimulados pela experiência adquirida com as atividades comunitárias, em especial a Pastoral da Criança, encontrando uma forma confortável de continuar trabalhando com a comunidade e contribuindo com a melhoria das condições de vida da mesma, iniciando pela sua própria família, pois o seu fazer cotidiano passou a ser remunerado.

Apenas 27% não tinham anteriormente a função de Agente e continuam não exercendo nenhuma atividade comunitária. O discurso do entrevistado Ariel (31 anos), por meio das suas expressões-chave, justifica a não realização das atividades comunitárias anteriores em decorrência da dificuldade de conciliação com o trabalho atual de Agente Comunitário.

“Oh, eu trabalhei quatro anos, é,... não foi exclusivamente na comunidade, eu trabalhei quatro anos mexendo com religião, em grupos religiosos, então é a gente trabalhava muito aqui na área, é, evangelizando o pessoal, conversando, ajudando as pessoas. [Você ainda mantém essas atividades comunitárias] Oh, essas atividades hoje eu não tou mantendo mais, né, hoje a atividade que eu tou mantendo hoje com a comunidade é somente o meu trabalho, porque não tá dando pra conciliar.”

Outro aspecto importante é o número significativo de Agentes, no total de 10 (67%), que possuem o curso técnico de enfermagem, sendo que 60% dos mesmos ingressaram no curso por meio do PROFAE, o qual foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde. Com relação ao Curso Técnico de Agente, que se tornou uma exigência da profissão após a criação da categoria profissional, apenas seis (40%) o estão cursando.

Os Agentes pesquisados participaram do processo seletivo, que consistiu em prova escrita para 14 (93%) dos sujeitos e apenas um foi por meio de entrega de currículo; os Agentes mencionaram que, após a aprovação na prova escrita, foram submetidos a outras etapas, como prova prática (treinamento introdutório) mencionada por 10 (71,4%) e

também entrevista, referida por 09 (64,3%). Esse dado demonstra que a maioria participou de processo seletivo sem favorecimento e de forma idônea, garantindo a transparência do processo e condizente com o preconizado pelos documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 1991; 1994, 1994a, 1997, 2002).

Apresentaremos a seguir, em forma de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e das respectivas Ideias Centrais (IC) e Expressões-Chave (ECH), a essência do trabalho do Agente em Montes Claros por meio dos saberes.

2- ANÁLISE DOS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO – AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE

Nesta seção são apresentados os dados referentes ao discurso dos 15 agentes comunitários de saúde entrevistados conforme estratégia metodológica adotada no estudo expressa através de Idéias Centrais (IC) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Essa etapa foi dividida em 4 saberes - Saber Ser, Saber Conhecer/Aprender, Saber Fazer e Saber Conviver. Para facilitar a compreensão, será apresentada a seguir uma síntese que permite uma visão geral das categorias e ideias-chave. Ao longo da apresentação das ideias-chave, alguns aspectos serão discutidos a luz da literatura, permitindo refletir sobre os dados obtidos, considerando a realidade do Agente em Montes Claros - MG, em outras localidades e em âmbito nacional.

PERCEPÇÃO DOS AGENTES DE SAUDE SOBRE O SEU PERFIL E SEU PAPEL COM BASE NOS SABERES (SABER SER, SABER CONHECER, SABER FAZER E SABER CONVIVER)

SABER SER

1- MOTIVAÇÃO PARA SER AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Ideia Central (IC) 1 - Oportunidade de emprego

Ideia Central (IC) 2 - Oportunidade de emprego na área da saúde

Ideia Central (IC) 3 - Ajudar o próximo e a comunidade

Ideia Central (IC) 4 - Vocação

Ideia Central (IC) 5 - Influência Familiar

2- SIGNIFICADO DO SER AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Ideias Centrais: Ser Agente é:

1- Ter atitudes: ética, respeito, responsabilidade, paciência, saber cuidar e compartilhar.

2- Realizar ações voltadas ao próximo, à família e à comunidade: Ajudar, Cuidar, Acolher, Contribuir, Repartir, Acompanhar, Orientar, Encaminhar, Explicar, Resolver.

3- Possuir atributos pessoais: Saber Ouvir/Escutar, Saber Lidar, Saber Comunicar, Ser Tranquilo, Saber Doar, Identificar com o trabalho, sendo Povo com o Povo por meio do Amor Profissional.

4- Possuir atributos profissionais: Saber Ser Elo, Identificar com a comunidade, Ser representante da Comunidade, Conhecer as Famílias e a Comunidade, Ser Porta de Entrada para o sistema de saúde.

5- Causar repercussões positivas (Ser Acolhido, Valorizado, Vivenciar experiências gratificantes que resultam no estreitamento das relações interpessoais, levando a sentir-se como membro da família) e negativas (Incompreensão, Desvalorização, Decepção) na Comunidade e nas Famílias.

3- QUALIDADES E VALORES DO AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE

Ideias Centrais - O Agente Comunitário de Saúde deve possuir:

- 1- Atitudes/valores – ética, compromisso, responsabilidade, paciência, confiança, credibilidade, honestidade, compreensivo, atencioso, prestativo, fiel com a comunidade, saber ouvir e relacionar, não fazer distinção/discriminar e tratar de forma igual.
- 2- Qualidades como ser compreensivo, solidário e amigo, saber acolher, ajudar e conversar, sendo capaz de transpor um saber fácil de entender, norteando as Ações voltadas ao próximo, à família e à comunidade.
- 3- Atributos pessoais: Ser humano, Ter amor à profissão, Ser simpático, Ser humilde, Ter empatia, Motivação, Perseverança com força de vontade, Saber Interagir/Lidar, Comunicar, Ouvir/Escutar.
- 4- Atributos profissionais: Ser profissional, Saber lidar com os problemas pessoais e profissionais, Saber comunicar, Saber relacionar, Ser influenciador, Conhecer as Famílias e a Comunidade.

4- ATRIBUTOS NEGATIVOS QUE O AGENTE COMUNITARIO DEVE EVITAR.

Ideias Centrais - O Agente Comunitário de Saúde não deve:

- 1- Demonstrar atitudes negativas: Ser fofoqueiro, Não ser ético, Irresponsável, Descompromissado, Impaciente.
- 2- Ser muito bravo, grosseiro, ranzinza, arrogante, soberba e não saber ouvir.
- 3- Ser despreparado e não transmitir segurança e falta de vontade para ajudar.

5- ASPECTOS FACILITADORES PARA O DESENVOLVIMENTO DO PAPEL DO AGENTE

Ideias Centrais - O desenvolvimento do papel de Agente é facilitado:

IC1- Pela presença de atributos pessoais – amor à profissão, ajudar os outros, capacidade de relacionar ou interagir com as pessoas, relação de confiança.

IC2- Pela presença de atributos profissionais - conhecer e estabelecer compromisso com a comunidade, motivação proveniente da equipe.

IC3- Pela presença de atitudes da comunidade - aceitação das famílias e estabelecimento de relação de compromisso e confiança.

IC4- Pela acessibilidade geográfica - localização e proximidade de sua residência, que facilita o desenvolvimento do papel do Agente.

IC5- Pela organização dos serviços de saúde por meio do trabalho em equipe/interdisciplinar e a presença do Agente administrativo.

6- ASPECTOS DIFICULTADORES PARA O DESENVOLVIMENTO DO PAPEL DO AGENTE

Ideias centrais - O desenvolvimento do papel de Agente é dificultado pela:

IC1- Valorização das atividades curativas, levando a não aceitação dos Agentes com incompreensão e maltrato, associado à marcação de consulta, atividades administrativas/burocráticas e atividades que não estão dentro da função de Agente que causam sobrecarga e desmotivação.

IC2- Não valorização das atividades educativas.

IC3- Falta de acessibilidade geográfica e funcional como barreira geográfica, dificuldade de acesso e a realização de visita para as pessoas que trabalham, o que dificulta o desenvolvimento do papel do Agente.

IC4- Presença de aspectos inerentes à comunidade - aspectos socioeconômicos/geográficos, questões sociais, como área de risco com baixo poder aquisitivo e falta de infraestrutura, tráfico de drogas.

IC5- Falta de material para sensibilização da comunidade.

IC6- Presença de atitudes da equipe - Falta de respaldo para o trabalho do Agente por parte da equipe.

7- ASPECTOS A SEREM MODIFICADOS NO PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

IC1- Os Agentes modificariam a obrigatoriedade da visita domiciliar mensal, que atualmente é realizada de maneira indiscriminada, não levando em consideração as necessidades das famílias.

IC2- Retirar do processo de trabalho a atividade de marcar consulta, evitando a compreensão reduzida do papel do Agente associada a não compreensão do novo modelo assistencial e insatisfação com os Agentes.

IC3- Evitar a culpabilidade do Agente pela organização, funcionamento e resolutividade do sistema de saúde.

IC4- Retirar do processo de trabalho a necessidade de assinatura do morador após a realização da visita domiciliar, evitando a compreensão reduzida do Agente como mero caça assinatura.

IC5- Vivência de trabalho em equipe de forma interdisciplinar, garantindo a efetivação das ações e a criação de vínculo de confiança, evitando a organização hierárquica.

IC6- Os Agentes diminuiriam o número de famílias cadastradas, visando ao melhor acompanhamento e assistência.

IC7- Efetivação, com direitos trabalhistas e melhoria salarial, garantindo segurança para realizar o processo de trabalho.

IC8- Não é necessária nenhuma modificação.

8- PERCEPÇÃO DA COMUNIDADE SOBRE O TRABALHO DO AGENTE NA PERSPECTIVA DO AGENTE

IC1- A comunidade reconhece o profissional Agente através da compreensão/valorização do papel de elo, sendo considerado referência no aspecto da saúde, o que resulta na aceitação do trabalho.

IC2- Alguns moradores não valorizam o trabalho do Agente.

IC3- Culpa do Agente.

IC4- A comunidade valoriza as atividades curativas em detrimento das ações preventivas e percebem o Agente apenas como Marcador de consulta, resultando na não compreensão do novo modelo assistencial e insatisfação com os Agentes.

9- EXPECTATIVAS DA PROFISSÃO DO AGENTE

Ideias Centrais - O Agente Comunitário espera para o futuro:

IC1- Efetivação, a fim de garantir segurança e tranquilidade para realizar as atividades cotidianas.

IC2- Valorização profissional em proporção com a responsabilidade, e o processo de trabalho com reconhecimento tanto no âmbito financeiro quanto social, rompendo com a visão do Agente como classe menos favorecida.

IC3- Efetivação como elo entre a comunidade e a unidade de saúde.

IC4- Educação permanente, garantindo qualificação profissional.

IC5- Apoio para implementar as atividades educativas.

IC6- Organização da classe profissional, levando à representatividade.

10- SER AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE E SER AUXILIAR DE ENFERMAGEM: DOIS PONTOS DE VISTA

IC1- Ser auxiliar de enfermagem proporciona ao Agente a maior valorização perante a comunidade que anseia pelas atividades curativas.

IC2- Ser auxiliar de enfermagem traz mais benefícios no aspecto individual do que no coletivo.

11- ASPECTOS MOTIVADORES DO PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE

Ideias Centrais - O Agente Comunitário é motivado:

IC1- Pela resolução das necessidades de saúde, levando à sensação de dever cumprido e reconhecimento.

IC2- Pela satisfação do usuário por meio das ações empreendidas durante o processo de trabalho.

IC3- Pelo desejo de ajudar o próximo.

12- ASPECTOS DESMOTIVADORES DO PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE

Ideias Centrais - O Agente Comunitário é desmotivado:

IC1- Pela falta de resolução, que ocasiona a falta de credibilidade acerca do desenvolvimento do papel desse profissional.

IC2- Pela responsabilização do Agente pela organização e funcionamento do sistema de saúde, o que ocasiona insatisfação do usuário e incompreensão.

IC3- Pela compreensão reduzida do papel do Agente como andarilho da saúde e caça assinatura.

IC4- Pela realização de atividades administrativas desvirtuadas que sobrecarregam o serviço e causa stress.

IC5- Pela ausência de trabalho de equipe associada à falta de compromisso com a comunidade.

13- MUDANÇAS DA CONCEPÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITARIO DE SAÚDE

14- A PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA DOS AGENTES SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DESSE PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DO SUJEITO/AGENTE

IC1- A família considera o papel de Agente como relevante, indispensável e essencial para a comunidade por meio de ações de cuidado e também promove o desenvolvimento pessoal.

IC2- A família valoriza o trabalho de Agente, que representa fonte de orgulho e confiança.

IC3- A família considera o processo de trabalho complexo, associado ao fato da comunidade não separar o profissional-Agente do morador-Agente, com procura fora do horário de serviço e do ambiente de trabalho e com cobranças indevidas.

IC4- A família considera o processo de trabalho complexo associado à convivência direta com a realidade local e com a violência.

15- A PROFISSÃO DE AGENTE: UM TRABALHO A SER RECOMENDADO PARA FAMILIARES E AMIGOS

Ideias Centrais – Um trabalho a ser recomendado para familiares e amigos que possuem:

IC1- Atitudes e valores, como paciência e calma.

IC2- Atributos pessoais, como amor profissional.

IC3- Qualidades e atributos profissionais, como ser calmo, saber conversar, comunicar, explicar, ser capaz de transpor informações, saber ouvir e saber lidar com situações diversas.

16- AÇÕES NECESSÁRIAS PARA A VALORIZAÇÃO DO AGENTE DE SAÚDE NA PERCEPÇÃO DO AGENTE

IC1- Valorização dos Agentes por parte da equipe e do gestor municipal de saúde como peça fundamental no processo de inversão do modelo assistencial por meio do trabalho em equipe, interdisciplinar e de visibilidade.

IC2- Divulgação do papel do Agente e da equipe de saúde da família, proporcionando maior visibilidade e desmistificando a ideia de mero marcador de consulta.

IC3- União da categoria Agente de forma organizada para reivindicar e garantir os direitos trabalhistas.

SABER CONHECER

1- PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

IC1- Compromisso com a comunidade, estimulado pelo conhecimento da realidade local e associado ao importante papel de educador sanitário e social das famílias.

IC2- Implementação do processo de Educação em saúde efetivada na visita domiciliar por meio da escolha de temas a serem discutidos com as famílias.

2- ASPECTOS QUE CONTRIBUEM PARA A DESCONTINUIDADE DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

IC1- Sobrecarga de atividades desenvolvidas pela equipe de saúde em decorrência de formação incompleta das equipes, período de férias e acúmulo de atividades.

IC2- Sobrecarga de atividades em decorrência da implantação do plano diretor da atenção primária à saúde.

IC3- Sobrecarga de atividades em decorrência da realização de reuniões na Secretaria Municipal de Saúde.

IC4- Repetição dos temas durante o processo de educação permanente que ocasiona a desmotivação.

3- ESCOLHA DOS TEMAS PARA O PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Ideias Centrais – O processo de escolha dos temas a serem abordados na educação permanente baseia-se na:

IC1- Prática cotidiana dos Agentes de saúde por meio do levantamento das dificuldades vivenciadas, dúvidas da comunidade, necessidades locais e situações epidemiológicas.

IC2- Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde.

IC3- Escolha dos coordenadores (enfermeiro e médico) durante a implantação da equipe, passando depois para a escolha dos temas, embasados na comunidade.

4- (DES) CONHECIMENTO DOS AGENTES DE SAÚDE SOBRE OS PRINCÍPIOS DO SUS.

SABER FAZER

1- ATRIBUIÇÕES DO AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE

IC1- Visita Domiciliar.

IC2- Reuniões – Atividades educativas coletivas.

IC3- Orientações e aconselhamento Comunitário.

IC4- Atividades internas – administrativas, recepção, farmácia.

IC5- Acompanhamento das famílias e de grupos específicos.

IC6- Marcação de Consulta, entrega de encaminhamentos e exames.

IC7- Promotor da Saúde e atividades comunitárias.

IC8- Acolher, ouvir a comunidade.

IC9- Elo.

IC10- Atividades de técnico de enfermagem - curativo, medida de pressão arterial - PA.

IC11- Trabalho em equipe.

2- PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES

IC1- O planejamento não é implementado adequadamente devido à realização de outras atividades administrativas internas e externas, como entrega de exames e encaminhamentos, associado à ausência de Agentes, o que causa sobrecarga de atividades administrativas.

IC2- O planejamento não é implementado adequadamente devido a demandas da comunidade e a necessidade de ser ouvida.

3- REALIZAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES

1º Passo: DSC- Chegada ao domicílio, quando o Agente é conhecido pela família.

2º Passo: DSC- Certificar se o horário e o momento são apropriados para a visita.

3º Passo: DSC- Estabelecimento do diálogo e início da visita domiciliar.

4º Passo: DSC- Identificação e acompanhamento dos Grupos Específicos.

5º Passo: DSC- Acompanhamento e aconselhamento familiar e individual.

4- PERCEPÇÃO DO AGENTE ACERCA DA RECEPTIVIDADE DAS FAMÍLIAS

IC1- Boa receptividade

IC2- As famílias percebem o Agente Comunitário como o representante do serviço de saúde e responsabiliza-o pela ineficiência e não resolução do sistema de saúde, resultando na resistência ao processo de visita domiciliar.

5-ACOMPANHAMENTO DOS GRUPOS ESPECÍFICOS

IC1- Acompanhamento dos hipertensos.

IC2- Acompanhamento dos diabéticos.

IC3- Acompanhamento das gestantes.

IC4- Acompanhamento das crianças.

IC5- Acompanhamento de condições que devem ser acompanhadas.

IC6- Acompanhamento dos hansenianos.

IC7- Acompanhamento dos tuberculosos.

IC8- Acompanhamento por meio dos grupos operativos.

6- REUNIÕES - EDUCAÇÃO EM SAÚDE

DSC- “Eu ainda não fiz nenhuma reunião sozinho, a gente não faz sozinho, a gente acompanha o médico ou o enfermeiro”.

DSC – “Eu conduzo as reuniões de gestantes toda segunda, a gente faz reunião na pesagem, só na pesagem e as outras eu participo junto com o enfermeiro”.

7- REGISTRO DAS ATIVIDADES

IMPORTÂNCIA DA INFORMAÇÃO

IC1- Acompanhamento das famílias e indivíduos, visando à promoção da saúde e prevenção de doenças.

IC2- Planejamento e avaliação das ações desenvolvidas pela equipe.

IC3- Alimentação dos sistemas de informação em saúde.

IC4- Garantia do serviço realizado durante a visita.

8- ANOTAÇÕES

IC1- Anotações nas fichas do sistema de informação da atenção básica.

IC2- Anotações diversas registradas no caderno.

8.1- MOMENTO DA ANOTAÇÃO

DURANTE A VISITA.

FINAL DA VISITA.

DEPOIS DA VISITA.

9- ATIVIDADES COMUNITÁRIAS

10- ATIVIDADES DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE

IC1- Avaliação do processo de trabalho.

IC2- Avaliação da situação de saúde.

IC3- Avaliação para o acompanhamento das famílias e dos grupos específicos.

IC4- Avaliação relacionada à prestação de contas no SIAB.

IC5- Avaliação relacionada ao desempenho pessoal.

11- ETICA NO DESENVOLVIMENTO DE SUAS ATIVIDADES

IC1- Demandas por dúvidas relacionadas à saúde e a doença são encaminhadas e discutidas com os membros da equipe, especialmente para quem tem as respostas e as soluções.

IC2- Demandas pessoais não são compartilhadas com a equipe e nem com outras famílias.

12- SITUAÇÕES DE RISCO

IC1- Risco socioeconômico.

IC2- Risco ambiental.

IC3- Situação de risco relacionado à saúde.

IC4- Acompanhamento de Grupos Específicos de Saúde.

13- PROMOÇÃO A SAÚDE

14- SATISFAÇÃO COM A PROFISSÃO DE AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE

SABER CONVIVER

1- A PERCEPÇÃO DO AGENTE SOBRE O TRABALHO EM EQUIPE

Ideias Centrais - O trabalho em equipe:

IC1- Pauta-se construção de objetivos comuns.

IC2- Complementa o fazer individual, resultando em resolução e co-participação no processo de cuidar.

IC3- Favorece um sentimento de pertencer a uma família profissional fundamentada na ajuda mútua, na empatia e no respeito.

IC4- Favorece a valorização do profissional por meio da contribuição e complementação das ações.

IC5- É compreendido como ação de uma “catraca”, com a interligação das partes na formação de um processo de cuidar completo.

2- A PERCEPÇÃO DO AGENTE SOBRE O TRABALHO COM A COMUNIDADE

IC1- O trabalho com a comunidade é percebido como tarefa difícil quando relacionada a interesses diferentes entre dois personagens – equipe e comunidade.

IC2- O trabalho com a comunidade é percebido como tarefa fácil se relacionada ao conhecimento e ao compromisso com a comunidade.

3- PERCEPÇÃO DOS AGENTES SOBRE A INTERAÇÃO DA EQUIPE COM A COMUNIDADE

IC1- A interação equipe-comunidade ocorre de forma positiva por meio do respeito mútuo com aceitabilidade, receptividade e respeito recíproco.

IC2- A interação equipe-comunidade ocorre através do Agente Comunitário, que funciona como elo.

IC3- Orientação da comunidade por meio de atividades educativas e diálogo.

4- ASPECTOS DO PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE QUE A EQUIPE DEVERIA COMPREENDER/CONTRIBUIR NA PERCEPÇÃO DO AGENTE

IC1- A equipe não precisa de nenhuma informação adicional.

IC2- Os aspectos negativos do processo de trabalho que geram sobrecarga: atividades internas e administrativas, em especial agendamento de consultas e exames.

IC3- Acompanhar as atividades dos Agentes Comunitários de forma mais próxima.

IC4- Conhecer os aspectos positivos do processo de trabalho do Agente.

5- ASPECTOS DO PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE QUE A COMUNIDADE DEVERIA CONHECER/COMPREENDER NA PERCEPÇÃO DO AGENTE

IC1- Desmistificar o papel de marcador de consulta e valorizar o verdadeiro papel do Agente Comunitário: Promotor da Saúde.

IC2- Divulgação da função do Agente Comunitário de Saúde.

IC3- Conhecimento das dificuldades enfrentadas pelos Agentes de saúde.

IC4- Divulgação do Objetivo da Estratégia Saúde da Família.

6- REFERÊNCIA PROFISSIONAL NO ENFRENTAMENTO DE SITUAÇÕES DE RISCO/ÁREA DE RISCO

7- PERCEPÇÃO DOS AGENTES SOBRE A ESTABILIDADE NA PROFISSÃO E SUAS IMPLICAÇÕES NEGATIVAS E POSITIVAS

IC1- A falta de estabilidade ocasiona receio e preocupação que atrapalham o desenvolvimento e o desempenho nas atividades, especialmente, relacionadas ao aspecto mental e sobrecarga.

IC2- A falta de estabilidade prejudica o planejamento das metas pessoais para o futuro e o estabelecimento de compromisso financeiro.

IC3- A estabilidade na profissão proporciona o estabelecimento de diálogo efetivo sobre a dinâmica do trabalho da equipe de saúde e esclarecimento do papel do Agente.

IC4- A falta de estabilidade não interfere na realização adequada do serviço para os profissionais comprometidos.

8- ROTATIVIDADE DE PROFISSIONAIS NA EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA: PERCEPÇÃO DOS AGENTES

IC1– Busca de novos horizontes profissionais motiva a rotatividade.

IC2- O processo de trabalho causa sofrimento profissional e stress, motivando a rotatividade.

IC3- Visão equivocada do processo de trabalho motiva a rotatividade.

2.1 - RESULTADOS E DISCUSSÃO DO SABER SER

“O amor cura as pessoas...

Tanto aquelas que dão

Quanto aquelas que recebem”

(Karl Menninger)

O Saber Ser expressa-se por meio de valores, atitudes e qualidades, demonstrando o domínio afetivo que contempla o conhecimento de si mesmo que subsidia o relacionamento com o outro por meio das relações interpessoais (DELORS, 2003; BRASIL, 2004).

O Ser Agente retratado nesse estudo contempla o ser, o ser-aí e o ser-com-os-outros por meio de Ideias-Centrais e seus respectivos DSCs.

1- MOTIVAÇÃO PARA SER AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

A motivação para ser Agente Comunitário vem ao encontro de várias perspectivas, não restritas apenas ao campo financeiro, mas indo muito além, como a busca para o encontro do seu Ser no mundo e Ser com os outros, objetivando a sua valorização pessoal e profissional. Nesse sentido, a leitura das entrevistas possibilitou a construção de cinco ideias centrais expressas no quadro abaixo.

Ideia Central (IC) 1- Oportunidade de emprego.

A motivação mais mencionada pelos Agentes foi a oportunidade de ingressar no mercado de trabalho, expressa pelo DSC.

DSC- “Eu quis ser Agente porque na época foi mais questão de necessidade mesmo, primeiro porque foi uma oportunidade porque eu tava desempregada, na verdade foi assim, eu tava desempregada há 4 anos, eu procurava serviço não achava, na época eu tava com trinta e poucos anos, só que nas firmas não tava mais querendo pegar, como eu posso falar, a classificação minha não tava tão boa, tinha gente que já tinha mais curso, eu só tinha o 2º grau, eu tava tendo dificuldade pra trabalhar, eu comecei até a entrar em depressão na época, então eu falei ‘eu não vou me desesperar’, minha família tava mim ajudando, pelo menos comida não faltava. Aí um dia, já faltando um dia só pra fazer a inscrição, aí a menina da pastoral foi lá na minha casa e mim falou ‘Oh, R. ta tendo um curso aí, né, de Agente Comunitário’; eu nem sabia nessa época o quê que era Agente Comunitário, né, ‘Você não quer fazer a inscrição, você não vai pagar nada, é de graça mesmo’; eu cheguei e fui na secretaria tirei o xerox dos documentos foi lá e fiz a inscrição; e surgiu a oportunidade, fiz a prova que a gente fez na época foi pra ser admitida, depois fiz o treinamento, aí a gente vai gostando, apaixonando pelo trabalho, e depois eu me identifiquei

com esse serviço apesar de ser muito complicado, difícil, mas, difícil porque são situações que a gente enfrenta, essa questão de inversão de modelo é muito difícil até hoje, depois de 08 anos a gente vê que assim o pessoal aprendeu um pouco, mas ainda é muito pouco, também é muito caminho pra andar”.

O processo seletivo para Agente Comunitário de Saúde representou uma forma de reingressar no mercado de trabalho e de promover a geração de renda para garantia do sustento da família, já que os candidatos, em sua maioria, encontravam-se desempregados na época da seleção. Essa motivação também foi retratada em outros estudos, com destaque para Bachilli et al. (2008, p.53); em um estudo com sete Agentes Comunitários, chamam atenção para o desemprego e a busca pela valorização em uma nova categoria profissional. Assim comentam:

A opção pelo trabalho de Agente Comunitário caracteriza-se, assim, não somente pela alternativa ao desemprego – um ato da vontade, mas principalmente pela atitude de presença na vida produtiva, que se lança em busca de uma nova valorização, uma nova categoria profissional.

O desejo de estar na vida produtiva e, especialmente, fazer parte de uma categoria profissional, que para muitos era desconhecida, criou perspectivas para esses sujeitos que se encontravam à margem da esfera produtiva e da esfera pública, precisando sustentar suas famílias e, acima de tudo, sustentar seus sonhos de uma vida melhor no âmbito familiar e social.

A questão da valorização pode ser percebida em algumas das ideias centrais que se seguem.

Ideia Central (IC) 2- Oportunidade de emprego na área da saúde.

DSC- “Eu fiz o auxiliar e o técnico de enfermagem, aí surgiu a oportunidade, eu já tava na área da saúde, e aproveitei a oportunidade eu que não tava trabalhando; aí, como é pra gente, e aí ser na área de saúde, é claro, vou tentar, aí que tentei”.

O processo seletivo também representou uma oportunidade de ingressar na área de saúde, já que passaram a desenvolver suas atividades de enfermagem dentro do sistema de saúde, funcionando como um “trampolim” para a implementação do curso iniciado anteriormente, e ser Agente revelou-se como uma forma de executar o fazer em saúde e enfermagem.

Ideia Central (IC) 3- Ajudar o próximo e a comunidade.

DSC- “Bom, é que eu percebi que a minha comunidade realmente ela é bem carente então precisa de pessoas pra tá orientando, né, é, aí, eu percebi que eu podia tá integrando aqui dentro, e tá ajudando a comunidade, pelo fato de saber que eu tô ajudando o meu próximo, né, área da saúde é uma área que eu gosto, e, e, só de tá ajudando, é, saber que eu gosto muito; primeiro porque eu sempre gostei de trabalhar com a comunidade, e eu já trabalhei na associação de bairro, e trabalhei como voluntário, né, legionário, legião de Maria, eu já tinha um início de trabalho com a comunidade, então, é era uma forma de ter mais experiência de trabalhar no bairro, trabalhar com quem já conheço, dá continuidade

àquilo que já conheço, eu gosto de ser Agente, tem muitas coisas parecidas com o trabalho comunitário”.

A opção pelo trabalho de Agente foi motivada pelo desejo de ajudar o próximo e a comunidade, aliado ao benefício da remuneração das atividades comunitárias anteriormente realizadas de forma voluntária, continuando a prestar o cuidar à comunidade e às famílias assistidas.

Esse desejo de ajudar revela a essência do fazer do Agente, que é a arte de cuidar enquanto atenção, carinho, dedicação, zelo, desvelo, envolver-se com o outro, abrangendo um modo de ser que engloba a forma de ser-no-mundo, percebendo o outro como realmente é, respeitando-o e garantindo a autenticidade do ser que se revela como um ser-no-mundo que se impõe como único. A partir dessa compreensão, o Agente pode estabelecer relações interpessoais construtoras de confiança e credibilidade fundamentais para a assistência (BOFF, 2004; BRASIL, 2008).

Ideia Central (IC) 4- Vocação.

ECH Gabriel – “Justamente por se tratar da comunidade, que eu gosto muito de trabalhar com ela, não é tanto o salário, entendeu? Mas é por vocação mesmo, porque eu gosto”.

Delors (2003) afirma que a dimensão do ser representa o domínio afetivo, o que é retratado no discurso de Gabriel, que valoriza esse domínio, compreendendo-o como vocação, iniciada com o conhecimento de si mesmo (gostar de trabalhar com a comunidade) para, depois, se relacionar com os outros por meio das relações interpessoais com a comunidade e, enfim, ajudar a quem necessita.

Essa vocação revela-se no cuidar, que representa a raiz primeira do ser humano, já que somos criaturas cuidadoras, pois projetamos o cuidar em toda a nossa vida. Dessa maneira, cuidar do outro passa a representar um desejo íntimo que não pode ser explicado e é nomeado por alguns de Vocação (BOFF, 2004).

Ideia Central (IC) 5- Influência Familiar.

ECH Omael – “Oh, na realidade a minha mãe é enfermeira particular, né, então dentro de casa eu sempre tive, é, é, eu sempre tive um contato com a pessoa, é, é... uma influência muito grande pra trabalhar na área da saúde, mas eu nunca tive, assim, vontade, de ter a vocação, depois que eu comecei a trabalhar que eu, é, é... foi despertando em mim assim aquela, é... o desejo de, de trabalhar na área da saúde que até então eu não tinha essa vontade. Igual hoje eu trabalho, eu sei como é que é, assim quando você ajuda a pessoa e vê a pessoa bem, entendeu, vê que aquilo ali partiu de você, que aquilo ali vai fazendo a diferença, vai fazendo que cada dia mais você tenha vontade de trabalhar na área”.

Heidegger (1981) analisa que a vivência cotidiana caracteriza o homem e o seu ser situado no mundo. Dessa forma, Omael destaca, através da sua história de vida e em contato com a experiência de cuidar, que foi motivado a procurar algo além de si mesmo e o descobriu no papel de Agente Comunitário, projetando-se para fora de si por meio da ajuda ao próximo e da gratificação por promover a saúde; esse projetar-se transformou o fazer em algo prazeroso, uma fonte de inspiração para enfrentar as adversidades.

2- SIGNIFICADO DO SER AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O saber-ser se expressa através de atitudes, valores e qualidades pessoais, sejam elas inatas ou adquiridas resultam na produção de si para o agir no processo de trabalho. Diante disso, os anjos de Montes Claros dimensionaram o significado do ser Agente Comunitário de Saúde por meio de Cinco Ideias Centrais e seus respectivos DSCs.

Ideia Central 1- Ser Agente é ter Atitudes: ética, respeito, responsabilidade, paciência, saber cuidar e compartilhar.

DSC- “Eu acho que ser Agente é tipo assim, você tem que ter paciência, é um cargo de muita responsabilidade, né, com muita responsabilidade, de uma certa forma você é responsável pelo um certo número de família e assim é um trabalho que exige muito sigilo de suas condutas o que você faz dentro da área, lá dentro você ouviu saiu dali acabou, é você saber respeitar as pessoas, o idoso, é saber o que a pessoa está necessitando ali, você fazer o melhor por ela, assim a gente pega muito, muito intimidade com a pessoa, é assim que eu me sinto como ACS”.

O Ser Agente deve ter atitudes para ser-aí, estando no mundo, com o mundo e pelo mundo; essas atitudes facilitam a interação com as pessoas e a coletividade por meio de ações que promovam a troca de experiências e diálogo, acima de tudo, com responsabilidade, ética e respeito (HEIDEGGER, 1999; STEIN, 1988; FREIRE, 1983).

Os Agentes nomeiam atitudes como expressão do Ser Agente, já que, para compreender o seu ser, é necessário compreender o outro e, para compreendê-lo, é

preciso estabelecer relação com-o-outro e com-o-mundo, agindo, reagindo e interagindo; o homem somente existe como ser-no-mundo através do relacionamento com os outros seres, já que não há um ser sem o mundo e o mundo sem o ser (HEIDEGGER, 1999; STEIN, 1988; FREIRE, 1983).

Os anjos do estudo, dentro de sua sabedoria, revelaram que o cuidar é o princípio, o meio e o fim das relações interpessoais que tornam-se efetivas por meio de atitudes construtivas.

Ideia Central 2- Ser Agente é realizar Ações voltadas ao próximo, à família e à comunidade: Ajudar, Cuidar, Acolher, Contribuir, Repartir, Acompanhar, Orientar, Encaminhar, Explicar, Resolver.

DSC- “Ser Agente Comunitário de Saúde é ajudar o próximo, né, além de fazer minhas atividades, né, sociais eu tô desempenhando um, um papel que é ajudar, você ajuda uma família que tava só doente, com problema, a família fica grata por você ter ajudado, eles agradecem eu agradeço mais ainda por poder ser tão útil para a comunidade. O Agente tem como maior objetivo é ajudar quem precisa, porque a área da saúde é difícil, né, com o meu trabalho poder ajudar aquelas pessoas que eu vejo que precisa mesmo encaminhar na maneira do possível a gente consegue; ser Agente é muito bom por poder contribuir com a família, ajudar o próximo, só de tá entrando assim na casa da pessoa e, e poder orientar, é, é... ajudando, orientando no dia a dia, você orienta de acordo com o que você vê na casa, porque tem uma coisa que eu vejo numa casa, na outra eu já vejo diferente, eu faço a casa de acordo com

que eu vejo lá, eu oriento. Na outra casa, eu não posso falar a mesma coisa, porque já é diferente; a gente tem que se doar muito porque tem sempre alguém procurando, às vezes uma palavra sua, um sim ou não que você dê resolve a vida deles, às vezes eles te param na rua, às vezes dia de domingo vai lá em casa à noite perguntar , eu tô sentindo isso, será que eu posso fazer isso, eu devo ir no hospital, só que por eu gostar do serviço que eu faço, eu gosto de trabalhar como Agente de Saúde, por isso que tem às vezes os excessos. Agente faz além um pouquinho porque eu gosto do que faço, se eu não gostasse, eu não faria, você tem que tá disponível em outros momentos, é claro que a gente não pode dispor da nossa vida, da nossa família”.

O Saber-Ser perpassa todas as outras dimensões - fazer, conhecer e conviver - e, nesse DSC descrito, ocorre essa fusão, com destaque para as ações que têm na sua essência o processo de cuidar, que representa a alma dessa categoria (BRASIL, 2004a).

Os Anjos do estudo revelam que esse processo de cuidar por meio de ações relacionais e comunicativas, faz do homem um ser aberto ao outro e ao mundo que através da compreensão e interação com o outro pode revelar e compreender a si mesmo, os Agentes montesclarenses definem-se enquanto ser a partir do ser-com-os-outros e ser-no-mundo, pois Ser Humano só acontece na presença do outro (HEIDEGGER, 1999; STEIN, 1988).

Ideia Central 3- Ser Agente é possuir Atributos Pessoais: Saber Ouvir/Escutar, Saber Lidar, Saber Comunicar, Ser Tranquilo, Saber Doar, Identificar com o trabalho, sendo Povo com o Povo por meio do Amor Profissional.

DSC- “Ser Agente de Saúde é repartir um pouco da gente com eles, é ser povo com o povo, né, porque pra ser Agente, a gente tem que ter muito amor, você aprende a amar as pessoas, né, de forma bem profissional, às vezes sofre junto com ela, né. Igual mesmo, aqui tem gente que tem dia que nem almoça, outras vezes não janta, pois começa a pensar naquilo; se não tiver amor não consegue, eu vou falar a verdade, é como ser mãe da comunidade, porque de tudo um pouco você tem de resolver, né, tudo, tudo, você tem que resolver, assim, é um elo mesmo, é você que, que sabe o que tá acontecendo lá dentro, é você que passa pro médico: ‘Doutor, mais eu acho que não dá pra passar essa dieta pra essa pessoa porque não tem como ela fazer essa dieta, não tem nem o que comer’; deve ser uma pessoa que tem calma mesmo, saber lidar com as pessoas, você de repente dá uma resposta pra uma pessoa, em questão da saúde, você tem que tá conversando, tá explicando porque se a pessoa não tiver perfil, não gostar daquilo que faz, ela não consegue”.

Os Agentes mencionam que, para ser Agente, é preciso possuir atributos pessoais que representam características e qualidades que podem ser inatas ou adquiridas, fundamentadas no Ser Discursivo que sabe ouvir, falar, compreender, lidar, respeitar,

articular e interagir, favorecendo a criação de vínculos com as pessoas e as suas famílias (SAUPE et al., 2005; HEIDEGGER, 1999; STEIN, 1988; FERNANDES et al., 2007).

Esse agir comunicativo que permeia o Ser Agente representa o aspecto fundamental do processo de trabalho, demonstrando que ser e fazer estão interligados.

Ideia Central 4- Ser Agente é possuir Atributos Profissionais: Saber Ser elo, identificar-se com a comunidade, Ser representante da comunidade, conhecer as famílias e a comunidade, Ser porta de Entrada para o sistema de saúde.

DSC- “Ser Agente é você ter um elo com a comunidade, representante da comunidade, nós somos um elo mesmo, eu sou aquela ligação entre a família, as famílias e a saúde, qualquer informação é o elo, é o vínculo da comunidade com a unidade de saúde, é a porta de entrada, é um elo, a gente pega de lá e trás pra cá, e daqui pra lá, então, é muito interessante, é tá inserido na comunidade sabendo as demandas, né, o que a comunidade precisa pra ta resolvendo, pra ta acompanhando a família, ta conhecendo a comunidade que vive. Eu conheço todo mundo da área, da microárea minha e das outras também, pelo fato de morar no bairro já tem bastante tempo eu já conheço praticamente todo mundo e tudo que eles precisam, eu conheço os problemas sociais, né, os problemas de saúde, eu acho que é isso, é amor profissional, é um elo que me uniu a comunidade mais do que antes, porque hoje em dia você tem que amar mesmo, não adianta você só querer receber pagamento no final do mês”.

Ser Agente é possuir atributos profissionais, ou seja, ser competente com a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos com responsabilidade por meio da inteligência prática, descrita pelos sujeitos do estudo como interagir, desempenhando o papel de laço, de ligação como legítimo representante da comunidade, já que conhece e se identifica com os seus moradores (BRASIL, 2004; FLEURY; FLEURY, 2004).

Esse conhecer e identificar-se com os moradores eleva o Agente de Saúde a ser o cuidador como modo-de-ser essencial e sempre presente, ultrapassando as atividades diárias no horário de trabalho, já que auxilia a pessoa, escuta-a de maneira solidária e atua como elo, permitindo-se e permitindo ao outro experimentar a beleza de ser Humano por meio de relações acolhedoras (BOFF, 2004; BRASIL, 2008).

Ideia Central 5- Ser Agente é causar Repercussões Positivas (Ser Acolhido, Valorizado, Vivenciar experiências gratificantes que resultam no estreitamento das relações interpessoais, levando a sentir-se como membro da família) e Negativas (Incompreensão, Desvalorização, Decepção) na Comunidade e nas Famílias.

DSC- “Pra mim, ser Agente de Saúde é, é... igual eu ti falei é gratificante por um lado, eu me sinto muito mais útil só de saber que eu tô entrando na família, na casa da pessoa. Assim a gente pega muito, muito intimidade, tem casos que a gente passa como uma pessoa da família, é você, é como se você fizesse parte daquela família, né cada uma da família que a gente vai é uma casa, você fica sabendo de tudo, sabe que acontece naquela família tem gente que gosta muito da gente, e ser Agente de Saúde pra mim, foi muito gratificante. Por outro lado, é, é... a gente decepciona, porque a gente tem que lidar com todo tipo de pessoa, né, então a gente vai,

né sai de casa sete horas da manhã, vem aqui na unidade, acolhe as pessoas depois a gente vai pra área pra fazer a visita, pra acompanhar o pessoal, e tem muitas pessoas que ainda não dão valor, tem gente que acha que ser Agente de Saúde é ficá batendo perna, é, é..., não faz nada, que fica de conversinha, na realidade a gente é cobrado, todo fim de mês a gente tem uma meta pra poder, é, é... prestar conta pro pessoal aqui”.

No processo de trabalho, os Agentes revelam a complexidade do Ser Agente relacionada ao processo de síntese e antítese, sofrendo uma dualidade que inicia no fazer (interação positivas e negativas) e se instala na interioridade do seu ser (motivação e desmotivação), estabelecendo o diálogo contínuo com as incertezas em que não existe a verdade absoluta (FREIRE, 1987; MORIN, 2003).

Esses atributos profissionais revelam que o cuidado transcende a assistência apenas física, contemplando questões emocionais e relacionais, já que a experiência de adoecer gera a intercomunicação do homem que precisa ser cuidado e de seu cuidador em um contexto social e de história de vida. A relação estabelecida Agente-Cliente resulta em produtos positivos e motivadores; por outro lado, se as expectativas não forem contempladas de maneira satisfatória, gera sofrimento, angústia e stress.

Os Agentes de Saúde compreendem o Ser Agente de Saúde com base em uma única palavra: Cuidado, que é, ao mesmo tempo, a essência do ser e o fazer (atitude).

3- QUALIDADES E VALORES DO AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE

O aspecto relacionado a qualidades e valores foi dividido em quatro ICs, subdivididas em categorias - Atitudes/valores, Qualidades, Atributos Pessoais e Atributos Profissionais.

Ideia Central 1- O Agente Comunitário de Saúde deve possuir atitudes/valores – ética, compromisso, responsabilidade, paciência, confiança, credibilidade, honestidade, compreensão, atenção, presteza, fidelidade com a população, além de saber ouvir, relacionar-se com as pessoas e não fazer distinção/discriminação, ou seja, tratar a todos de forma igual.

DSC- “Eu acho que você tem que ter ética, ser fiel com a comunidade, ter honestidade, ser assim responsável, é, ser responsável, entender daquilo que você tá fazendo também, entender, eu acho que é isso eu acho que ele tem que ter palavra, ele tem que ser uma pessoa assim. Por exemplo, se ele falar pro paciente eu vou fazer isso pra você, eu vou na tua casa tal dia, ele tem que ter aquela responsabilidade, de compromisso, tá ali porque se não às vezes o que a gente adquiriu anos pra poder conseguir, com essa falta de compromisso você deixa muito a desejar, perde a credibilidade do paciente, mesmo que você for lá dar uma resposta negativa, mas eu acho que você tem que dizer; ah, eu acho que tem que ser atencioso, ter empatia, tem que ser prestativo, tem que dá, assim atenção pro paciente, né, saber ouvir o paciente, escutar, sabe assim dar aquele conselho, ser comunicativo, ser uma pessoa compreensiva, que tem que parar

mesmo pra escutar as pessoas; tem que ter paciência porque mexer com gente é difícil”.

Esse elenco de atitudes/valores mencionados pelos Agentes deve estar fundamentado no Ethos/ Ética, que compreende a morada do ser, o modo de ser expresso no grupo de virtudes humanas e comportamentos que orientam a conduta profissional no cuidado prestado às pessoas e à coletividade, ordenando as relações estabelecidas e as formas de comunicação (GELAIN, 1998; RIOS, 2001).

Os Agentes compreendem a ética de forma transcendente, como sendo a ética do cuidado que inclui atitudes de solidariedade, compaixão, sentimento de cooperação e, especialmente, por meio da humanização das relações (WALDOW, 2007).

Vale destacar a necessidade de garantir os princípios éticos da fidelidade e da veracidade, com o cumprimento das promessas e obrigação de falar a verdade e não enganar as outras pessoas aliados à justiça, como tratamento igual a casos semelhantes (GELAIN, 1998; FORTES e MARTINS, 2000).

Ideia Central 2- O Agente Comunitário de Saúde deve possuir qualidades como ser compreensivo, solidário e amigo, saber acolher, ajudar e conversar, sendo capaz de transpor um saber fácil de entender, norteando as Ações voltadas ao próximo, à família e à comunidade.

DSC- “O Agente deve saber conversar, assim, saber o momento de conversar, de poder passar o que ele realmente foi fazer ali, passar confiança pra pessoa, eu vou tá transmitindo confiança pra ele, pra ele tá né falando dos problemas, porque tem muitos que realmente tem dificuldade de falar, né, e as vezes tem problemas que nós, é,

é... só conseguimos ajudar é dando confiança pra ele; tem que ser amigo e procurar compreender as pessoas da comunidade, tem que saber acolher, eu acho que acima de tudo querer ajudar o próximo, se você não tem boa vontade pra ajudar, se você não tem paciência de ouvir não tem como ser Agente”.

O elenco de qualidades mencionado pelos Agentes entrevistados tem o intuito de guiar o agir comunicativo e o agir estratégico necessários para o processo de trabalho, tendo em vista que o Ser Agente pauta suas ações no diálogo e no discurso que se materializam em valores como compreensão, cooperação, solidariedade, engajamento e, acima de tudo, confiança (SILVA et al., 2008; BARROS; PINHEIRO, 2007).

O Agente deve possuir qualidades que contemplem as demandas de cuidado reveladas pelo sujeito, que estão pautadas no eixo relacional e comunicativo, uma vez que o indivíduo assistido quer ser ouvido, compreendido, acolhido. Nessa conjuntura, o ato terapêutico imprescindível é o Ouvir, que é compreendido e revelado nos discursos dos Agentes pesquisados que valorizam e reconhecem esse ouvir como a ferramenta utilizada para fortalecimento do vínculo de suporte social (CAMPOS, 2005).

Ideia Central 3- O Agente Comunitário de Saúde deve possuir Atributos Pessoais: Ser humano, ter amor à profissão, ser simpático, ser humilde, ter empatia, motivação, perseverança, saber interagir, Comunicar e ouvir.

DSC- “Ele tem que ser um ser humano, né, ele tem que sair da caixinha de vidro, que eu sempre falo pras meninas aqui: ‘Nós temos que sair dessa caixinha de vidro’, achar que, que a gente é outra pessoa totalmente diferente do mundo daquelas pessoas, nós

temos que saber que a gente pode passar por situações iguais, parecidas, eu acho que, primeiramente, um Agente, pra ser Agente, ele tem que ter humildade, não tem que ter soberba, porque tem uns que a gente vê que não tem perfil pra PSF, porque chega na comunidade, eu já vi né casos que tem gente que chega e não tem aquela humildade, de chegar, sentar, conversar, né, com Dona Maria, que ali é mais carente, você chega e ver que o ambiente da casa, é a casa daquela pessoa bem fraquinha, bem humilde e tem gente que, que até pula a casa, passa pra frente, vai naqueles mais ou menos pra poder assim não ter contato, já com medo de pegar alguma doença, alguma coisa. Eu acho que o Agente de Saúde primeiramente tem que ter humildade é ser, ser humano mesmo, acolher, né, aquela pessoa, ele tem que saber das, das necessidades da comunidade, tem que ser simpático, comunicativo, saber ouvir as pessoas o que elas estão precisando, tem que ter a humildade de ouvir o próximo, porque é muito difícil Agente ouvir porque a pessoa às vezes tá precisando de alguém que escuta ela, entendeu, as vezes ele não tá precisando nem tanto daquela orientação que eu vou dá aquele dia, a gente quer muito falar e não escutar, saber interagir com a comunidade inteira: escola, é, tá sempre integrado; tem que ter perfil pra trabalhar, eu acho que ele tem que ter muita é, é... perseverança, força de vontade, entendeu? Tem que ser uma pessoa mesmo que por mais difícil que seja ela luta mesmo, ela corre atrás, é mais ou menos por aí, tem que ter

amor a sua profissão, gostar do que faz, porque se você não gostar do que você faz você não fica não”.

Todas as narrativas dos Agentes que deram origem ao DSC transmitem a percepção de que o estabelecimento do vínculo e das relações interpessoais somente acontece se o profissional possuir atributos como saber acolher, saber comunicar-se, estar motivado, ter estabilidade e maturidade emocional para lidar com os problemas complexos aprendendo a lidar com as pessoas e a comunidade e, acima de tudo, SER HUMANO, valorizando o outro e a sua profissão com a garantia da ética por meio do respeito às pessoas (DELORS, 2003; GELAIN, 1998; FORTES e MARTINS, 2000).

Waldow (2007) e Campos (2005) destacam que o cuidado constitui a condição fundamental no desenvolvimento do ser e que, por meio do cuidado, expressamos o Amor, pois cuidamos daquilo que amamos, já que o amor potencializa a capacidade de cuidar e o cuidar é a materialização do amor.

Os Agentes entrevistados corroboram com essa assertiva e destacam que o profissional Agente Comunitário deve ser humano, ou seja, ter amor às pessoas, à comunidade e à profissão, revelado por meio do amor enquanto preocupação com o outro e movido pelo desejo de cuidar.

Ideia Central 4- O Agente Comunitário de Saúde deve possuir Atributos Profissionais: Ser profissional, saber lidar com os problemas pessoais e profissionais, saber comunicar, saber relacionar, ser influenciador, conhecer as famílias e a comunidade.

DSC- “A qualidade, ter a habilidade de dialogar, de, de interagir com a comunidade, não adianta um Agente Comunitário chegar numa

residência de cara fechada, não conversar com ninguém, então tem que ter essa empatia com cada membro da família, ter um bom entrosamento com a comunidade; vai ter que ter em 1º lugar comunicação, né? Tem que saber interagir e fazer com que aquela pessoa tome a atitude que você deseja com o intuito de melhorar a vida dele; ter a capacidade de persuasão, de influenciar a comunidade, então uma das características tem que ser influenciador no bom sentido. Ele tem, como se diz, ser muito, ser aberto a comunidade, né, e assim a sua forma de expressar você tem que mostrar que você tá interessado no problema daquela pessoa, você tem que mostrar que você tá, como se diz, né (pausa) solidário, você tá preste a ajudar a qualquer momento, por isso que você tem que demonstrar, como se diz, (pausa) aberto a qualquer problema que ele vier te falar, e se você tiver os seus problemas você deve deixar eles em casa, e, tá tentando resolver os dos outros também; porque muitas vezes você chega aqui pra um atendimento se ele é bem atendido ele volta pra casa satisfeito,. Ah, se ele chega aqui, ele tá com algum problema, se ele chegou aqui e for maltratado ele volta pra trás, a situação até piora, muitas vezes eu acho que a pessoa tem que querer e, e saber ouvir eu acho que a comunidade precisa mais às vezes nem sempre de atendimento, muitas vezes o pessoal, o pessoal brinca como se fosse um psicólogo a pessoa fala coisa que você não esperava ela falar ali com a gente, a pessoa confia na gente, conta muita coisa, você vai fazer uma visita de meia hora e fica ali 1 hora, 2 horas. Muitas

vezes você não resolve o problema da pessoa, só de você escutar a pessoa já fica satisfeita”.

Os atributos profissionais que os Agentes devem possuir vão ao encontro com a série de sentidos essenciais à prática desses profissionais contemplado no documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) quando menciona que devem ter inteligência prática, apreender situações e acontecimentos, articular, ter iniciativa, responsabilidade e ênfase na habilidade de comunicação.

A habilidade de comunicação destacada pelos Agentes como qualidades necessárias para o fazer pauta-se na relação íntima que a comunicação deve estabelecer com o cuidado. A comunicação, para ser efetiva, deve ser baseada em instrumentos que favoreçam a captação de mensagens verbais e não verbais sobre os significados do processo saúde-doença (CAMPOS, 2005).

A comunicação efetiva torna viável o dialogo que se baseia na empatia, na reciprocidade, na capacidade de perceber o outro e as necessidades pessoais, familiares e de saúde, permitindo o estabelecimento de um relacionamento suportivo.

Percebemos que as qualidades necessárias para ser Agente fundamentam-se no exercício e na experimentação do ser, não há como separar o ser do fazer, assim como o ser das qualidades para se tornar um profissional eficaz e efetivo.

4- DEFEITOS QUE O AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE NÃO DEVE TER

Os defeitos foram divididos nas mesmas categorias descritas no aspecto de qualidade/valores que o Agente deve ter, com exceção da categoria qualidade, que não foi construída pelos sujeitos do estudo.

Ideia Central 1- O Agente Comunitário de Saúde não deve possuir Atitudes Negativas: Ser fofoqueiro, antiético, irresponsável, descompromissado, impaciente.

DSC- “Defeito, conversar demais, conversar coisas que não deve né, por exemplo, uma pessoa me conta uma coisa aqui, uma família, aí eu vou e passo pra frente, passo pra outra, porque através disso ele pode tá trazendo complicações, é, pra unidade, pra todo pessoal e pra família também, né, porque você revelar às vezes um segredo que era pra ficar escondido, que era pra ninguém ficá sabendo e, de repente, tá todo mundo sabendo então causa um problema. Ser fofoqueiro isso é um defeito que não pode ter, né, tipo assim: o que passar ali com a família ele não deve tá comentando com ninguém, é, sigilo, deve ser sigiloso e outra coisa: ele deve ter ética profissional, ele tem que ter ética, né, no que ele tá fazendo, tem que ter ética profissional; o Agente não deve ter é falta de responsabilidade, tem que ter compromisso com o que ele faz, ele não pode, é, é, por exemplo a pessoa tá te falando alguma coisa e você simplesmente não dá um retorno, né, não, como se diz, não dá importância a que a pessoa tá falando, é um defeito que ele não pode ter, porque se a pessoa não tiver compromisso, por exemplo, com a comunidade, né, porque muitas das vezes aqui, é, é, nós, não falo somente eu, mas também os colegas de trabalho, a gente sai do serviço cinco horas da tarde, tem vezes que sete, oito horas da noite, a gente tá na rua pra poder avisar uma pessoa sobre uma consulta, pra entregar encaminhamento, isso mostra

compromisso com a comunidade. Se a pessoa não tiver esse compromisso, então fica um pouco difícil trabalhar nessa área, porque realmente só trabalha quem tem vontade, mesmo, quem precisa, quem tem vontade de ajudar as pessoas, porque não é brincadeira, não; e também não deve ser impaciente, tem que ter muita paciência, muita paciência, porque tem que ter paciência mesmo, porque assim: você chega um dia chama, hoje não, hoje tá tranquilo porque hoje é sexta, mais na segunda-feira você chega aqui, um chama, um fala uma coisa, outro fala outra, um chama de um lado, outro chama do outro, alguns já chega com aquela falta de educação pra conversar, você tem que ter paciência pra conversar, eu acho que a gente tem que ter paciência, principalmente nos primeiros dias da semana, são os mais apertados”.

Os Agentes de Saúde destacam a importância de garantir o princípio ético da privacidade e a necessidade de manter o sigilo e a confidencialidade, já que o fazer do Agente fundamenta-se na escuta do outro, na interação humana e especialmente na confiança. Dessa forma, essas atitudes moralmente reprováveis devem ser desencorajadas e repreendidas (FORTES; SPINETTI, 2004).

O Agente deve inspirar credibilidade e confiança para que os usuários compartilhem suas experiências e sentimentos fundamentais para o exercício profissional.

Ideia Central 2- O Agente Comunitário de Saúde não deve possuir os atributos pessoais: Ser muito bravo, grosseiro, arrogante, soberba e não saber ouvir.

DSC- “O Agente de Saúde não deve ser muito bravo e que não tivesse ignorância, porque às vezes quando a pessoa é muito bravo, você acaba afastando aquela pessoa de perto de você, e ela às vezes nem volta mais, às vezes tá cheia de coisa pra ti falar, e se você é aquela pessoa grossa, muito grossa, ranzinza, tudo pra você tá ruim: ‘Ah! Fulano, mais hoje não; Ah! Fulano, isso, isso’; a cultura do não, não deve existir; tem que saber ouvir mais do que falar; tem que saber conversar, tratar com educação, tem horas que a pessoa chega alterada, nervoso, se você trata com educação, você já desarma a pessoa totalmente, você chega, conversa, explica e tudo a pessoa acalma, sai tranquila e agradece e tudo”.

Nota-se que os atributos pessoais negativos mencionados dizem respeito a atitudes/ações que são compreendidas na esfera da comunicação, instrumento essencial do processo de trabalho do Agente. Portanto, essas atitudes que dificultam o diálogo e as relações interpessoais são defeitos que o Agente eficaz e eficiente não deve possuir (SILVA e DALMASO, 2002).

Ideia Central 3- O Agente Comunitário de Saúde não deve possuir os atributos/ações profissionais de Ser despreparado e não deve transmitir insegurança e falta de vontade para ajudar.

ECH Raziél- “O Agente de Saúde não pode ser despreparado e tem que ser firme, porque às vezes você tem que dar uma palavra e não tem aquela firmeza pra poder dar, não tem aquela segurança pra poder falar, porque nem sempre você sabe que vai ter apoio”.

Raziel corrobora com a publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) em que se destaca a importância do Agente de Saúde ser competente e mobilizar todos os saberes indispensáveis para a prática cotidiana por meio do aprendizado individual e coletivo, visando a uma assistência de qualidade, que, para manter-se preparado, deve ocorrer de forma sistemática o processo de educação permanente.

5- ASPECTOS FACILITADORES PARA O DESENVOLVIMENTO DO PAPEL DO AGENTE

IC1- O desenvolvimento do papel de Agente é facilitado pela presença de atributos pessoais – amor à profissão, ajuda aos outros, capacidade de relacionar ou interagir com as pessoas, relação de confiança.

DSC- “A facilidade que eu acho é porque eu gosto do meu serviço, então se precisar de, de ir à noite eu vou, entendeu, se precisar ir a qualquer horário, mas eu vou na minha área, outra facilidade é que minha área é meu espaço que eu conheço eu não vejo risco nela de poder tá saindo fora desse horário, outras pessoas daqui que não teria essa facilidade; oh, talvez assim pra mim é a minha facilidade de relacionar com as pessoas , eu tenho muita facilidade de relacionar com as pessoas”.

Os aspectos facilitadores nomeados pelos Agentes confundem-se com o Ser Agente e as qualidades mencionadas anteriormente em relação aos atributos pessoais de motivação intrínseca/amor à profissão, desejo de ajudar, de cuidar dos outros e ter a capacidade de interagir e conviver.

IC2- O desenvolvimento do papel de Agente é facilitado pela presença de atributos profissionais – Conhecer e estabelecer compromisso com a comunidade, motivação proveniente da equipe.

DSC- “O que facilita, né, é conhecer a comunidade, porque essa área que eu moro justamente que eu tenho mais facilidade com todo mundo, de tratar todo mundo, todo mundo me trata bem, que eu acho que alguns Agentes teriam dificuldades de trabalhar nessa área, porque os próprios Agentes relatam isso. É, eu acho que é o nosso enfermeiro, o dentista muito bons pra gente, isso motiva muito a gente a trabalhar aqui, em tudo eles ajudam a gente de mais da conta, em tudo, tudo que você precisa, tem muitas coisas que lá na área a gente não consegue, né, acaba que a gente traz aqui pra equipe, que a gente precisa de ajuda, então eu acho que facilitou o meu trabalho”.

O fato de residir na área de abrangência facilita a construção de uma relação de confiança com as famílias e seus moradores que, por sua vez, compartilham as suas angústias, alegrias, problemas, proporcionando o estabelecimento de formas de comunicação por meio da identidade cultural; associado ao cuidar mais efetivo e eficaz resultante do trabalho em equipe, que proporciona o enfrentamento dos problemas demandados pelas famílias por meio da relação de saberes e poderes numa permanente interação de trabalho e vida, ânimo, motivação, confiança e cooperação, visando a um objetivo comum – o cuidado as pessoas e a coletividade (LEVY, MATOS, TOMITA, 2004; BRASIL, 2002; BRASIL, 2005c).

IC3- O desenvolvimento do papel de Agente é facilitado pela presença de atitudes da comunidade - aceitação das famílias e estabelecimento de relação de compromisso e confiança.

DSC- “A aceitação das famílias, ah, tem algumas famílias, não são todos que recebem a gente muito bem, e, tem, tem muitas famílias que trata a gente muito bem, que confia na gente, né, sabe, e que, acredita no trabalho nosso”.

O relacionamento com as famílias é, ao mesmo tempo, o instrumento de trabalho e o objetivo dos Agentes, uma vez que é por meio da relação estabelecida que o Agente identifica as condições de vida, gerando satisfação com o trabalho, gratificação por ajudar as famílias e ser reconhecido (SILVA e DALMASO, 2002).

O homem possui duas necessidades básicas que foram apontadas pelos Agentes: o desejo de ser ouvido, compreendido e acolhido; e a necessidade de ser valorizado pelas ações desenvolvidas e aceito pelo outro e pela sociedade (WALDOW, 2005).

IC4– A acessibilidade geográfica – localização e proximidade de sua residência – facilita o desenvolvimento do papel do Agente.

ECH Gabriel- “É bom, o local mesmo é perto, não tem atravessar rio, né, de barco, é, o transporte, pode ir a pé ou de bicicleta né, além de, a única facilidade que eu acho que encontra é só isso”.

A acessibilidade geográfica facilita o processo de trabalho, já que os Agentes residem em suas áreas de abrangência, não encontrando barreiras físicas/geográficas para o acesso a seu *lôcus* de trabalho.

IC5- A organização dos serviços de saúde por meio do trabalho em equipe/interdisciplinar e a presença do Agente administrativo.

DSC- “Eu acho que, dependendo assim da, da equipe dá pra você fazer um bom trabalho e se tivesse gente pra essa parte administrativa, e outra coisa que ajudaria muito seria ter um Agente administrativo”.

A organização do processo de trabalho com ação interdisciplinar, em que as atividades são realizadas na lógica do agir em concerto, respeitando as individualidades e responsabilidades de cada profissão sem perder a visão do indivíduo como um todo em sua integralidade (BONALDI et al., 2007)

Outro aspecto mencionado foi a presença de um profissional que fique encarregado das atividades administrativas, diminuindo a sobrecarga que recai sobre os Agentes, que, além de desenvolverem as atribuições preconizadas pelo Ministério da Saúde, ainda exercem funções burocráticas e entrega de encaminhamento e exames agendados, que não estão contemplados na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006e).

6- ASPECTOS DIFICULTADORES PARA O DESENVOLVIMENTO DO PAPEL DO AGENTE

IC1- O desenvolvimento do papel de Agente é dificultado pela valorização das atividades curativas, levando à não aceitação dos Agentes, com incompreensão e maltrato associado à marcação de consulta, atividades administrativo-burocráticas e atividades que não estão dentro da função de Agente que causam sobrecarga e desmotivação.

DSC- “As maiores dificuldades que eu encontro pra realizar o meu trabalho é as cobranças indevidas, exemplo um paciente vem, tem um exame pra tá marcando aqui na unidade, aí não consegue tá marcando, talvez a demora do exame de alto custo, e a unidade agora tá sem médico, a pessoa vem querendo consulta. Você explica, isso te atrapalha muito, você faz explicação mas ele quer o médico, muitos realmente tão precisando de um exame, de alguma coisa, que você não pode fazer, aí ti atrapalha; ti atrapalha um paciente que maltrata a gente, ou chega aqui já fazendo barraco e tal, já chega chamando de irresponsável, aí dificulta, quando você não faz o que elas querem, porque na verdade é consulta, se você conseguiu a consulta pra eles tá ótimo, se você não conseguiu, aí não presta. A maior demanda é de consulta, e não depende só de você; aí ele fica com raiva, ele fica chateado com o PSF, aí quando eu chego na casa dele, ele ta com raiva e quer descontar em cima de mim, vai virar pra mim e falar: ‘que não presta, não sei o que, não sei o que’; quando chega aqui na unidade ele não fala nada, ele cala a boca, vem aqui e sai mansinho, eu acho que é cobranças indevidas, eles cobram e a gente explicar pra eles que não cabe a gente tá marcando a consulta, tá marcando o exame, né, só que o

meu papel lá é tá fazendo a visita, pra trazer, pra levar e pra trazer pra unidade o que for preciso. Só que muitas vezes eles não entendem, isso, acham que temos que fazer isso; o paciente nos culpa quando o exame não é marcado, e não é nossa responsabilidade; às vezes, é porque a gente vive, não, pra uma pessoa ela não acredita, né, às vezes tem pessoa, é, que realmente quer caçar um probleminha, entendeu, que quer criar atrito; também tem a parte muito burocrática, tem muito papel pra gente tá preenchendo e às vezes atrapalha, né? Às vezes chega coisa da secretaria que não é pra gente tá resolvendo, por exemplo um cadastramento que chegou outro dia, o levantamento de cisternas, credenciamento, assim atrapalha o nosso serviço, e no final do mês você tem que entregar o seu SIAB completo, esse é um fator que dificulta o meu trabalho; nossa área tá com oito Agentes, é, tá grande, e a equipe tá toda sobrecarregada, a demanda nossa é grande, então é imposto, é imposto pro pessoal, pras enfermeira, pra a gente tá fazendo determinada coisa. Aí, o que acontece, a gente tenta fazer, quando o pessoal chega na área não tem aquele respaldo, não tem aquela segurança, porque acontece que a demanda nossa é grande, a quantidade que procura é grande e a quantidade que tem a oferecer é pequena, ainda tem umas pessoas que já não acredita no nosso trabalho, não recebe a gente muito bem, entendeu?”.

As atribuições relacionadas com a marcação de exames e agendamento de consultas descaracterizam o papel do Agente preconizado pelos documentos do Ministério da Saúde e associado a uma valorização do modelo médico-privatista, em que os usuários levam em consideração boa assistência ao uso de tecnologias duras, com exames cada vez mais complexos e desvalorizam as tecnologias leves centradas nos atos humanos - escuta, acolhimento e relações interpessoais, o que gera insatisfação quando ocorre o não atendimento dessas solicitações centradas na doença e dificulta o processo de trabalho dos Agentes de Saúde (MENEGHEL et al., 2007).

IC2- Não valorização das atividades educativas.

DSC- “A maior dificuldade da comunidade é ainda entender e aceitar o que é uma equipe de saúde da família, ou, ou eu não sei se é porque eles não querem entender, eles não querem aceitar ainda, o que é o trabalho do saúde da família. Então, a gente tem essa dificuldade ainda, por que ainda é a inversão do modelo, e a gente sabe que vai levar muito tempo ainda; as pessoas não valorizam as reuniões, o próprio usuário não vem, já aconteceu de a gente marcar aqui, vem uma, duas pessoas, as pessoas que precisa de participar não participa. Então assim uma dificuldade muito grande de comunicação com a comunidade, é difícil porque o usuário reclama muito, mas na hora que chega pra valer ele não vem”.

Essa IC2 complementa a IC anterior, destacando a desvalorização das ações de promoção e prevenção de doenças realizadas por intermédio das atividades educativas,

em que os usuários foram tratados pelo modelo assistencial hegemônico como paciente, coisificado e tratado de forma impessoal e descompromissada, e apenas com a implantação da ESF foram apresentados ao novo modelo, centrado na vigilância à saúde e co-ator do processo saúde-doença. Entretanto, os moradores estavam acostumados e sentindo-se confortáveis na posição passiva e, no momento em que foram convocados a ser ator do processo por meio das atividades educativas, não compreenderam e não aderiram às mudanças propostas, ocasionando uma dificuldade ao processo de efetivação da inversão do modelo (MERHY, 1997; MENEGHEL et al., 2007).

O medo da liberdade ou o medo de assumi-la dificulta a compreensão do real e a sua aceitação com a omissão do sentimento de temor. Assim, acabam por aceitar a sua condição passiva, não conseguindo enxergar a liberdade de ser ator da saúde. Nesse caso, essa libertação só é possível pela educação, pois ninguém liberta ninguém, os homens se libertam em comunhão, em partilha (FREIRE, 1987).

IC3- A falta de acessibilidade geográfica e funcional como barreira geográfica, a dificuldade de acesso e a realização de visita para as pessoas que trabalham dificultam o desenvolvimento do papel do Agente.

DSC- “A dificuldade encontrada é o acesso à área, área é muito difícil, eu saio daqui 9 horas, eu chego lá 9 e meia, quando dá 11 e meia eu tenho que parar. As visitas de manhã não rende quase nada, na tarde rende mais o trabalho, porque eu não preciso vim aqui, de lá mesmo (casa) eu já vou pra área, minha área é longe. Outra dificuldade que eu tenho é aquelas famílias que trabalham, assim fica a casa fechada o dia inteiro, só encontra à noite, aí fica mais difícil, mas no geral aquelas que encontra no dia a dia é bom

a aceitação, se eu precisar de fazer minhas visitas à noite, porque essas visitas que eu faço à noite são pessoas que querem ser visitados, porque às vezes se não for uma pessoa que não queria ser visitado às vezes eu não ia poder visitar, são pessoas que querem ser visitadas e que precisam ser visitadas e durante o dia eu não encontro”.

A ESF fundamenta-se na atenção à família, compreendida como sujeito do processo, e ao domicílio, concebido como o local mais apropriado para a construção das relações intra e extrafamiliares. Nesse sentido, a visita domiciliar é o instrumento do processo de trabalho da equipe, em especial para o Agente que, para desenvolver adequadamente essa atividade, encontra dificuldades relacionadas à acessibilidade geográfica, representada pelas barreiras físicas, aliado à acessibilidade funcional, ou seja, o horário de trabalho não compatível com a disponibilidade de algumas famílias (BRASIL, 1996).

Outra variação de acessibilidade geográfica que dificulta a função de Agente de Saúde está ligada a aspectos socioeconômicos, como descrito abaixo na IC e na ECH de Omael.

IC4- O desenvolvimento do papel de Agente é dificultado pela presença de aspectos inerentes à comunidade – aspectos socioeconômicos, geográficos, questões sociais como área de risco, baixo poder aquisitivo, falta de infraestrutura e tráfico de drogas.

ECH Omael- “Oh, oh, no meu dia a dia eu tenho, por ser uma área de invasão, de baixo da rede, o pessoal fala que é favela, tem muita

dificuldade, que é com a questão da droga, porque é uma área que 40% dela tá envolvida na, na droga, o tráfico. Então, nessas casas eu tenho que entrar como eu entro na casa de qualquer outra pessoa, e tenho uma dificuldade muito grande em realizar o meu trabalho nessas casas, porque eu sei que a polícia pode tá dando uma batida, muitas vezes pode mim encontrar lá, muitas vezes com a bolsa do lado, né, do mesmo jeito que eu posso ser um Agente de Saúde, pode achar que eu tô consumindo. Já aconteceu deles mim abordar e eu ter de explicar, a família ter que explicar que eu tô fazendo um trabalho, todas as vezes que eles mim pararam eu tava com um cartão de vacina na mão, fazendo anotação, já que a mãe confirmou. Mas se fosse na família e tivesse com droga lá e tivesse colocado na minha bolsa, até provar, até eu explicar, eu tava muito enrolado; a sorte que eu tava com cartão de vacina na mão, a dificuldade maior é essa. E além da situação de pobreza que essa área oferece né, as pessoas são muito dependentes da comunidade, de ajuda e, e falta água, falta luz, rede de esgoto, agora tem uma estrutura bastante precária, você tem que tá saltando poça de esgoto, é porco, é galinha, é cachorro, é gato, vaca, cavalo; tudo complicado você oferecer saúde né, orientações é o mínimo que posso oferecer; você vê crianças brincando dentro de poça de esgoto, né, brincando com porco, galinha, cachorro, tudo misturado. Você orienta mas eles têm muito tempo que estão acostumados com galinha no quintal, tem um menino que já brinca com porco, já tá acostumado”.

IC5- O desenvolvimento do papel de Agente é dificultado pela falta de material para sensibilização da comunidade.

DSC- “A falta de material, o problema é a falta de muito material pra gente, pra poder divulgar, falta panfleto, falta muito”.

Os Agentes destacam que a ausência de materiais educativos desfavorece a inversão do modelo assistencial, já que a educação em saúde representa o campo de interlocução do saber científico e o saber popular, constituindo-se um processo pedagógico para que os homens assumam o controle sobre a saúde e suas vidas (VASCONCELOS, 1999; VASCONCELOS, 2001).

IC6- O desenvolvimento do papel de Agente é dificultado pela presença de atitudes da equipe – Falta de respaldo da equipe para o trabalho do Agente.

ECH Ariel- “Também você faz a visita e pede a pessoa pra vim aqui na unidade de saúde, chega aqui talvez não é o Agente de Saúde, é outra pessoa na recepção e não trata a pessoa bem, entendeu, a pessoa sai chateada. Depois quando eu vou fazer a visita, ela pega e fala pra gente, que não foi bem atendida, fica chato pra gente que vai na casa, que tem que bater na porta todo dia, e conversar com a pessoa, como você vai justificar uma coisa que eu não fiz”.

A ausência de ações interdisciplinares e o trabalho em equipe impossibilitam a vivência da ESF, que tem como pilar a ação em harmonia, com um agir em concerto pautado na confiança.

O estudo de Lunardelo (2004) também destaca que o trabalho em equipe é um instrumento enriquecedor quando atendidas as expectativas dos membros. Entretanto, a presença de desarmonia só gera sofrimento, frustração e conflitos.

7- ASPECTOS A SEREM MODIFICADOS NO PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Diante dos aspectos dificultadores do processo de trabalho, os Agentes de Saúde revelam alguns pontos que poderiam ser modificados para facilitar a execução de sua função profissional.

IC1- Modificar a obrigatoriedade da visita domiciliar mensal, que atualmente é realizada de maneira indiscriminada, não levando em consideração as necessidades das famílias.

DSC- “Eu acho que, se eu pudesse mudar, eu deixaria de fazer, é muito difícil a questão assim da gente ter aquela rotina como a visita, é, é porque tem casa que a gente vai, você tem a obrigação de cobrir 100% de famílias, têm famílias que necessita mais do a gente do que outras, tem outras que você vai, você tá ali todo mês, porque você tem que cobrir aquela meta de visita todo mês, porque têm famílias que não têm aquela necessidade que você vá ali todo mês, já tem outras que você vai uma vez por mês e precisa mais vezes você tá ali. Eu acho que mudaria isso aí, eu acho que eu mudaria isso, eu dava mais assistência àquelas famílias que precisa mais de mim do que aquelas que precisaria menos, aquelas que

precisaria menos eu ia assim de dois em dois meses, e aquelas que precisa mais eu ia mais durante o mês; tem às vezes aquela pessoa que está disponível pra receber, às vezes a gente percebe que alguns colega nem enfrenta mais essa dificuldade das pessoas tá recebendo eles ali todo mês pra aquela visita, algumas famílias não aceitam bem essa questão ainda não, enquanto já tem outras que se pudesse a gente ficava na casa deles todo dia, porque assim de ter aquela obrigação a gente sabe que faz parte do programa de tá fazendo aquela visita rotineira todo mês; porque às vezes tem família que demanda mais sua atenção e outras se você deixar de ir lá um mês pra elas não vai fazer diferença”.

A visita domiciliar é o instrumento de aproximação, conhecimento e acompanhamento e facilitador da identificação das necessidades e tem a obrigatoriedade de ocorrer mensalmente para todas as famílias (BRASIL, 2006; BRASIL, 1997).

Os Agentes conhecem a realidade de vida (sociais, ambientais, relações intra e extrafamiliares) e de saúde dos usuários e das suas famílias. Dessa forma, expressam que a regra de acompanhamento mensal é injusta, já que algumas famílias necessitam de atenção maior e retornos mais frequentes, enquanto outras não apresentam situações que indiquem esse cuidado mais intenso/mensal, podendo ser bimensal. Essa sugestão dos Agentes condiz com o princípio da equidade, utilizado na escolha dos municípios prioritários para a implantação inicial do PSF em 1994, e também para a escolha das comunidades a serem assistidas em que ocorre a priorização das áreas periféricas num sentido centrípeto em direção ao centro da cidade, completando 100% de cobertura (BRASIL, 2006; BRASIL, 1997; TAKAHASHI e OLIVEIRA, 2001).

Outra análise que podemos presumir é se a qualidade da assistência prestada pode ser garantida com a exigência de 100% das famílias visitadas mensalmente, já que a cobrança numérica pode resultar negativamente quanto ao acolhimento e ao diálogo particularizados à realidade da família visitada.

IC2- Retirar do processo de trabalho a atividade de marcar consulta, evitando a compreensão reduzida do papel do Agente, a incompreensão do novo modelo assistencial e a insatisfação com os Agentes.

DSC- “Eu mudaria essa questão da marcação de consultas, eu não sei se isso tá no papel do Agente de Saúde na verdade, mas isso pesa muito nas costas da gente, sobrecarrega; eles [comunidade] vê o Agente como secretário, né, tá lá pra marcar consulta, pra marcar exame não como Agente de Saúde que ta lá pra fazer uma visita, pra poder acompanhar. A metade da população vê com bons olhos, outros pensam que o Agente, que a visita é uma bobeira; ontem mesmo aconteceu isso: na reunião do conselho gestor, o paciente falou que, o usuário falou que o PSF, pra que visita?, pra que reunião? né, se não faz nada, se não marca consulta, não marca exame, vê o Agente como marcador de consulta. Às vezes, sabe, eu acho que até hoje eles não entenderam direito que o Agente trabalha com a prevenção e a promoção da saúde, assim, uma coisa que mim angustia muito é a marcação de consulta, porque o pessoal acha que é só pra marcar consulta que o Agente serve, sabe, ou entregar exame pra ele. Às vezes você vai dá uma orientação, e eles num, num dá tanta importância pra orientação, sabe, porque agora mesmo

eu tô orientando sobre a dengue, né, porque tem surto de dengue na área, as vezes você vai falar pra pessoa 'oh, você tem que tirar a vasilha, virar as garrafas pra baixo, tirar a vasilha que acumula água', as vezes ele não dá tanta importância, aí ele fala 'oh, e a minha consulta? Você não marcou, não?'; a importância mais é a consulta. Eu acho que eles acham que vem a unidade de saúde é só pra marcar consulta, né, e nem sempre é isso, têm as reuniões e eles quase não participam, né, os que vão mesmo estão mais interessados na consulta, mesmo né; e se você não faz o que elas querem, porque na verdade é consulta, se você conseguiu a consulta pra eles tá ótimo, se você não conseguiu, aí não presta, a maior demanda é de consulta, e não depende só de você. Às vezes a pessoa ajuda o tempo inteiro, no dia que você não consegue nada pra ela, ela acaba que esquece aquilo, não é o meu papel [marcador de consulta] mas só que porém como o Agente leva tudo porém as coisas não funciona assim, né? eles acham que você tem que favorecer, aí, são aquelas pessoas que pensam assim, né, que não reconhecem o Agente”.

A responsabilidade do Agente com o agendamento de consultas e entrega de exames descaracteriza o papel do Agente, que passa a ser confundido como um mero marcador de consulta e secretário da comunidade, realizando comunicados. Esse fato, portanto, ocasiona a valorização do modelo hegemônico privatista centrado na doença e em tecnologias duras e a desvalorização do papel de mobilização social e de promotor da saúde.

Os agentes começam a questionar e a exigir o retorno ao seu verdadeiro papel que foi desvirtuado durante a implementação da estratégia saúde da família nacional; essa situação não é um privilégio de Montes Claros, pois vários estudos realizados por pesquisadores como Ferraz e Aerts (2005), Lunardelo (2004); Silva e Dalmaso (2002) demonstram essa mesma realidade, em que se faz imprescindível apenas um tipo de encaminhamento: a identificação de situações de risco na comunidade para o trabalho interdisciplinar da equipe.

IC3- Evitar a culpabilidade do Agente pela organização, funcionamento e resolutividade do sistema de saúde.

DSC- “O que dá certo, muitas das vezes nós não somos reconhecidos, né, quando o Agente ter feito um bom trabalho, outra hora fica no ar pra quem quiser pegar; mas 90% das coisas errada é Agente de Saúde. O que não dá certo é culpa do Agente, quando chega uma reclamação aqui no PSF de um Agente de Saúde, primeiro eles não chamam o Agente pra saber, já chega condenando, nem sempre é verdade, deveria dá um pouco de crédito, de atenção”.

O Agente de Saúde é a ponte cultural de dois mundos - o institucional e o comunitário -, representando o porteiro desses ambientes e sendo o responsável direto pelo acesso e comunicação. Quando há falhas no processo, o Agente de Saúde recebe o primeiro impacto, tanto no âmbito positivo quanto negativo, entretanto o aspecto negativo tem uma repercussão mais abrangente e sempre está relacionada à supervalorização do modelo centrado na doença e exames citado na ideia central anterior (IC2) que extrapola

a competência do Agente, ocorrendo a sua modificação, o que, automaticamente, leva à mudança proposta na IC3.

IC4- Retirar do processo de trabalho a necessidade de assinatura do morador após a realização da visita domiciliar, evitando a compreensão reduzida do Agente como mero “caça assinatura”.

DSC- “O que eu mudaria? (silencio) Ah, eu mudaria o seguinte, esse negócio de chegar na casa e pedir assinatura da pessoa na casa, pegar assinatura, o que eu deixaria de fazer é pedir o povo pra assinar naquelas folhas, nossa, se eu tiver um modo de eu gravar, fazer a visita, a assinatura pra mim, pra mim, não só pra mim, pode perguntar pra qualquer Agente, é um inferno na nossa vida, porque essa assinatura é que faz ele achar que a gente só passa lá pra pegar assinatura, pra receber pagamento. Eu acho que a coisa pior que existe, porque o povo acha que tá pagando o meu salário; eu acho que deveria ter uma confiança, da gente tá visitando ele, entendeu, né, essa assinatura, assinatura tem hora que atrapalha, tira confiança, sobre, tem gente que também atrapalha, tira a confiança, sabe? chega assim tem gente que fala que o Agente chega só pra pedir pra assinar, e tem muitas pessoas que a gente chega, fica quase meia hora na casa do paciente, aí, quando você vira as costas ele fala que você só foi lá pra assinar e não, não é, entendeu, fica difícil pra gente também; aquilo ali machuca demais o Agente, tem Agente aqui que chega chorando, chora mesmo, tem gente que não quer assinar, igualmente quem

não quer assinar no meu caderno eu faço o seguinte 'Olha, dona Maria o direito é da senhora, a senhora não quer assinar, eu coloco lá que ela não quis assinar, escrevo tudo direitinho e falo:'Agora, eu vou levar pro meu enfermeiro, hoje mesmo eu vou conversar com ele sobre isso aqui, né'. Mais infelizmente acontece de não pegar assinatura".

A confiança é o pilar que sustenta o processo de trabalho da ESF, tendo o Agente como interlocutor e facilitador da criação de vínculos, porém qualquer situação que coloque em dúvida a credibilidade desse profissional responsável pelo elo impossibilita e atrapalha o estabelecimento de um canal de comunicação.

Os Agentes destacam que o fato de terem que comprovar suas visitas por meio da assinatura dos moradores gera um desconforto e incompreensão do processo de visita domiciliar, que passa a ser vista pelos usuários como uma ferramenta coadjuvante em detrimento da supervalorização da assinatura na folha de visita domiciliar implementada pelo município de Montes Claros e não uma exigência preconizada pelo Ministério da Saúde.

A obrigatoriedade da comprovação da visita por meio da assinatura leva à falta de autonomia do Agente, ocasionando desgaste, sofrimento psíquico e desmotivação, que podem ser evitados caso seja modificada a forma de comprovação das visitas domiciliares.

IC5- Vivenciar o trabalho em equipe de forma interdisciplinar, a fim de garantir a efetivação das ações e a criação de vínculo de confiança, evitando a organização hierárquica.

ECH Omael- “Eu acho que a desconfiança com o Agente, o Agente de Saúde devido ele tá lá em baixo, entendeu, na hierarquia, o que acontece, qualquer problema que acontece, qualquer coisa que não dá certo, então, o erro é do Agente de Saúde, ‘Ah, quem é o Agente de Saúde, é fulano, ah, então foi fulano’, entendeu?”.

Omael ressalta o trabalho em equipe como essencial para a efetivação, entretanto deve existir respeito e valorização de todos os membros da equipe com a superação de dois grandes equívocos: o de que os profissionais devem ser subalternos ao médico e de que o Agente Comunitário de Saúde é auxiliar de enfermagem (BRASIL, 2000).

IC6- Diminuir o número de atendimentos para cada Agente, visando ao melhor acompanhamento e assistência.

ECH Miguel- “Ah, se eu pudesse eu diminuiria o número de família, eu acho que dava pra trabalhar melhor. Eu acho que umas 130, provavelmente, dava pra você acompanhar tranquilo, fazer tudo que você tinha que fazer”.

O discurso de Miguel está em consonância com as publicações do Ministério da Saúde que delegam para os Agentes a responsabilidade por um número definido de famílias e pessoas que possibilite o acompanhamento eficiente, com a garantia da qualidade do cuidar prestado, com destaque para as áreas de risco e as famílias de risco; as microáreas com essas particularidades de risco devem ser menores que aquelas as quais não possuem essas situações especiais (BRASIL, 2006e).

IC7- Efetivar os Agentes para garantir direitos trabalhistas, com melhoria salarial, e mais segurança para realizar o processo de trabalho.

ECH Gabriel- “Queria uma segurança maior em termos de melhor salário e estabilidade, é disso que eu gostaria né? Lógico que hoje em dia o trabalho não é estável, qualquer pessoa, ela não tem estabilidade total, mas a gente né, é com isso poderia ter mais direito em relação à categoria, como, por exemplo, fundo de garantia a gente não recebe, né, outro direito dentro da categoria, a gente não tem piso salarial, não é compatível com o que a gente ganha, a gente sabe disso né? Depende de cada região, né, pra isso, melhores condições de trabalho, como por exemplo, vale transporte, às vezes tem reuniões que a gente tem que tirar do nosso bolso, pra participar e muitas vezes você tem que pedir dinheiro emprestado, até mesmo pra C. que é a chefe nossa, às vezes toma emprestado, né, pra poder se deslocar, mas eu gosto de participar das reuniões é, é, não recebo vale transporte, gostaria, justamente, de deslocar e pra melhor atender a comunidade, porque você aprendendo mais alguma coisa você vai melhorar a comunidade”.

A efetivação, com a garantia dos direitos trabalhistas, é mencionada com outras contribuições de ECHs na análise de IC referente a Expectativas da profissão, em que teceremos mais comentários.

IC8- Achar que não é necessária nenhuma modificação.

ECH Mikael- “Eu acho que o trabalho de Agente de Saúde, já, já, é muito bom, né, agora em mente, eu não tô lembrando, não lembro assim, ah! Eu acho que eu não mudaria, porque o Agente ele é muito importante na, na comunidade”.

O anjo Mikael destaca que não realizaria mudanças no processo de trabalho. Nesse sentido, outra perspectiva que pode ser considerada é que o trabalho do Agente deve ser destacado como de relevância pública.

8- PERCEPÇÃO DA COMUNIDADE SOBRE O TRABALHO DO AGENTE, NA PERSPECTIVA DO AGENTE

Os anjos do estudo têm percepções variadas acerca da concepção da comunidade em relação ao seu processo de trabalho, revelando repercussões diferentes de acordo com a relação estabelecida Agente/famílias.

IC1- A comunidade reconhece o profissional Agente e valoriza sua função de elo, sendo considerado referência no aspecto da saúde, o que resulta na aceitação do trabalho.

DSC- “Eu acho que a comunidade aqui, pelo menos na área que a gente trabalha, eu acho que 85% mim trata muito bem, reconhece bastante o meu trabalho, sempre o objetivo é o elogio, que às vezes que o pessoal gosta, muitas vezes, de reclamar, mas elogiar se eles estão gostando eles não fala nada, aí sempre tem aqueles que não

gostam, nem Deus agradou todo mundo. Eles valorizam muito, eles acham importante, tanto é que quando chegam na unidade eles vêm direto no Agente, tem hora que eles não passam nem na recepção, porque é o elo, eles reconhecem, eu sou bem tratada, é tanto que quando eu passo nas ruas, na missa qualquer lugar que eu esteja, não só da minha área mais das demais áreas, as pessoas perguntam 'Amanhã vai ter médico, amanhã vai ter isso' No final de semana, quando acontece alguma coisa, se eu acho que deve ir pro hospital, se dá pra esperar até na segunda; eu sou bem conhecida, reconhece até demais que eu fico com vergonha de não saber o nome de todas as pessoas na rua; aí o povo fala: 'Oi, tudo bem?' Quer dizer, já tem um elo forte com eles, uma ligação, já sei dos problemas, das dificuldades, então cria aquela amizade com a comunidade, porque na época que tô de férias mesmo, o pessoal fica todo atrás, cobrando pra voltar 'Você sumiu, você sumiu, porque você não apareceu aqui'; aí eu falo porque eu tava de férias, aí quando chega de novo as férias 'Mas já, já vai tirar de novo', eles sentem falta. Eu acho que eles percebem uma evolução, né, porque antes não tinha o Agente Comunitário pra tá na casa orientando e pra quê? Vai tá ajudando a prevenir, vai tá promovendo saúde, né, uma coisa que a pessoa pode até não tá sentindo naquele momento mas se vem a sentir ele já sabe como e o que fazer. Entretanto, falam muito assim de que o Agente é a peça mais importante nesse processo de inversão de modelo, mas quando a gente vai inverter os papéis, é só na hora de falar que o Agente é

mais importante na teoria, mas na prática não é o mais importante, às vezes o pessoal valoriza mais o profissional do nível superior. [Mas o que você acha que mudaria isso?] A gente sabe que é um processo e que é uma longa caminhada, talvez assim trabalhar mais junto, depende trabalhar mais junto o Agente e o profissional de nível superior, porque às vezes tem equipe que não trabalha isso assim com igualdade, todo mundo bem integrado, a gente sabe que tem isso, aí dificulta um pouco”.

O Agente Comunitário percebe que a maioria das famílias reconhece a importância do trabalho como elo e valoriza a sua mediação por meio da escuta e da valorização das relações interpessoais, acolhendo o Agente como membro da família e compartilhando as alegrias, as angústias e os sofrimentos compreendidos no âmbito íntimo (LUNARDELO, 2004).

IC2- Alguns moradores não valorizam o trabalho do Agente.

DSC- “Tem gente que reconhece, que vê o esforço que a gente faz, outros não, eu acho que aquele que não vê é aquelas pessoas que não teve a experiência muito boa em PSF em outras comunidades, assim, de uma certa forma, tem, tem as pessoas que começam a conhecer, aí eles começam a valorizar, mas aquelas pessoas que mudam pra cá, que não conhece ainda, elas ainda não valorizam o trabalho do Agente. Também tem aqueles que você pode fazer de

tudo que eles não estão satisfeitos, não tá bom, vem aqui se precisa esperar a consulta, eles vão embora, eu sei que a maioria aprova o meu trabalho”.

Por outro lado, existem os moradores que não reconhecem e não valorizam a contribuição do Agente no cuidar da saúde. Diante disso, Merhy (1997) afirma que existem usuários que não têm interesse de estabelecer contato permanente com a equipe e, como alternativa, procuram serviços que priorizam a livre demanda, como as unidades terciárias. Também, ainda há aqueles que, mesmo usando o serviço dos Agentes e da ESF, são eternos insatisfeitos apesar da assistência prestada.

IC3- Culpa do Agente.

DSC- “É difícil, porque você é a peça, né, o primeiro impacto tudo que o pessoal vai ver, se ele não gosta de alguma coisa aqui, é culpa do Agente. Na verdade é tudo assim, se acontece alguma coisa aqui, se o médico não vem, ‘Ah, você marcou errado, você não sabe’, né, cai em cima da gente, o Agente é a peça do PSF, aquele que pega o impacto; Se não dá certo, é, é, o exame pra ele, ele acha que o Agente de Saúde que foi culpado do seu exame não ter dado certo, aí o Agente de Saúde é o culpado, então ele se torna o elo, se uma coisa não der certo, né, ele tem que ter uma, tipo assim uma (...), ele te cobra e muitas vezes ele tem razão por causa desse sistema, que às vezes é um pouco moroso, né, apesar do SUS ser o melhor, pra mim é o sistema de saúde melhor, o SUS,

ele tem muita coisa ali que tem a desejar, né, ele tem muita coisa boa que resolve e tem muita coisa a desejar”.

A compreensão da culpa do Agente fundamenta-se no atributo do primeiro contato da APS, em que o Agente é o porta-voz do novo modelo de saberes e fazeres em saúde, em que são depositadas todas as expectativas prévias que irão gerar satisfação ou não com o cuidar, pois o canal de comunicação é mais estreito (MERHY, 1997).

IC4- A comunidade valoriza as atividades curativas em detrimento das ações preventivas e percebem o Agente como Marcador de consulta, resultando na não compreensão do novo modelo assistencial e a insatisfação com os Agentes.

DSC- “Eles [comunidade] vê o Agente como secretário, né, ta lá pra marcar consulta, pra marcar exame não como Agente de Saúde que ta lá pra fazer uma visita, pra poder acompanhar; a metade da população vê com bons olhos, outros pensam que o Agente, que a visita é uma bobeira, ontem mesmo aconteceu isso na reunião do conselho gestor: o paciente falou que o usuário falou que o PSF, pra que visita? Pra que reunião? né, se não faz nada, se não marca consulta, não marca exame, vê o Agente como marcador de consulta, às vezes, sabe, eu acho que até hoje eles não entenderam direito que o Agente trabalha com a prevenção e a promoção da saúde. Assim, uma coisa que mim angustia muito é a marcação de consulta, porque o pessoal acha que é só pra marcar consulta que a gente serve, sabe? Ou entregar exame pra ele, às vezes você vai dá uma orientação, e eles num, num dá tanta

importância pra orientação, sabe? Porque agora mesmo eu tô orientando sobre a dengue, né, porque tem surto de dengue na área, às vezes você vai falar pra pessoa 'oh, você tem que tirar a vasilha, virar as garrafas pra baixo, tirar a vasilha que acumula água', às vezes ele não dá tanta importância, aí ele fala 'oh, e a minha consulta? Você não marcou, não?' A importância mais é a consulta; eu acho que eles acham que vem na unidade de saúde é só pra marcar consulta, né, e nem sempre é isso, tem as reuniões e eles quase não participam, né, os que vão mesmo estão mais interessados na consulta, mesmo né; e se você não faz o que elas querem, porque na verdade é consulta, se você conseguiu a consulta pra eles tá ótimo, se você não conseguiu, aí não presta. A maior demanda é de consulta, e não depende só de você, as vezes a pessoa ajuda o tempo inteiro, no dia que você não consegue nada pra ela, ela acaba que esquece aquilo, não é o meu papel [marcador de consulta] mas só que porém como o Agente leva tudo porém as coisas não funciona assim, né; eles acham que você tem que favorecer, aí, são aquelas pessoas que pensam assim, né, que não reconhecem o Agente”.

Esse DSC retrata o grande debate da saúde brasileira, que é a transição do paradigma flexneriano, centrado na atenção médica altamente individualizada e especializada, para a inversão do foco de atenção, priorizando a promoção da saúde e prevenção de doença, que tem o Agente como seu legítimo representante. A IC acima e o seu discurso revelam um equívoco de que o ACS é valorizado apenas pelo êxito ao

agendar a atenção médica e desvalorizado quando não satisfaz as expectativas do usuário (MENDES, 1999; PAIM, 1999).

9- EXPECTATIVAS DA PROFISSÃO DO AGENTE

Os Agentes mencionam suas expectativas para o futuro dessa profissão, e as mais desejadas concentram-se no âmbito profissional e na valorização salarial, proporcionalmente a suas atribuições e responsabilidades, concomitante com a garantia do processo de educação permanente.

IC1- O Agente Comunitário espera para o futuro a efetivação, garantindo segurança e tranquilidade para realizar as atividades cotidianas.

DSC- “A gente espera muito a questão da estabilidade, né, porque nesse caso o Agente de Saúde não é uma profissão, não tá enquadrado ainda como uma profissão, então a gente não é, é visto como funcionário da prefeitura, mas é contratado, eu espero ser reconhecido realmente como profissão, né, e que, de uma forma ou de outra, a gente seja efetivada, e que dê melhores condições pra trabalhar, sabe. Se tivesse estabilidade, não porque acomodaria no serviço, mas realmente você fazer o seu trabalho, você pensar que no ano que vem você pode estar na mesma, né, no mesmo serviço, então a gente não tem essa visão, ‘ah, o ano que vem fazer um cálculo pro ano que vem, vou fazer, trabalhar isso na minha comunidade’, mas eu acho que essa estabilidade daria pra todos os Agentes uma tranquilidade maior pra poder desenvolver o trabalho

da gente. Oh, o que eu espero é ter uma segurança maior no meu serviço, eu tenho medo que entra um prefeito e querer mandar tudo embora, porque ele é tudo pra mim no momento e eu não pretendo mudar não, eu acho que eu vou continuar sendo Agente, até quando eu puder ser”.

A Emenda Constitucional nº. 51, de 14/02/2006, e a Lei 11.350, de 05/10/2006, refletem bem o anseio dos anjos montesclarenses, pois regulamenta os vínculos, os requisitos e a desprecarização da seleção e dos vínculos, por meio da criação do cargo público de Agente Comunitário no quadro efetivo de funcionários municipais (BRASIL, 2006c; BRASIL, 2006d; BAHIA,2007a).

Apesar de a lei supracitada ter sido regulamentada em 2006, até o ano de 2008, durante a época das entrevistas, ainda não existia essa função pública no referido município, e os ACS's não tinham estabilidade no emprego, gerando risco de sofrimento psíquico, com ameaças constantes de desemprego, além da pressão para o uso como cabo eleitoral, ocasionando o desvirtuamento das atividades e o desvio de função.

Em setembro de 2008, após terem sido realizadas as entrevistas no município de Montes Claros, os Agentes foram efetivados e essa expectativa mencionada nas entrevistas tornou-se uma realidade.

IC2- O Agente Comunitário espera para o futuro a valorização profissional proporcional à responsabilidade e ao processo de trabalho com reconhecimento no âmbito financeiro-social, rompendo com a visão do Agente como classe menos favorecida.

DSC- “Eu acho que deveria ser mais valorizado, que o Agente seja valorizado, e visto como Agente, como profissional mesmo, né? De todas as classes a menos favorecida é o Agente Comunitário de Saúde; é mais reconhecimento do Agente, porque às vezes o Agente não é muito reconhecido não, eu quero ser reconhecido tanto profissional quanto financeiramente, ah, eu gostaria que pudesse (pausa) aumentar o salário, o nosso salário deveria ser um pouquinho a mais porque o trabalho do Agente pensa que é fácil mas é muito difícil, né? São muitas tarefas pro Agente com, a gente tem muito trabalho, trabalha muito, o salário é bom, ajuda né, mas olha pra você ver tudo que vem da secretaria, não só da secretaria é o Agente que faz, se é pra pesar da bolsa família é o Agente que faz, tudo que vem de lá é o Agente que tem que fazer, porque o Agente já tá lá na área, o Agente já tá vendo a família, porque não o Agente ganhar um pouquinho mais? Porque ele é um elo entre a comunidade e a unidade, mais assim, ser Agente de saúde é muito bom, primeiro tem que gostar do que faz; eu espero mais curso profissionalizante, mais divulgação do papel do Agente, quem sabe que a secretaria ou o prefeito desse o maior valor pra os Agentes, eu acho que a população também, acho que dava bem mais valor”.

O Agente Comunitário é a alma da ESF. Dessa forma, a efetivação das ações desenvolvidas pelos membros da equipe depende da ação do ACS; a grande responsabilidade que repousa nos ombros dos Agentes leva-os a questionar os direitos trabalhistas e a remuneração proporcional a essa responsabilidade, especialmente aliado

à ascensão ao mercado de trabalho, com o reconhecimento da profissão como ocorreu pela lei em 2002, 10.507 de 10/07/2002, deixando de ser apenas uma categoria sem legislação específica ligada a uma unidade básica de saúde (BRASIL, 2002a).

Esse questionamento foi também realizado em outros estudos (Nogueira, Silva e Ramos, 2000) que relataram a compreensível aspiração dos Agentes para desfrutar de direitos e benefícios trabalhistas e previdenciários garantidos à maioria dos trabalhadores brasileiros, bem como a livre associação para defesa de seus interesses.

Outro aspecto destacado é o reconhecimento social que deve ocorrer inicialmente, dentro da esfera institucional e prolongada para a esfera coletiva e social, já que o papel social do Agente de Saúde junto às famílias promove legitimidade e eficácia a seu perfil ocupacional, transformando-o num recurso humano fora do comum que deve ser valorizado (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000).

IC3- O Agente Comunitário espera para o futuro a efetivação como elo entre a comunidade e a unidade de saúde.

DSC- “O pessoal [a equipe] fala que o Agente é o cara, mas o Agente é que tá lá na área, as pessoas pensam que o trabalho do Agente é fácil mas é muito difícil, né? São muitas tarefas pro Agente, ele ouve mais as pessoas, tá mais dentro da casa das pessoas, então assim precisa mais unir porque tem certas coisas que a gente ainda precisa alcançar, porque ele é um elo entre a comunidade e a unidade, mais assim, ser Agente de Saúde é muito bom, primeiro tem que gostar do que a gente faz”.

O DSC revela o anseio dos Agentes de serem reconhecidos no papel de laço, fato também presente no estudo de Nogueira, Silva e Ramos (2000) que caracteriza o Agente diante de dois aspectos fundamentais: 1- identidade com a comunidade; e 2- tendência para a ajuda solidária. Esse recurso humano exige um *perfil social* fora do comum, com destaque para o saber comunicar-se com sua comunidade, uma vez que é mais comunidade que profissional de saúde, já que tem um laço forte com ela, sentindo-se mais próximo da comunidade do que com o serviço de saúde, enquanto os outros membros da equipe são mais serviço de saúde.

IC4- O Agente Comunitário espera para o futuro a educação permanente que garanta qualificação profissional.

DSC- “Eu espero uma melhor qualificação, mais curso profissionalizante, porque agora mesmo fazendo esse curso de Agente Comunitário de Saúde, que a gente seja reconhecido como Agente de Saúde, porque pra o Ministério da Saúde o Agente não era ainda profissão, aí eu espero ser reconhecida como profissão, eu sei que o curso tem haver com isso”.

O Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde é uma expectativa mencionada que ainda não é uma realidade na cidade de Montes Claros. Os Agentes revelam a preocupação com a formação profissional, que é reconhecida como um dos pilares da excelência da qualidade do cuidar em saúde e também permite o reconhecimento como profissão, já que necessita de um corpo de conhecimentos e habilidades, delineando um perfil de competências necessárias para o fazer cotidiano, normatizadas por meio da

educação profissional com o curso técnico de nível técnico (BRASIL, 2004; BRASIL, 1996; BRASIL, 1999a).

IC5- O Agente Comunitário espera para o futuro o apoio para implementar as atividades educativas.

DSC- “A gente quer fazer uma reunião diferente, que a gente tenha material pra fazer essa reunião, né? Que a gente tenha espaço pra fazer essa reunião. A nossa sala de reunião mesmo já não tem mais espaço, já não tá mais fazendo reunião praticamente aqui mesmo na unidade, a gente tá procurando o salão comunitário, que graças a Deus, é um espaço que sempre que a gente procurou tá aberto pra gente, a creche também a gente usa, as escolas, então a gente tá fazendo assim, a questão de espaço, né, de material, esses dias mesmo, eu queria fazer uma reunião com revista, pincel essas coisas, não tinha, né? Então, dificulta”.

O processo educativo não deve ser concebido na concepção bancária limitada à transferência de conhecimentos e sim a um processo criativo de possibilidades para a produção e criação de saberes, destacado pelo DSC como o apoio material e físico com ações intersetoriais e parcerias comunitárias, resultando na educação em saúde que se faz de forma simbiótica, onde os integrantes aprendem em comunhão e se encontram no fazer, no falar, na ação-reflexão, vivenciando a saúde como construção coletiva (FREIRE, 1987; FREIRE, 1996).

IC6- O Agente Comunitário espera para o futuro a organização da classe profissional, levando à representatividade.

ECH Aniel – “Que se unam mais e que tenha uma representatividade para que organize igual como tá começando a organização do Conselho do Agente pra a gente poder ta dando as mãos e lutar em prol dos Agentes por causa que só o Agente às vezes, o que a gente passa muitas vezes o enfermeiro e o médico não passa, às vezes ele passa por situações diferentes, então o Agente, como fala o pessoal, o Agente é o cara, mas o Agente é que ta lá na área, ouve mais as pessoas, ta mais dentro da casa das pessoas, então assim precisa mais unir porque tem certas coisas que a gente ainda precisa alcançar”.

O discurso de Aniel revela duas angústias – vivência de situações exclusivas do fazer do Agente e a responsabilidade pela inversão do modelo assistencial – que tem sua solução atrelada à união de classe enquanto coletivo, pois os homens quando sofrem opressão não conseguem ultrapassar essa condição sozinhos, pois ninguém liberta ninguém, os homens libertam-se em comunhão, vencendo o opressor que existe dentro deles em busca da liberdade (FREIRE, 1987).

**10- SER AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE E SER AUXILIAR DE ENFERMAGEM:
DOIS PONTOS DE VISTA**

O PROF AE tinha como missão a profissionalização na área de enfermagem dos profissionais que realizavam ações de enfermagem sem a habilitação técnica associado

ao intuito de melhorar a qualidade dos serviços de saúde com a prevenção e a solução dos problemas dessa área. Com a efetiva implementação, foi estendida aos Agentes Comunitários de Saúde, gerando dois aspectos mencionados pelos sujeitos do estudo.

IC1- Ser auxiliar de enfermagem proporciona ao Agente a maior resolutividade e valorização perante a comunidade que anseia pelas atividades curativas.

DSC- “Não falo muito de perfil, porque a pessoa não nasce com perfil, ele adquire né, no conhecimento. Então muitas vezes se um técnico de enfermagem fosse um Agente talvez o serviço dele seria mais completo, né, as dificuldades que nós temos bastante como Agente que eu sinto que a maioria dos meus colegas também reclama a mesma coisa é a questão do, do da pressão, o ponto maior que a gente tem hoje no serviço é a medida de pressão, né? Então o Agente não pode medir, eu acho se ele tivesse um, um curso, uma capacitação que o Agente pudesse, resolveria 50% dos problemas da comunidade, muitas vezes a comunidade chega aqui faz aquele volume de gente aqui, só pra poder medir a pressão, muitas vezes tem curativo, tem vacina, tem uma coisa pra tomar. Então eu acho se o Agente pudesse dá essa vazão no, no serviço eu acho que a visão do serviço seria muito melhor; você tem mais, é, é capacidade de tá ajudando a comunidade, por exemplo na minha área tem mais 30 hipertensos, né, os meus hipertensos eles não são acompanhados todo mês pra medir a pressão, o pessoal fica em casa esperando, o auxiliar não pode sair da unidade, o

Agente de Saúde vai e não pode medir; se o Agente de Saúde pudesse medir o usuário não precisaria sair de casa”.

Os Agentes de Saúde procuram alternativas em relação à profissionalização e o curso de auxiliar de enfermagem apresenta-se como meio oportuno de dar continuidade aos estudos e à formação profissional, proporcionando valorização e visibilidade, já que as ações biomédicas permitem a aproximação e a identificação dos Agentes como representantes da instituição de saúde, afastando-os da identidade comunitária e permitindo um diferencial com os moradores, que são seus vizinhos e conhecidos (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000; LUNARDELO, 2004).

Dessa forma, os Agentes tornam-se híbridos que pertencem a duas categorias: a de Agente Comunitário de Saúde e como uma categoria ocupacional pertencente, ainda que não legitimamente, ao grupo de enfermagem (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000).

IC2- Ser auxiliar de enfermagem traz mais benefícios no aspecto individual do que no coletivo.

ECH Sitael- “A gente tem mudado muito, mas por oportunidades melhores, né, o único que saiu porque não teve perfil foi o primeiro Agente de Saúde daqui. Agora já saiu vários outros, mas porque conseguiu outro emprego, uma Agente saiu pra fazer o técnico, C. saiu agora porque passou na seleção e tá indo pro São Geraldo II. Então a maioria dos Agentes que saiu foi os Agentes que fizeram o curso técnico, e então o curso técnico favoreceu, eles mais na questão pessoal e então o curso técnico acabou sendo um prejuízo

para o Agente e bom pro indivíduo; e surgindo a oportunidade acho que vão mesmo”.

Outro aspecto destacado foi o curso de auxiliar de enfermagem como estimulador da rotatividade nas Equipes de Saúde da Família, motivado pela busca de melhoria técnica e ascensão profissional com a busca de novas oportunidades, sendo mais importante para o Agente de maneira individual do que para a Estratégia Saúde da Família (LUNARDELO, 2004).

11- ASPECTOS MOTIVADORES DO PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE

Os aspectos motivadores permitem ao trabalhador manter-se entusiasmado, querendo oferecer o melhor de si, influenciando e inspirando a ação; proporcionando ao processo de trabalho o sentido de geração de prazer e recompensa pelo fazer.

Os Agentes identificaram três aspectos que mantêm a chama da motivação acesa dentro de si.

IC1- O Agente Comunitário é motivado pela resolução das necessidades de saúde, levando a sensação de dever cumprido e reconhecimento.

DSC- “Ah! Igual mesmo você ver assim, você começar uma coisa e ver cumprida, só de eu consegui resolver o problema de alguém, alguém ti procura, e, você conseguiu realmente que, você ajudou aquela pessoa, influenciou de algum jeito, você ver, viu o resultado de seu trabalho é ótimo como quando eu descobri uma hanseníase, né? A gente fez uma apresentação, na área tinha uma mulher, uma

mulher que tinha uma mancha, uma mancha, assim na testa dela tinha uma mancha, e comecei a observar, ela esfregava muito, e observei que também no braço tinha uma mancha, e ela não sabia o que, o que era, e assim eu fiz o teste da caneta com ela, e a gente percebeu que ela tava assim sem sensibilidade, aí, eu trouxe ela pra cá, teve o dia da hanseníase aqui, e foi comprovado hanseníase, aí, aí ela tratou um ano, aí quando ela ficou curada aí ela veio aqui sabe, e mim agradeceu e eu pensei 'Oh, poxa vida mais eu não fui o médico que cuidou dela, não fui eu que é, é, tava dando remédio, eu só assim, descobri e trouxe ela pra cá, ela veio mim agradecer', então isso pra mim, foi realização mesmo, eu mim senti feliz nessa hora. E também quando eu fui na casa de uma senhora semana passada que eu não vou nem lembrar aqui e ela é idosa e eu vi que tinha uma vasilha lá de colocar água, de colocar das galinha e eu acho que nem o pessoal da dengue conseguiu fazer ela livrar daquilo, aí eu cheguei fiz a visita conversei com ela, aí eu vi aquela vasilha lá e mexi assim na beira da vasilha e tinha umas larvas eu acredito que foi da dengue, aí chamei ela, mostrei a ela, expliquei pra ela, falei com ela: 'a senhora tá sabendo dos casos que tá acontecendo fora daqui, aqui também, mas fora é mais grave, tinha jeito a senhora pelo menos lavar?', eu conversei com ela assim, passar escova na beira ai porque não pode deixar; ela ficou calada, (ela disse:) 'não, não eu vou tirar', aí quando eu voltei no outro dia e ela tinha tirado eu fiquei feliz eu vi que meu serviço teve efeito".

A ESF tem como objetivo prestar uma assistência universal, integral, contínua e especialmente resolutiva, que se apresenta como a diretriz da resolutividade com o atendimento das reais necessidades da população com intervenção adequada. Dessa maneira, o Agente Comunitário assume o importante papel de intermediar a atenção às famílias, entendendo e percebendo o processo saúde-doença a partir do ambiente físico e mental, realizando, assim, a interlocução família/equipe (SOUSA, 2000; ALVES, 2005).

Isso posto, os Agentes entrevistados destacam que o cumprimento da diretriz da resolução proporciona a sensação de dever cumprido, motivando-os, já que são conhecedores da realidade local e têm a percepção das condições sociais e de vida.

A solução dessas mazelas sociais e de saúde apresenta-se com um significado diferente em relação aos demais membros da equipe e que proporciona um sentido diferente a sua vida pessoal como morador da comunidade e ao seu processo de trabalho por meio do cuidado ao outro.

IC2- O Agente Comunitário é motivado pela satisfação do usuário por meio das ações empreendidas durante o processo de trabalho.

DSC- “Além de eu ter bastante fé em Deus, muita fé em Deus mesmo, o que me motiva mais é quando o usuário precisa do serviço e é bem atendido, né? Quando a gente volta pra saber, retornar pra uma consulta, você consegue encaminhar ele, o médico atende ele bem, volta na casa pra saber se a pessoa melhorou, a pessoa ti agradece, agradece a unidade, a gente fica muito satisfeito porque tá vendo que o trabalho tá realmente funcionando, né? Ou quando eu presto um serviço pra pessoa, e a pessoa fica satisfeita, isso pra mim é maravilhoso, vale a pena, um

curativo que eu faço, uma PA que eu faço, tem pessoas idosas, você termina e falam 'Deus ti abençoe minha fia, vai com Deus', ah, eu fico alegre demais, eu adoro eu penso que eles gosta do trabalho, vê a importância do nosso serviço mesmo que na comunidade tem pessoas que falam mal, mais a satisfação de algumas pessoas, especialmente idosos e crianças, é que mim motiva a trabalhar mais ainda. Com certeza, sempre o objetivo é o elogio, que às vezes que o pessoal gosta muita vezes de reclamar, mas elogiar se eles estão gostando eles não fala nada, aí”.

A percepção dos usuários acerca da assistência prestada com o atendimento das suas expectativas prévias resulta em satisfação, que motiva os Agentes de Saúde, já que a manifestação da satisfação dos moradores ganha uma amplitude maior, uma vez que a relação interpessoal com as famílias é a razão de ser e a base do processo de trabalho do profissional Agente Comunitário de Saúde (MERHY, 1997).

IC3- O Agente Comunitário é motivado pelo desejo de ajudar o próximo.

DSC- “Nossa, eu acho que vale a pena, quando eu vejo que tem uma família precisando mesmo, eu vou, eu ajudo, eu levo ao médico, faço uma visita, eu vejo que aquela família fica satisfeita, porque tem muitos, igual idoso que não tem condições de vim aqui, eu vou, faço a visita chega lá resolvo algum problema que eu vejo que a família fica satisfeita, pra mim já fico satisfeita. Ou quando eu lido com aquela família que tá desanimada, que, não tem coragem de vim aqui, que eu sei, se eu não ir até lá, se eu não ajudar é, é não vai resolver o problema, aí, eu sei que vale a pena. É bom,

porque eu sei que eu tô ajudando meu próximo como eu já disse e, e, de uma forma ou de outra sempre tem gente que recebe muito bem, e vale a pena ser Agente, porque eu tô ajudando, na minha orientação, no meu trabalho, né, assim, eu, eu acordo e falo assim ‘Hoje eu vou naquela casa, vou ser bem recebida, porque eles vão mim acolher bem’ e eu também faço o meu acolhimento de forma muito agradável, né, do melhor possível que eu posso fazer porque o que eu gosto mais é dá assistências às pessoas”.

O cuidar representa a essência do ser humano estimulado pelo contato com o outro, fundamentando todas as relações estabelecidas com os outros. Por meio do ato de cuidar, os anjos desse estudo demonstram um perfil solidário, imbuído do sentimento de valorização humana através da contribuição para a melhoria da vida das pessoas, seja por meio de uma forma de cuidar inautêntica ou autêntica de coexistir (BOFF, 2004; LUNARDELO, 2004; HEIDEGGER, 1999).

Esse perfil solidário, caracterizado pelo desejo de ajudar ao próximo é um aspecto motivador do processo de trabalho e, ao mesmo tempo, causador de desmotivações.

12- ASPECTOS DESMOTIVADORES DO PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE

Os aspectos desmotivadores revelam o processo de trabalho como causador de sofrimento e angústia que gera a insatisfação no trabalho, retratado por meio das ICs.

IC1- O Agente Comunitário é desmotivado pela falta de resolução, que ocasiona a falta de credibilidade acerca do desenvolvimento do papel desse profissional.

DSC- “Oh, mim desanima é quando eu tento ajudar uma pessoa e não consigo, porque às vezes não está ao meu alcance; é você tentar fazer uma coisa pra alguém assim, e você ver que a pessoa merece e você não conseguir ou quando assim, a pessoa vem aqui direto a gente consegue as coisas, ou mesmo na casa a gente orienta, fala a pessoa segue, quando chega aqui e a pessoa procura alguma coisa que não tá no meu alcance de resolver a pessoa, a pessoa coloca a gente pra baixo, xinga ‘Ah, você não consegue nada, a gente não consegue nada nesse posto’; isso aí ti desanima totalmente, dá vontade de desistir, por causa daqueles que toda vez acha que tem que conseguir e também as vezes falta muitas coisas que a gente não pode dá pra comunidade, como material, que não depende de mim”.

Os Agentes revelam que a percepção da incapacidade de responder a todas as necessidades e demandas apresentadas pelos usuários e famílias frustra-os, pois, no fazer diário, deparam com a pressão da comunidade aliada ao fato de a comunidade depositar no Agente a responsabilidade de ser o locutor dos problemas enfrentados, essa situação também foi descrita por Lunardelo (2004).

A falta de resolução reflete também no estabelecimento do vínculo de confiança, fundamental no processo de trabalho do Agente, que tem no diálogo e na troca de

informações, muitas vezes confidencial, o mecanismo para a efetivação e a implementação da Estratégia Saúde da Família.

IC2- O Agente Comunitário é desmotivado por sua responsabilidade pela organização e funcionamento do sistema de saúde, o que ocasiona insatisfação do usuário e incompreensão.

DSC- “É quando chega gente barraqueira e fala ‘Você não resolveu isso pra mim, você é incompetente’, e não sei o que, e fala assim, mim chama de irresponsável, quando acontece, né, é muito difícil, mas acontece, a gente nunca consegue agradar todo mundo, né ou quando você faz de tudo pela pessoa, tudo pela pessoa, aí, ela vai e fala assim ‘eu não recebo nada, eu não consigo nada, que o PSF não presta, não serve pra nada’, mas normalmente depois ela vem e pede desculpa mais isso magoa muito”.

O duplo papel atribuído ao Agente de ser: 1- do âmbito comunitário o porta voz das necessidades da população assistida; 2- do âmbito institucional a fonte de informação sobre o processo de organização dos serviços de saúde; ocasiona angústias e gera desmotivação. Esse aspecto mencionado pelos entrevistados também foi relatado por outros autores em seus estudos, em especial Lunardelo (2004).

IC3- O Agente Comunitário é desmotivado pela compreensão reduzida do papel do Agente como andarilho da saúde e caça assinatura.

DSC- “O que mim desmotiva às vezes é porque às vezes a gente dá o máximo da gente, né, e assim não que eu busque de todo

mundo só elogio, porque sempre tem altos e baixos, né? Às vezes a população não compreende a gente, às vezes eles pensam que Agente de Saúde é só tá andando pra cima e pra baixo, eles não entendem que o Agente tem um trabalho a seguir, que tem muitas atividades a fazer, e as vezes que desmotiva é a não compreensão da população e também tem muitas pessoas que ainda não dão valor, tem gente que acha que ser Agente de Saúde é ficá batendo perna, é, é, não faz nada, que fica de conversinha, na realidade a gente é cobrado, todo fim de mês a gente tem uma meta pra poder, é, é prestar conta pro pessoal aqui. Não é questão que desanima, é, é que chateia, porque se fosse o caso de desanimar, eu já tinha desistido, você entendeu?”.

O Agente de Saúde é o responsável por captar os dados acerca da população e do seu perfil de morbidade e mortalidade, objetivando à alimentação dos bancos de dados nacional, o que resulta em cobranças e pressão sobre as visitas realizadas e seu respectivo acompanhamento familiar a nível domiciliar. Porém, a população não compreende o processo de trabalho do Agente e as metas estabelecidas a nível nacional, como acompanhar mensalmente 100% das famílias e dos grupos prioritários, gerando grande pressão e cobranças da população que, ao desconhecer e/ ou não compreender o verdadeiro papel social e de saúde dos ACS, contribui para a geração de sofrimento e angústia (BRASIL, 2006; BRASIL, 2000; BRASIL, 2003).

IC4- O Agente Comunitário é desmotivado pela realização de atividades administrativas desvirtuadas que sobrecarregam o serviço e causam stress.

ECH Raziél- “Tem hora que a burocracia do serviço, a parte burocrática, é muita coisa que não é papel do Agente, e o Agente acaba tendo que fazer”.

A não compreensão do importante papel de mobilizador social aliada à falta de profissionais, como o administrativo, resulta no desvio de função, em que ele reduz suas atividades externas, que é sua razão de existir (visita domiciliar) para realizar atividades internas (recepção, burocracia), o que desvirtua o seu verdadeiro fazer (BRASIL, 2006).

IC5- O Agente Comunitário é desmotivado pela ausência de trabalho de equipe e pela falta de compromisso com a comunidade.

DSC- “Quando eu não consigo resolver alguma coisa, aí, sinceramente, ou então quando eu chego com problema aqui, porque acontece, é assim, aí eu chamo o médico, eu chamo o enfermeiro pra conversar, e aí entra no ouvido e sai no outro, né, não dá assunto, não dá a credibilidade praquilo que eu tô falando, aí mim dá vontade de desistir aquilo, realmente desanima a gente fica parecendo que o seu trabalho tá indo por água a baixo. Ou quando o usuário fala ‘Ah, fulano mim tratou mal, ele não mim atendeu o médico marcou e não veio’; é justamente isso quando a, a equipe não tá em acordo, não entra em acordo, porque a gente tem sempre reunião, como se diz a reunião é pra lavar roupa suja, né? Então nisso aí a gente coloca os problemas que a gente tem, então a gente fica realmente indignado quando a gente discute uma coisa, planeja pra fazer aquilo no mês e quando você acha que o

trem tá caminhando direitinho, né, fala 'Ah, não vai poder ter essa reunião, não vai poder ter aquilo', então realmente você fala com a comunidade uma coisa, você marca com a equipe pra ir na, medir a glicemia, pressão do pessoal pra fazer uma, uma eu tenho 30 hipertensos, umas 120 famílias tem mais ou menos 400 pessoas. Então a quantidade de hipertensos tá bem pequena né, a estimativa deveria ser maior, então fomos fazer uma busca ativa, então a comunidade ficou esperando e a gente marcou o dia, marcou com a equipe, a equipe demorou a sair daqui e quando chegou lá ficou menos de uma hora. Aí já tava voltando, quando a comunidade começou a chegar, começou a participar parou no meio da atividade, o pessoal falou 'você pede pra gente vim aqui, pede pra não faltar, e, o médico e o enfermeiro chegou ficou menos de uma hora e foi embora', isso aí desanima perante a comunidade".

A compreensão do ser humano em toda a sua complexidade leva em consideração a sua dupla entrada – entrada biofísica e entrada psicossociocultural – em que uma remete à outra de maneira interligadas, resultando na compreensão integral do ser humano. Na ESF, essa compreensão ocorre por meio do trabalho em equipe, fundamentado no respeito ao saber e ao fazer do outro e suas respectivas contribuições em busca da interdisciplinaridade (MORIN, 2003; BRASIL, 2000a; BONALDI et al., 2007).

Os Agentes destacam que a não efetivação da verdadeira prática em equipe com a ação interdisciplinar gera atrito, desconfiança, falta de credibilidade e culmina na desmotivação e na insatisfação com o processo de trabalho.

13- MUDANÇAS DA CONCEPÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO

A maioria dos Agentes de Saúde iniciou suas atividades junto com a implantação da ESF, apenas cinco Agentes eram anteriormente usuários, sendo assistido pelos Agentes através da visita domiciliar, associado a outros contatos estabelecidos previamente, seja pela visita, atividade de educação em saúde e promocionais.

Todos os Agentes que eram anteriormente usuários das Equipes de Saúde da Família (5) afirmaram que a visão sobre o processo de trabalho mudou após iniciar suas atividades.

QUADRO 8- COMPARAÇÃO DA VISÃO DO PROCESSO DE TRABALHO ANTES E DEPOIS DE SER AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, 2008

VISÃO ANTERIOR	VISÃO POSTERIOR
<p>IC1- Processo de trabalho considerado fácil, com poucas regras e atividades a serem executadas.</p> <p>ECH Miguel - Eu achava que era mais fácil, sinceramente, quando eu vi, eu achava que era menos serviço, achava que era mais fácil (...) Ah, eu acho que, que, eu achava que sinceramente, que o serviço era menos, que o serviço era menos, mais assim também depois que eu vi que também tinha regras, que eu não</p>	<p>IC1- Processo de trabalho complexo relacionado à interação com as famílias que apresentam aspectos positivos e negativos.</p> <p>ECH Miguel - (...) nunca imaginei que assim, que o pessoal xingava você, que maltratasse, que, as vezes batesse a porta em sua cara, nunca passava em minha cabeça isso.</p> <p>ECH Mikael - (...) a nossa visão mudou</p>

<p>assim, que eu não conhecia isso, eu não sabia que tinha, que tinha metas pra cumprir, eu não sabia que tinha.</p> <p>ECH Mikael - Antes, eu não conhecia realmente o que era um trabalho em relação à saúde, no nosso SUS, né, depois que mim tornei Agente, a gente vê muita mudança e vê que, que a gente achava que era fácil, é difícil na verdade, como usuário, né, as pessoas acham que é muito fácil, né, que você pode dá um jeitinho, a nossa visão mudou muito,</p>	<p>muito, por isso que a gente pega conhecimento em relação à saúde vê que não é tão fácil como as pessoas pensam, que as coisas são bem diferentes.</p>
<p>IC2- Percepção simplificada do papel de Agentes resumido na visita domiciliar, como mero instrumento de olhar as famílias e buscar assinaturas, sem compromisso.</p> <p>ECH Daniel - Bem, bem mudou muita coisa, ah, eu achava que a gente ia na casa, só assim, olhava como que tava a família e tal, e voltava assim pegava assinatura e saía mas depois que eu fui vê, fui analisar e fui vê que não é isso.</p>	<p>IC2- Processo de trabalho relacionado ao conhecimento/interação com as famílias com o intuito de promover a saúde no aspecto positivo.</p> <p>ECH Daniel - (...) fui analisar e fui vê que não é isso, né, é você chegar na casa do paciente, é observar o que tá acontecendo, é cê interagir com aquela, aquela família, você tá por dentro de tudo sobre ela, percebi que é muito além do que uma visita, faz uma visita.</p>

	ECH Benael - (...) mais quando eu entrei aqui é que eu pude ver as dificuldades de quem tá aqui dentro, né, passar coisas pra as pessoas que ta lá fora, tipo assim, levar a saúde não é fácil, até envolve muitas coisas, envolve cultura, né, envolve é, é, tem mesmo assim condições pra tá oferecendo pra elas alguma coisa, então é complicado.
--	--

Fonte: Pesquisa de Campo, 2008.

Os Agentes de Saúde revelaram a não compreensão da importância e da complexidade inerente ao seu processo de trabalho quando eram usuários cadastrados e visitados pelos atuais colegas de equipe.

O fato de o Agente de Saúde ser oriundo da comunidade assistida, convivendo no mesmo espaço comunitário, mesma cultura aliado a não exigência prévia de nenhum requisito escolar específico resulta na visão simplificada do papel, e assim passa a ser visto como simples e fácil, uma tarefa que qualquer um pode exercer. Emerge, dessas colocações, um grande equívoco de aliar o acesso universal à profissão a todos que atendam aos requisitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde a uma visão reduzida do processo de trabalho, em que se valoriza apenas o diploma e o título, atribuindo maior valor agregado ao conhecimento teórico em detrimento do conhecimento comunitário, já que os outros profissionais têm com pré-requisito a formação profissional específica para a sua função (BRASIL, 1991; BRASIL, 2000; BRASIL, 2006).

Além da falta de exigência de formação profissional específica como requisito para a função, foi destacada a visão de trabalho fácil, centrada na visita domiciliar como mera ida ao domicílio para obtenção da assinatura mediada por um conversa informal e desinteressada; o processo de trabalho como Agente possibilitou a visão ampliada do processo saúde-doença e do importante papel de acompanhar e monitorar situações de risco e grupos de risco, exercendo a ação de vigilância à saúde, que é o pilar da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2004; MENDES, 1999).

Esse fato remete à reflexão acerca da ação que deve ser realizada pela equipe de saúde e secretaria de saúde para esclarecer esses equívocos que dificultam a inversão do modelo assistencial centrada na ESF.

14- A PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA DOS AGENTES SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE NA PERSPECTIVA DO SUJEITO/AGENTE

A família é a razão de existir do ser humano, ainda mais na ESF, que insere a família como Agente ativo nos serviços de saúde, reconhecendo o contexto familiar como espaço privilegiado para as ações de saúde. Diante disso, nada mais justo que conhecer a percepção das famílias dos Agentes de Saúde sobre o processo de trabalho do Agente na óptica do próprio Agente (BASTOS; TRAD, 1998; STARFIELD, 2002).

IC1- A família considera o papel de Agente como relevante, indispensável e essencial para a comunidade por meio de ações de cuidado e desenvolvimento pessoal.

DSC- "Ah, eles [família] adoram o meu trabalho de Agente, porque de certa forma eu mim sinto tão bem e antes eu sentia tanta

depressão, eu chorava bastante, porque ficava desesperada por não tá arranjando serviço, então eles sentem tranquilo, porque eu tô trabalhando com o que eu gosto, também, né, a família acha bom, acha bonito e fala o seguinte: que, que, que é um trabalho muito bom, né, engrandecedor porque você vai estar ajudando a pessoa, só de achar que a gente tá ajudando alguém e vê que a gente é útil na comunidade, eles acham que a gente cresce bastante não é só o lado financeiro, mas o lado, é, é humano, do que é ser Agente, minha família falou: você deve continuar e procurar crescer dentro do que você se habilitou, é isso que eu quero, pra, pro ACS, ele crescer pra ajudar a comunidade e as pessoas”.

Os Agentes destacam que a família considera de relevância pública o seu fazer diário, por meio do reconhecimento social através do cuidar do outro que contribui para o crescimento humano-individual (LUNARDELO, 2004).

IC2- A família valoriza o trabalho de Agente, que representa fonte de orgulho e confiança.

DSC- “Minha família é o maior orgulho, minha mãe então, minha mãe fala ‘minha filha é Agente’ ela tem orgulho pelo resultado do trabalho, é, é eu chego preocupada ‘Ah, meu Deus eu tenho de ajudar’, é, é não falando o nome, eu tenho uma família que tenho de ajudar, eu saí muito fora de hora, sabe, pra ajudar, sabe ela vê que, que eu tenho compromisso; então isso aí dá um conforto pra gente, uma confiança, sobre, eu fico muito alegre; eles [família] mim

coloca lá no alto tudo que acontece, em relação , e, e, os sobrinhos machucou 'oh! Tia vem cá, vê isso."Minha tia teve é, é, bebê, e dá pra fazer a retirada de pontos "Oh, você devia fazer pra mim'; também é, já aconteceu de minha mãe tá aqui no serviço, e o pessoal falar mal dos Agentes, né, e ela tá defendendo".

A valorização do processo de trabalho é aliada à importância atribuída às ações de cunho humanitário e solidário que o fazer do Agente proporciona ao seu ente querido, já que o Agente, seja ele, esposa(o), filha (o), pai, mãe, irmã passa a ser conhecido pela comunidade onde vive, adquirindo *status* social na dinâmica comunitária.

IC3- A família considera o processo de trabalho complexo quando associado ao fato de a comunidade não separar o profissional-Agente do morador-Agente, com procura fora do horário de serviço e do ambiente de trabalho e com cobranças indevidas.

DSC- "No início, minha família achou que seria bom ou muito pesado, né, tem muita cobrança, o Agente, ele é bem cobrado em qualquer lugar, no armazém, na igreja, em qualquer lugar é, a comunidade tem a cultura assim, de não separar as coisas, o Agente mora na comunidade e todos os lugares que você vai as pessoas da comunidade estão lá, e param, você vai no barzinho, você pode sair em Montes Claros inteiro que você encontra alguém da comunidade,'Ah, eu quero uma consulta'. Você tá na fila do ônibus, em qualquer lugar que você vá, realmente é difícil, né, eles gostam [família] do que eu faço, só não gosta quando o pessoal

começa a incomodar lá em casa, porque de noite é uma chamada, vai lá fala pra ti procurar lá na unidade, porque agora tá de noite você tá fazendo janta, você tá no horário de almoço, as vezes tem que parar de almoçar pra ir atender, porque eu tenho uma dificuldade pra dizer não, porque quando chega assim, porque é eu não sei se eu tô naquela casa ali no dia a dia, aquela família mim aceita bem, eu sei da realidade, aí muitas vezes que a pessoa mim procura eu já sei que tá precisando, aí eu acabo cedendo apesar mesmo no horário, que é meu horário de almoço”.

O Agente de Saúde estabelece com as famílias visitadas uma relação de confiança, que muitas vezes leva a interpretações equivocadas e dificuldade do Agente em impor limites à população, que aborda esse profissional na comunidade, em qualquer lugar e situações (casa, na rua, na igreja, no horário de lazer), independente do horário de trabalho, gerando desconforto e incômodo com os familiares que presenciam essa abordagem (LUNARDELO, 2004).

IC4- A família considera o processo de trabalho complexo se associado à convivência direta com a realidade local e a violência.

ECH Raziél- “Meu esposo gosta do meu trabalho, agora o que, o que ele fica mais chateado, é aquele, é, é, a questão do, do, por enquanto não tem jeito, e a questão de, de, de residência no local, dentro da área de abrangência, isso tem até atrapalhado muito até

agora por causa da violência do local. A gente quer ter uma casa própria, né, só que a gente não quer uma casa própria aqui, agora com filho, criar um filho no ambiente de violência, isso atrapalha, atrapalha muito”.

Alguns familiares temem pela segurança do seu ente querido na realização de seu trabalho, o que resulta em uma convivência familiar confusa e conflituosa.

15- A PROFISSÃO DE AGENTE: UM TRABALHO A SER RECOMENDADO PARA FAMILIARES E AMIGOS

Todos os Agentes de Saúde recomendariam essa profissão a familiares e amigos, porém somente para aqueles que tivessem o perfil adequado, uma vez que a profissão exige alguns requisitos.

IC1- Recomendaria para as pessoas que possuíssem atitudes/valores como paciência e calma.

DSC- “Oh, eu até recomendaria para aquelas pessoas que tem é, deixa eu ver... paciência, né; mas também explicaria pra ela como que é ser um Agente, que você tem que ter paciência, você tem que ser uma pessoa é, é assim tem que ter calma demais”.

IC2- Recomendaria para as pessoas que possuíssem atributos pessoais, como amor profissional.

DSC- “Se fosse alguém que eu soubesse que gostasse, que tivesse interesse de trabalhar na área de saúde, porque a gente sabe que a pessoa tem que ter perfil, tem que gostar, amor no que elas fizer, porque tem que ter muito amor pra ser Agente de Saúde, em qualquer profissão, mas o Agente ele tem que ter muito, muito amor naquilo que ele tá fazendo, porque não é fácil, não é; agora se não gostar eu nem recomendo”.

IC3- Recomendaria para as pessoas que possuíssem qualidades e atributos profissionais, como ser calmo, saber conversar/comunicar, explicar, ser capaz de transpor informações, saber ouvir e saber lidar com o público.

DSC- “Recomendaria, mas primeiro tinha que ser, eu acredito muito na questão de ter perfil, saber mexer com as pessoas, saber lidar com as pessoas, você de repente dá uma resposta pra uma pessoa, em questão da saúde, você tem que tá conversando, tá explicando, porque muitas vezes você tem que saber ouvir mais do que falar, ouvir mais do que falar, eu acho que o Agente de Saúde não é pra qualquer um, a pessoa tem que ter perfil e um desses perfil é saber ouvir mais do que falar”.

Os Agentes destacam a importância de possuir atitudes/valores, atributos pessoais, qualidades e atributos profissionais necessários ao exercício da profissão, que está fundamentada na relação interpessoal, no diálogo e nas habilidades de comunicação. Destaca-se, aqui, o cuidado profissional, definido como a forma com que os indivíduos são atendidos nos sistemas de saúde pelos profissionais e embasado no cuidado cultural,

na percepção da experiência de vivenciar os comportamentos de cuidar e de não cuidar dentro do contexto familiar, de maneira a manter o seu bem-estar e qualidade de vida (LEININGER,1991).

A expressão chave retirada do depoimento de Manael retrata uma situação específica enfrentada por candidato que não possui o perfil adequado e qualidades/atributos necessários.

“Eu já recomendei para minha irmã só que ela entrou e não gostou da experiência e saiu, ela não deu conta, ela disse que não era o que ela esperava. [O que ela esperava?] Ela pensava que era diferente, que não era pra ir todo mês na casa, visitando, e que as pessoas também não tava aceitando o programa e às vezes nem recebia ela, né”.

16- AÇÕES NECESSÁRIAS PARA A VALORIZAÇÃO DO AGENTE DE SAÚDE NA PERCEPÇÃO DO AGENTE

Os Agentes destacam as ações necessárias para o processo de valorização, que, nos relatos abaixo mencionados, se confundem com ações de educação que resultam na sensibilização por meio do reconhecimento de que as pessoas são seres históricos e, portanto, inacabados. Nesse sentido, a consciência dessa inclusão leva à busca constante em direção a estar no mundo, com o mundo e com os outros (FREIRE, 1987; FREIRE, 1996).

Esse estar no mundo, com o mundo e com os outros refere-se à comunidade, à equipe e ao gestor municipal de saúde.

IC1- Valorização dos Agentes por parte da equipe e do gestor municipal de saúde como peça fundamental no processo de inversão do modelo assistencial por meio do trabalho em equipe, interdisciplinaridade e de visibilidade.

DSC- “Falam muito assim de que o Agente é a peça mais importante nesse processo de inversão de modelo, mas quando a gente vai ver se inverte os papéis, é só na hora de falar que o Agente é mais importante na teoria, mas na prática não é o mais importante, às vezes o pessoal valoriza mais o profissional do nível superior; a gente sabe que é um processo e que é uma longa caminhada, talvez assim trabalhar mais junto, depende trabalhar mais junto o Agente e o profissional de nível superior porque às vezes tem equipe que não trabalha isso assim com igualdade, todo mundo bem integrado, a gente sabe que tem isso, aí dificulta um pouco; e eu acho é, que tipo assim, se por exemplo, é, é se a secretaria, ou o prefeito desse o maior valor pra os Agentes, eu acho que a população também, acho que dava bem mais valor”.

IC2- Divulgação do papel do Agente e da Equipe de Saúde da Família, proporcionando maior visibilidade e desmistificando a ideia de mero marcador de consulta.

DSC- “Eu acho que, que tipo assim divulgando mais o papel do Agente, quem sabe; divulgando o papel que a gente já desenvolve, é fazendo reuniões comunitárias, explicando como funciona o PSF, né, qual o objetivo do PSF, pra que serve o PSF, porque tem pouco

tempo que o PSF tá inserido aqui na comunidade, e o centro de saúde é muito próximo eles viram, eles viam o PSF como um novo centro de saúde e não como PSF, como postinho e também eu acho que eles devem mim respeitar mais e ver como Agente de Saúde e eu sou uma profissional também. Então, assim, nós não somos mero marcador de consulta, né?”.

A valorização do processo de trabalho do Agente encontra respaldo no processo de produzir e de transformar o pensar em ação e comunicação, que se faz pelo reconhecimento e pela divulgação do verdadeiro papel do Agente, que deve acontecer não pelo outro nem para o outro, nem sem os outros e sim com o outro como sujeito de seu pensar (FREIRE, 1987; FREIRE, 1996; FREIRE, 1983).

O outro é reconhecido como o usuário, a equipe e o gestor local, que devem ser envolvidos nas relações de construção do saber, fazer e conviver (CARVALHO, 2007).

IC3- União da categoria Agente de forma organizada para reivindicar e garantir os direitos trabalhistas.

ECH Ariel- “Eu acho que a categoria é reunir como a associação, né nos começamos a reunir e não demos continuidade, ficou naquela primeira reunião, depois fizemos uma, porém não vingou, foi alguns membro só, então foi eleito essa associação, porém não tem nada registrado, não foi registrado a associação. Eu acho assim que a categoria se em toda categoria se ela é unida, se é bem organizada, tem como reivindicar mais os direitos da gente”.

A busca da valorização perpassa pelo questionamento de si e reconhecimento do seu pouco saber de si, passando a questionar-se e ao seu processo de trabalho. Nessa tomada de consciência, reconhecem que sozinhos são incapazes e que não podem libertar-se, ou libertar o outro sem a participação do outro, pois ninguém liberta ninguém, os homens libertam-se em comunhão. Essa liberdade, portanto, é descrita como a busca dos direitos trabalhistas (FREIRE, 1987).

2.2- RESULTADOS E DISCUSSÃO DO SABER FAZER

“Somos anjos de uma asa só, e para voarmos precisamos nos abraçar.”

Autor desconhecido

1- ATRIBUIÇÕES DO AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE

As atribuições foram mencionadas pelos Agentes de formas variadas, algumas atividades foram nomeadas de maneira unânime, como a Visita Domiciliar, que representa a mola mestra para as demais atribuições, que serão apresentadas em ordem decrescente, pelo número de vezes que foram referidas, com seus respectivos DSC.

IC1- Visita Domiciliar (15).

“A primeira é fazer a visita domiciliar, o papel principal do Agente é a visita domiciliar, que tem que visitar cada família uma vez por mês, ah, fazer as visitas porque tem que ter um número de visitas, então, a visita domiciliar é principalmente importante”.

IC2- Reuniões - Atividades educativas coletivas (9).

DSC- “Eu faço as reuniões mensais, que são reuniões educativas, é, é grupos, a gente faz o grupo durante a pesagem, fala sobre algumas doenças, era responsável pelos adolescentes. Então a gente fazia as reuniões aqui, já o grupo de mães, grupo de planejamento familiar, grupo de hipertenso, diabético a gente fica com a enfermeira; a gente, quando está presente, a gente ajuda na equipe, ajuda nas reuniões, tá junto pra mim é também orientar um pouco”.

IC3- Orientações/Aconselhamento Comunitário (8).

“Orientação, eu oriento as famílias, a gente faz também, a gente tem uma parte que a gente faz as reuniões com a comunidade e orientações sobre vários assuntos, a gente vê os assuntos que é pertinente no momento. Igual agora tá trabalhando mais a prevenção da dengue, a gente faz parceria, outra vez nós fizemos uma *blitz* educativa na praçazinha ali com os colegas, em parceria com o pessoal das zoonose. Então a gente procura tá desenvolvendo de acordo com a época”.

IC4- Atividades internas - administrativas, recepção, farmácia (7).

“O Agente trabalha também aqui na unidade, tá desenvolvendo os trabalhos internos aqui na parte administrativa, nós temos um turno de plantão na recepção, que é escalado, de manha um, e de tarde

outro, a gente fica uma vez por semana, a gente faz o rodízio. Além da recepção, tem muitas outras coisas é, é a gente faz muitas outras coisas, a gente abre o material, quem tem curso de auxiliar e de técnico, sabe, o material, esteriliza, né, trabalha na farmácia, atende na, na farmácia”.

IC5- Acompanhamento das famílias e de grupos específicos (7).

“Ah, a gente faz o acompanhamento da família, a gente faz o acompanhamento das crianças de 0 até 7 anos, de gestantes, de hipertensos, diabéticos; realizo orientações, eu conto medicamentos dos hipertensos, pra poder ver se eles estão tomando direitinho, dos diabéticos também, as gestantes eu olho se fez a consulta do mês, geralmente é aqui, né, mas quando é o fato de ser de fora eu olho, se tomou vacina, o peso, a questão do peso até assim a questão da amamentação, a gente conversa vários assuntos, entendeu? No caso de criança, todo mês eu tô olhando os cartões das crianças de zero a dois anos com mais questão dessa faixa etária, mas os outros eu tenho que olhar também por causa das vitaminas, toma até 5 anos sulfato ferroso, orientações assim gerais vai depender de cada família. Já teve caso de eu acompanhar no hospital também, né, tá numa consulta, porque às vezes tem muitas famílias que não têm quem ajuda ela, eu já levei idoso pro hospital, já levei pra fazer exames, já levei gestantes pra ganhar menino”.

IC6- Marcação de Consulta, entrega de encaminhamentos e exames, aviso de consulta (5).

“Ah, a gente faz o acompanhamento da família, de tá vendo a necessidade de, de, por exemplo, de consulta, de, de, de acompanhamento depois de aconselhamento das residências né, entregamos encaminhamentos, avisamos retorno de consulta, é marcado o CD, Agente avisa o CD, se é marcado a prevenção a gente avisa”.

IC7- Promotor da saúde e atividades comunitárias (4).

“Ações de prevenção de saúde, promoção de saúde, essa etapa é ação de saúde, a gente faz reunião de equipe, a gente convida a comunidade pra participar da reunião, também olha o cartão de vacina, olha os hipertensos, tudo dentro da visita, é, visita os hipertensos, saber como tá a medicação, porque muitas vezes você só falta aqui pegar o medicamento e colocar na boca do paciente, porque muitas vezes por ser uma área de invasão, assim, o pessoal é muito deficiente mesmo, a questão de a pessoa não sabe ler, não saber escrever a pessoa deixa de se cuidar, de tomar a medicação, tem dificuldade de tomar a medicação, você orienta, eu faço a vasilhinha coloco um solzinho de manhã, na hora do almoço, à tarde. Então o papel do Agente eu acho que é justamente isso, é a maior dificuldade que a gente tem é essa, o usuário não sabe tomar o medicamento, porque tem muitas medicações, ele olha o comprimido ao invés de ver clorana ver o captopril, ‘eu tô tomando o

pequinininho, o branquim', captopril e clorana é igual, você tem que ter uma diferenciação pra isso, nesse sentido”.

IC8- Acolhimento, Ouvir a Comunidade (4).

“A gente faz o acolhimento, né, recebe a comunidade, escuta a queixa da pessoa, repassa, né pro médico e tenta dá uma, uma vazão nesse primeiro momento, estar acolhendo a pessoa, né, independente se ela vai conseguir resolver o problema naquele momento, ou não, né; a gente faz as orientações, orienta, né”.

IC9- Elo (3).

“Todo dia a gente sai pra área, faz o nosso papel, que é passar saber da comunidade, dos problemas da comunidade faz aquela ligação, levar a saúde porque o Agente Comunitário até então ele era visto só como marcador de consulta, né, e isso não é objetivo do Ministério da Saúde, ser como marcador de consulta. O Agente Comunitário ele discute o assunto no domicílio, vê se tá tendo algum problema, algum caso em alguma família naquele assunto, se tiver tendo ele traz pra cá, pra unidade, e, fala com o chefe nosso”.

IC10- Atividades de técnico de enfermagem - curativo, medida de PA (Pressão Arterial) (3).

“Oh, o Agente Comunitário faz a visita domiciliar, e, e ele observa em casa, né, ele não pode medir a PA, eu meço porque eu sou auxiliar, né então ele não pode medir PA, não pode tá fazendo o curativo não, e eu sempre faço retirada de pontos no domicílio, eu faço, né. Mais sempre que precisa eu tô fazendo curativo, mas Agente Comunitário não pode, pra mim que sou auxiliar de enfermagem, eu que acompanho todos os meus 50 hipertensos”.

IC11- Trabalho em equipe (2).

“Tá trabalhando em equipe, mesmo, né, fazer parte da comunidade, mesmo”.

Todas as atividades realizadas pelos Agentes pesquisados são embasadas no Cuidar, que representa a essência do seu fazer, devendo ser compreendido como atenção, dedicação, cautela, percepção real do outro, prestando às famílias e às pessoas uma assistência de forma individualizada (BRASIL, 2008b).

2- PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES

Todos os Agentes realizam o planejamento de suas atividades, em especial a visita domiciliar, que está fundamentada no mapeamento da microárea e, na sequência, das visitas definidas por ruas, facilitando o fazer cotidiano.

O planejamento deve ser baseado no princípio da contextualização, ou seja, quem realiza esse processo deve estar imerso na realidade sobre a qual planeja; e, para os Agentes Comunitários, essa contextualização é obtida por meio do instrumento de

territorialização e mapeamento da área de abrangência que proporciona o conhecimento e a identificação das pessoas e as necessidades da população. (BRASIL, 1997; OLIVEIRA, 1999; BRASIL, 2000).

Esse planejamento das visitas tem o intuito de completar a meta estabelecida pela Estratégia Saúde da Família de 100% de famílias visitadas mensalmente. Essa meta é comentada por Miguel e Gabriel como DSC:

“O que tem que ser feito mesmo, a quantidade de cada coisa, o que você tem que fazer dentro da área, igual a visitas diárias, né, que você tem uma meta a cumprir, eu tenho que passar lá na residência, é uma vez por mês, é o normal, pelo número de famílias é uma vez por mês”.

Os Agentes têm a atribuição de acompanhar mensalmente todas as famílias e, para isso, os ACS de Montes Claros realizam um planejamento mensal para cumprir essa atribuição, embasada principalmente no mapeamento da área e a organização por meio da sequência de ruas.

Entretanto, alguns Agentes apresentam algumas particularidades de acordo com a realidade local:

- Jeliel faz o planejamento de suas atividades baseado no planejamento dos demais membros da equipe e suas respectivas atividades:

“Todo início de mês a gente tem um planejamento do que vai acontecer o mês todinho, os grupos, reuniões, tudo. Na visita domiciliar eu já vou avisando, desde o início do mês eu falo: ‘Oh, tal

dia vai ter grupo, planejamento', eu vou realizando as visitas, já vou convidando e avisando no decorrer do mês; quando o grupo tá próximo e, e eu não cheguei na casa ainda, dou uma esticadinha, e falo 'tem grupo disso, daquilo' ”.

O plano de trabalho da equipe considera a dinamicidade da comunidade, cujo trabalho em equipe pauta-se na sintonia dos seus membros que se rearranjam para executar o cuidar e a escuta do outro. Dessa forma, o planejamento dos Agentes deve estar em sintonia com os demais atores do fazer em saúde (BRASIL, 2005a).

- Caliel faz o seu planejamento com base na escala das atividades administrativas na recepção, em que cada Agente fica responsável por dois turnos semanais:

“Eu faço de acordo com a recepção daqui da unidade, depois que, que o cronograma fica pronto, aí que eu vejo, sempre pela manhã eu faço visita e a tarde, eu deixo, as tardes que eu preciso fazer reunião, eu, as reuniões que eu preciso fazer eu deixo pra tarde”.

As atribuições do Agente proposto pelo documento do Brasil (2006c) não contempla nenhuma atividade administrativa. Entretanto, o Agente Caliel menciona que faz o seu planejamento baseado nessa atividade, o que nos leva a questionar se nessa equipe não está ocorrendo um desvirtuamento do papel estabelecido para esse membro.

- Rafael aguarda a educação permanente na equipe para depois fazer o planejamento sobre o tema a ser orientado em todas as visitas, levando em consideração as

necessidades da família, realizando a escuta, que também é realizado por Anauel, expresso pelo DSC:

“No final do mês, a gente escolhe o tema a ser falado, mas nem todas as casas, a gente planeja as visitas do dia, qual a rua, qual as casas que a gente vai, a gente faz um cronograma de visita, a gente planeja as famílias a ser visitada no dia. Você faz o plano, o tema a ser falado, só que quando você chega na casa, chega lá é totalmente diferente, a pessoa tá te esperando, queria falar outro assunto, a gente escuta e dá orientação sobre o assunto. Como a gente não pode ficar muito tempo na casa, se der tempo a gente fala sobre o tema, se não a gente orienta sobre o que a pessoa tá precisando, realmente; também tem visita que pode demorar mais, tem muitas questões psicológicas, tem caso de até as pessoas querer se suicidar na minha frente, aí você tem que ter um tempo maior, né? Apesar de não ser formada em psicologia, de conversar com aquela pessoa pra evitar que aconteça o pior, que existe muitos casos é, esse lado aí, como a gente se torna muito próximo, então ela sente aquela confiança, viu? De soltar tudo que ela tem, né, por dentro, sem ninguém pra conversar, então o Agente, ele também, é, é praticamente um psicólogo não formado”.

Essa definição retratada no DSC produzido pelos Agentes se aplica ao conceito de Educação Permanente proposto pela Política Nacional de Educação Permanente, que é compreendida como a aprendizagem no trabalho, em que ocorre a inter-relação entre o

aprender e o ensinar relacionado ao cotidiano do trabalho e voltado para as famílias assistidas. Nesse caso, os Agentes contextualizam a orientação, que é a pedra angular do cuidado prestado (BRASIL, 2007c; BRASIL, 2000).

Vale ressaltar também a utilização do Tempo Emocional, que leva em consideração as relações de interação, intercessão, respeito e confiança traduzidos pela formação de vínculos, não restringindo o tempo cronológico durante a realização das visitas (SAKATA, 2007).

Todos os Agentes concordam com duas situações enfrentadas durante o processo de planejamento, que são a importância do mesmo e as dificuldades de sua implementação.

2.1- IMPORTANCIA DO PLANEJAMENTO

O agrupamento das expressões-chave deu origem a DSC que ilustra a importância do processo de planejar.

“Geralmente aqui, no início né a gente saía aleatoriamente aí, mas hoje a gente prefere sair por rua, porque você tem uma noção essa rua eu já fiz, é muito importante, né, pra comunidade não ficar reclamando, né, ‘oh, não me visitou esse mês’, aí tem que saber porque que não visitou, né, será que foi alguma coisa, né, pra ser justo com o Agente de Saúde, né. Assim pela sobrecarga que ele tem de atividade, com esse planejamento você só tem a necessidade de voltar só quando realmente é alguma necessidade”.

Esse comentário retrata a essência do planejamento, que é de facilitar o processo de trabalho, que não deve ser constituído de um ato isolado da ação e sim contar com a dinamicidade da comunidade, em que o planejamento e a programação devem estar em sintonia com as transformações (BRASIL, 1997).

2.2- DIFICULDADES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANEJAMENTO

No aspecto das dificuldades encontradas para a implementação do planejamento, foram elaboradas duas ideias centrais, que retratam situações que atrapalham o plano de ação estabelecido no processo de planejamento.

IC1- O planejamento não é implementado adequadamente devido à realização de outras atividades administrativas internas e externas, como entrega de exames e encaminhamentos associado à ausência de Agentes, que causa sobrecarga de atividades administrativas.

DSC- “Eu já tenho o planejamento assim, eu coloco no mês, em que rua em vou tá, rua tal, rua tal, mais nem sempre, na maioria das vezes, não dá pra seguir esse planejamento, aí eu vou seguindo aquele cronograma ali, às vezes foge um pouco, porque tem uma atividade, às vezes o exame chega tem que ir lá entregar, também tem os encaminhamentos que a gente entrega que atrapalha muito

a visita , volta, tem outras emergências, entendeu? Eu sei que eu tenho que fazer, tipo assim, dez visitas, quinze visitas por dia pra dá conta no mês, só que eu vejo que tem casos, que tem dias que você não tem condições de fazer o número completo, pois as vezes tem trabalhos internos, ou alguma outra coisa que você tem que fazer, mas mesmo assim eu planejo as visitas. A gente faz o cronograma, mais esse cronograma nunca funciona, porque às vezes igual a minha equipe tá faltando dois Agentes, às vezes eu faço o cronograma do dia, planejo tudo, só que eu tenho que ir pra outra microárea, e não na minha; a gente tá sempre entregando exames, se tal dia eu tinha que tá em tal rua, naquele dia eu já tenho que ir pra o outro lado pra entregar exame, aí, eu não tenho como fazer assim o planejamento”.

A priorização de atividades administrativas internas ou externas, como entrega de encaminhamentos e exames, atrapalha a implementação do plano, tendo em vista que essas atividades supracitadas não estão dentro das atribuições previstas na Política Nacional de Saúde da Família (BRASIL, 2006), o que revela um desvirtuamento do papel do Agente de Saúde que, associado à sobrecarga ocasionada pela ausência de Agentes e a lentidão do processo de contratação, atrapalha ainda mais a programação das atividades previstas de acordo com o processo de diagnóstico e planejamento, uma vez que tem que cobrir as entregas nas áreas descobertas.

Para enfrentar essa situação e tentar efetivar o planejamento, os Agentes executam algumas estratégias para amenizar as dificuldades encontradas com a

realização da função de entregador de encaminhamentos médicos e exames, como retratado no DSC:

“Eu costumo fazer isso [entregar exames e encaminhamentos] na parte da manhã, porque entregar exame que é rápido, mesmo, mais agora a visita domiciliar mesmo, à tarde eu vou e dou sequência ou se eu tiver algum exame pra entregar em alguma rua, aí eu aproveito entrego o exame e continuo fazendo aquela rua”.

O planejamento acaba sendo realizado de maneira parcial, ou seja, quando não tem entrega de encaminhamento, o plano é implementado integralmente, mas, em casos contrários, ocorre um aproveitamento de oportunidade.

IC2- O planejamento não é implementado adequadamente devido a demandas da comunidade e à necessidade de ser ouvida.

ECh Omael – “(...) quando você sai da unidade pra fazer as visitas, você tem até uma noção aonde você vai ‘ah, eu vou em tão lugar, assim, assim, tal’; mas você chega na área, o pessoal começa a chamar, chama aqui chama ali, chama aqui e chama ali, então acaba sem querer ti desvia ali, daquela programação que você tinha feito. Então você acaba não fazendo as visitas que você tinha programado naquele dia, você tem que fazer aquela visita outro dia, você aproveita aquela casa que você já entrou ali, já escutou e faz a visita sem ser programada”.

O Agente de Saúde representa o laço estabelecido da comunidade com a equipe, facilitando o diálogo entre as partes envolvidas, sendo, muitas vezes, procurado pela população para a solução dos problemas apresentados, já que a visita domiciliar é preconizada mensalmente e os problemas não ocorrem nessa frequência. Assim, sempre que houver a necessidade de orientar, acompanhar e encaminhar, os Agentes irão conjugar esses verbos e torná-los verbos de ação e não apenas de sensibilização.

3- REALIZAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES

A visita domiciliar é instrumento utilizado pelos Agentes para realizar a aproximação e o conhecimento da realidade das famílias. Partindo dessa assertiva, todos os sujeitos da pesquisa reconhecem a relevância dessa atividade e diferenciam a estratégia utilizada quando realizam a visita com o intuito de cadastramento/primeira aproximação da visita com o objetivo de acompanhamento mensal das famílias.

O diferencial da visita de cadastro para a visita de acompanhamento refere-se ao estabelecimento do primeiro contato, que deve acontecer de forma cordial e o profissional deve ter alguns cuidados para atingir esse objetivo, percorrendo uma metodologia adequada, conforme descrito no DSC- Metodologia utilizada na primeira visita domiciliar:

“Eu bato na porta, porque quando assim, quando é primeira visita, a gente tem que chegar, apresentar pra pessoa, falar que sou Agente de Saúde, falar o quê quer, como é composta a equipe, essas coisas, como é composta a equipe, como é que funciona, a gente

explica tudo, pergunto se eles aceitam fazer o cadastro do programa, porque às vezes tem uma família que não quer, que não precisa, porque já tem plano de saúde , igual assim eles não fazem muita questão da visita não, assim, mais também não fala que não quer, sabe, eu vou eles mim recebe e tudo, às vezes puxa uma conversa. Assim eu faço a minha visita de rotina”.

O DSC está em sintonia com a conduta preconizada no documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) que direciona as ações no caso de cadastramento que consistem na apresentação inicial - Agente e trabalho do saúde da família - e explicação sobre a importância do processo de trabalho e o motivo da realização da visita, seguido pela permissão para que sejam realizados o cadastramento e o acompanhamento familiar.

Após a visita de cadastramento, segue mensalmente a visita de acompanhamento, que deve acontecer seguindo cinco passos elaborados a partir de Expressões Chaves, que deram origem a DSC:

1º Passo:

DSC- Chegada ao domicílio.

“A visita é feita dessa forma: eu chego, primeiramente, chego até a residência, eu chego bato na porta, né, aí chega alguém ali pra atender, se for criança peço pra chamar o responsável, quando ele vem, sou recebido pelo pessoal, eu cumprimento ele, dou bom dia, mim identifico, né, falo meu nome, coisa e tal, né. Aí depois começo a conversar com a pessoa, peço pra entrar, eu peço pra sentar,

pergunto como eles estão, né, a respeito da família, quem tá em casa, se tiver eu chamo pra gente fazer a visita”.

DSC- Chegada ao domicílio quando o Agente é conhecido pela família.

“Bato na porta, a pessoa sai, aí, a pessoa atende, como todo mundo já mim conhece, não é, já vai mandando entrar. Graças a Deus eu não tenho dificuldade em relação ao entrosamento, sabe? A pessoa já convida pra entrar, eu entro, a gente senta, e já vai conversando já chega: ‘Ah, que bom que você veio eu tava te esperando pra perguntar alguma coisa, pra saber alguma coisa’ começa por aí”.

2º Passo:

DSC- Certificar se o horário e o momento é apropriado para a visita.

“Eu falo ‘Bom dia’, seja homem, seja mulher; ‘oh, você pode mim receber, nesse momento?’, eu vim fazer a visita do mês, eu posso entrar? aí se a pessoa puder é ótimo; tem outros que fala ‘Ah, eu não posso te atender’, aí eu falo assim ‘Não tem importância não, eu volto outro dia, viu? Que dia você pode mim atender, que hora você pode mim atender’, aí ela vai falar, às vezes acontece de eu chegar voltar no mesmo dia, no mesmo horário, mas as vezes não dá certo, aí eu volto no outro dia e torno a bater ‘Oh, você pode mim atender hoje?’ Quando já é conhecida [a família], eu chego pergunto a ela se ela pode me receber aquela hora se não puder não tem problema, pergunto a hora que ela pode me receber,

porque às vezes a pessoa tem costume de receber a gente naquela hora, mas naquela dia não tá podendo. Assim, por ter sempre a gente que trabalha nesse serviço eu já conheço exatamente a hora de ir na casa de cada um, mas mesmo assim eu ainda pergunto se pode me receber, né, quando a pessoa às vezes tá com alguma atividade no momento não pode, eu pergunto se pode me receber e se puder eu entro e faço a visita”.

3º Passo:

DSC- Estabelecimento do diálogo e início da visita domiciliar.

“Eu entro na casa, eu peço pra sentar, tem casa que não tem quase nada, às vezes não tem nem onde sentar, sempre arruma uma tijolinho, uma tábua, mim coloca pra sentar, então eu sinto assim, muito amada, muito amada pelas pessoas. Isso pra mim é importante, porque às vezes ela não fala nada, mais só, só de eu estar ali, eu poder olhar, conhecer aquela família, saber quem é aquela família, o que está acontecendo, então pra mim isso é muito importante, eu mim sinto muito querida, nesse ponto aí; chama pra entrar, então eu entro, sento, pergunto sobre todo mundo, como que tá a família, como que tá o esposo, o filho. Aí a gente começa abordando os assuntos que você foi fazer lá, se tem mais coisa pra falar; converso, procuro saber como o foi o dia dele, peço pra contar o que aconteceu durante o mês, aí ele conta o que aconteceu, passo saber se tá tendo alguma dificuldade”.

4º Passo:**DSC- Identificação e Acompanhamento dos Grupos Específicos.**

“Eu sempre pergunto se tem algum hipertenso, algum diabético, alguma criança menor de 2 anos, alguma gestante, qualquer tipo de patologia, né? Identifico o, o, é, como que está a saúde ali daquela família pra eu poder depois classificar. A partir daí, a gente vai fazer o acompanhamento daquelas pessoas; quando tem criança pergunto se teve alguma complicação, se teve diarreia, pergunto como tá a alimentação; o hipertenso a mesma coisa como é que tá a medicação, se ele tomou o comprimido daquele medicamento, se ele tá tendo alguma dificuldade pra tomar, né, no caso do hipertenso e também diabético; com cuidado, né, igual no caso do hipertenso, olhar a pressão, verificando os remédios, né, olhando a receita, ver os remédios direitinho, orientando quem tem que pegar os remédios, ver a receita que, orientando que tem que retornar, faz orientação alguma coisinha mesmo, mas uma casa que tem um hipertenso, aí vou perguntar a ele como é que está a dieta dele, é, principalmente, chego lá não tá fazendo a dieta direito, né, tá mais no sal, gordura. A gente fala pra tá melhorando, né, ver pressão, recomendar ele fazer caminhada, né, orientar.; se é hipertenso, eu vou tá levando o técnico na minha visita, aí ele afere a pressão, né, depois que ele afere, eu anoto na fichinha”.

5º Passo:

DSC- Acompanhamento e aconselhamento familiar e individual.

“Ah, fazendo a visita, eu vou chegar, quando eu chego lá na casa, vou olhar como tá a situação da casa; também abordo um tema que a gente sempre aborda mensal pras reuniões e também pras visitas, né, tem assunto que a gente aborda mais. Também, a pessoa vem falando o problema comigo, né, aí se for caso de orientação eu já oriento ali mesmo, às vezes a parte de orientação, porque o papel do Agente é orientar; eu oriento a pessoa, se a pessoa tiver dúvida eu tento esclarecer na medida que eu tenho o meu conhecimento. Se eu não puder resolver, eu recorro à equipe pra poder dar uma resposta para a pessoa, né; agora se, tiver alguma queixa, algum descontrole, algum problema a gente encaminha pra equipe de saúde, é, é qualquer coisa que eu vejo que tá errado vou tá falando com jeitinho; ah, vou tá fazendo o acompanhamento dela, depois de aconselhamento das residências, né; quando você chega na casa que não tem filho é mais tranquilo, ou até tem filho que já está grande, não tem problema de saúde, você vai e faz a visita, faz o serviço pra pessoa, oferece o serviço. Um usuário saudável que não tem nenhuma doença, que não precisa ser acompanhado eu pergunto realmente só o básico, se tá precisando de alguma coisa assim, se teve alguma complicação, aí se não teve, aí a gente tira o tempo maior é pra essas famílias que precisa de mais atenção; pergunto se eles estão precisando de alguma coisa, se tem alguma dúvida pra esclarecer, né, esclareço e se não tiver mais nada eu finalizo minha visita”.

Os passos mencionados pelos Agentes de Saúde de Montes Claros estão em sintonia com os preconizados pelo documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) acrescido da subjetividade e da experiência contida no discurso coletivo.

Os Agentes mencionam também algumas dificuldades para a consumação das visitas, como comentado por Anael:

“Chego, por exemplo, pra fazer o cadastro, a gente se apresenta e tudo e explica como é que é, até entrar na casa, tem pessoas que aceitam muito bem, tem pessoas que na porta mesmo ti recebem, e tem aquelas que só ficam na rua. Infelizmente você tem que fazer a visita na rua, não querem entrar em casa”.

As dificuldades encontradas para a efetivação das visitas domiciliares são enfrentadas por meio do uso de tecnologias leves que estão relacionadas às relações interpessoais estabelecidas através da interação, escuta e do olhar – ferramentas primordiais para o trabalho do Agente – que, quando usadas no processo de comunicação, rompem as barreiras iniciais (BRASIL, 2005c). Assim, os Agentes que conseguem romper com essa barreira sentem-se vitoriosos, como descrito por Benaél:

“É pra mim, às vezes é uma vitória, pois tem gente que não quer que a gente entre, né, e, é assim, eu mim sinto muito confiável, você entende, quando as pessoas mim chamam, mim chamam, eles estão mim acolhendo. Então eu sinto assim, muito amada, muito amada pelas pessoas, isso pra mim é importante, porque as

vezes ela não fala nada, mais só, só de eu estar ali, eu poder olhar, conhecer aquela família, saber quem é aquela família, o que está acontecendo, então pra mim isso é muito importante, eu mim sinto muito querida, nesse ponto aí”.

Outra situação que gera motivação é quando as metas e os objetivos são alcançados, levando à sensação de dever cumprido.

“É, bom, eu acho que é importante e assim, principalmente quando eu consigo fazer uma visita, que eu vejo uma meta sendo obtida, eu fico feliz, entendeu? eu fico realizada (Sitael)”.

A motivação alcançada por meio do cuidar prestado às famílias permite ao Agente de Saúde vivenciar o modo de ser-no-mundo e a relação de ser-com-os-outros, ultrapassando as atividades diárias de mero visitador para ser realmente um elo, com acompanhamento e o auxílio às famílias.

Com a construção desse elo, os Agentes colocam em prática o princípio da equidade, tratando de forma distinta os diferentes que apresentam necessidades diferentes.

“É diferenciado, de uma maneira ou de outra é diferenciado, porque aquela família requer uma atenção maior, né, do meu trabalho, porque eu tenho que ter um tempo maior praquela família, o tempo que eu tenho naquela família que tem uma pessoa saudável, tá trabalhando, não toma nenhum medicamento é o tempo que eu tiro

pra usar nessa família que tem uma criança, um gestante, um hipertenso, um diabético, é um idoso (Ariel)”.

O acompanhamento das famílias por meio do assistir e cuidar marca a existência dos Agentes, que passam a fazer parte das vidas das pessoas visitadas, gerando satisfação e gratificação pela ajuda ao outro aliadas ao reconhecimento.

4- PERCEPÇÃO DO AGENTE ACERCA DA RECEPTIVIDADE DAS FAMÍLIAS

A maioria dos Agentes comenta que a receptividade das famílias é boa, resultando em um reconhecimento comunitário, estabelecimento de uma relação de confiança e credibilidade. Porém, ainda existem os usuários que não compreendem o papel do Agente ou que não têm atendido as suas expectativas pessoais, levando à resistência no processo de visita domiciliar e educação em saúde realizada pela equipe.

IC1- Boa receptividade.

DSC- “Na minha área, a maioria, a grande maioria das famílias me trata muito bem, a maioria mim aceita bem, me recebem muito bem, não tenho o que reclamar não, todos recebem com muita alegria, reconhece bastante o meu trabalho, confia na gente, né, que acredita no trabalho nosso, elas mim reconhecem na rua. Agora tem alguns que as vezes fala assim agora tô ocupado, volta mais tarde, mas é um número bem pequeno, ao passo que tem pessoas que tá lá com a casa cheia d’agua que manda você entrar e sentar e para tudo pra atender a gente. Então, e, dá ânimo pra gente, você vai na

casa, mas você vai na casa de um que não tá animado; de 10 sempre tem 1 que, que, não tá animado, mas nem Deus agradou todo mundo”.

Os Agentes mencionam a boa receptividade das famílias acompanhadas, que é uma situação primordial para o desenvolvimento do processo de trabalho, uma vez que a visita é uma entrada consentida na intimidade da família e de seus membros; e o estabelecimento desse vínculo de confiança/cumplicidade e de um adequado processo de comunicação são essenciais para a efetivação do papel de interlocutor famílias/equipe.

IC2- As famílias percebem o Agente Comunitário como o representante do serviço de saúde e responsabiliza-o pela ineficiência e não resolução do sistema de saúde, resultando na resistência ao processo de visita domiciliar.

DSC- “É muito difícil trabalhar com a comunidade, sabe, eles acham que você é culpado pelo sistema, tipo, você ouve muitas coisas também, eles descarregam na gente os problemas. Se não dá certo, é, é, o exame pra ele, ele acha que o Agente de Saúde que foi culpado do seu exame não ter dado certo, aí o Agente de Saúde é o culpado. Então ele se torna o elo, se uma coisa não der certo ele te cobra, né, porém não é o meu papel mas só que porém como o Agente leva tudo, né: ‘então, J. se você tivesse dado uma força lá dentro eu teria conseguido se você deixasse o meu passar na frente ele teria saído primeiro’, mas as coisas não funciona assim, né. Eles acham que você tem que favorecer, aí, são essas pessoas que

pensam assim, né, que não reconhecem o Agente; que já não acredita no nosso trabalho, não recebe o Agente muito bem, entendeu, também existem várias pessoas que já nascem com aquela situação de ter cara fechada, são pessoas que estão de mal até com elas mesmos, não sabe viver bem nem com elas mesmos, devido ela não dá bem nem com elas. Então com as outras piora e que querem caçar um probleminha, entendeu, que quer criar atrito, tem às vezes a pessoa que você ajuda o tempo inteiro, no dia que você não consegue nada pra ela, ela acaba que esquece aquilo. E existe a parte muito burocrática, dá, dá muito papel pra gente tá preenchendo e às vezes atrapalha, né”.

As famílias percebem o Agente como o marcador de consulta e o entregador de exames e consultas especializadas, em que a sua aceitabilidade e a sua credibilidade estão vinculadas ao funcionamento do sistema de saúde e, na maioria das vezes, são considerados culpados quando ocorrem barreiras no acesso ao sistema de saúde, já que realizam a ligação comunidade/equipe, representando a unidade de saúde, que é, na maioria das vezes, o único recurso social e de saúde disponível seja pela proximidade ou pelo vínculo, isso aliado aos atributos da APS, em especial o do primeiro contato (BRASIL, 2000; BASTOS; TRAD, 1998; PEDROSA; PEREIRA, 2007; STARFIELD, 2002).

Essa resistência limita a ação do Agente de Saúde, especialmente no seu papel de mobilizador comunitário, em que deve ajudar na inserção das famílias como Agente ativo nos serviços de saúde (BRASIL, 2000; BASTOS; TRAD, 1998).

A superação desse equívoco e incompreensão acerca do verdadeiro papel do Agente encontra-se fundamentado na educação transformadora, já previsto por Benaél:

“O processo de inversão do modelo é demorado e a saída encontra-se na educação que se inicia na escola. Eu já falei pros meninos que nós temos que começar a trabalhar nas escolas o ano que vem, agora, é, nós tamos achando interessante a gente começar a apresentar o Programa Saúde da Família, a Estratégia Saúde da Família, na escola, né, por que os pais, é, é a lei da natureza, vão morrer e tudo, né, então tem que ir preparando a cabeça desses jovens, né, o que é a Estratégia Saúde da Família, porque ela existe, entendeu?”.

A educação proporciona uma busca constante da capacidade de aprender, (re) construir e mudar em direção ao estar no mundo, estar com o mundo e com os outros e só por meio da educação em saúde é que tal transformação é possível cujo dialogo é instrumento de reflexão-ação, transformando pacientes em sujeitos da saúde/atores (FREIRE, 1983; FREIRE, 1987; FREIRE, 1996).

5- ACOMPANHAMENTO DOS GRUPOS ESPECÍFICOS

O documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) define acompanhamento como o assistir e o cuidar das pessoas que estão em situação de risco de adoecer e morrer, necessitando continuamente da identificação dos problemas de saúde das famílias e reconhecimento dos fatores de risco e dos sinais de alerta.

Os Agentes realizam o acompanhamento das famílias e também enfatizam suas ações nos grupos específicos - hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças, doentes de

hanseníase e de tuberculose - que são preconizados pelos documentos publicados pelo Ministério da Saúde.

Todos os entrevistados mencionaram os grupos específicos preconizados e também fizeram alusão a algumas condições passíveis de acompanhamento, que são realizados tanto de forma individual ou familiar, no âmbito domiciliar, quanto de forma coletiva, por meio das reuniões - educação em saúde – em que serão apresentados os DSCs da forma dos grupos que precisam de acompanhamento.

IC1- Acompanhamento dos hipertensos.

DSC- “Realizo visitas, orientações, reunião com os hipertensos, a gente olha a pressão, vê o cartão, verifica os remédios pra poder ver se eles estão tomando direitinho, pra ver se tá tomando o remédio certo, pra mi ir explicando, relatando como toma o medicamento. Eu conto medicamentos dos hipertensos, né, olhando a receita, orientando que tem pegar os remédios, ver a receita, orientando que tem que retornar, pra evitar que eles, é, é, não fiquem sem remédio”.

IC2- Acompanhamento dos diabéticos.

“Diabético, é, é, os diabéticos a gente vai acompanhando, também tá aferindo a pressão deles, orientando também em relação à dieta, caminhada e o que pode tá fazendo. Realizo visitas, orientações, eu conto medicamentos pra poder ver se eles estão tomando direitinho”.

IC3- Acompanhamento das gestantes.

“As gestantes eu olho se fez a consulta do mês, geralmente é aqui, né, mas quando é o fato de ser de fora eu olho, olho o cartão, se tomou vacina, o peso, a questão do peso até assim a questão da amamentação, a gente conversa vários assuntos, entendeu? Também gosto de tá aferindo a pressão pra ver se tá bem, gosto também de tá perguntando também como tá se sentindo, se tá sentindo alguma coisa diferente”.

IC4- Acompanhamento das crianças.

“No caso de criança, todo mês eu tô olhando os cartões das crianças de zero a dois anos com mais questão dessa faixa etária, mas os outros eu tenho que olhar também por causa das vacinas, peso, das vitaminas toma até 5 anos sulfato ferroso, orientações assim gerais vai depender de cada família”.

IC5- Acompanhamento de condições que devem ser acompanhadas.

“Tem saúde mental, os de distúrbio mental também, né, são pessoas que precisam de carinho, não dão trabalho, né, a gente conversa com eles e são mais fácil de mexer; têm os adolescentes e idosos”.

IC6- Acompanhamento por meio dos grupos operativos.

ECH Daniel- “Tem o grupo saúde e vida, que é feito aqui na unidade, todos os grupos é feito aqui na unidade, então, a gente vai e convida, também pra tá vindo aqui nas reuniões”.

Apenas dois acompanhamentos - **Acompanhamento dos hansenianos e Acompanhamento dos tuberculosos** - foram somente mencionados, sem descrições detalhadas. Tal fato se deve ao menor número de usuários portadores dessas patologias se comparados com as que são mais prevalentes.

Os anjos de Montes Claros destacam de maneira categórica a importância do acompanhamento desses grupos:

DSC- “Porque é, até então, tempos passados não tinha aquele acompanhamento, a pessoa vinha sem saber o que era; uma coisa que pode prevenir, que pode prolongar, que pode cuidar, não é, então por falta de orientação você chegava ao AVC, né, e, além do mais, você ia dar trabalho pra quem: pra família, né, a pessoa ficava ali acamada, tomando o tempo do familiar e além do mais nos hospitais, não é, nos hospitais fica toda aquela luta ali. A gente tem o, o manual, né, tem que fazer o acompanhamento deles, tem que dá atenção especial às pessoas, tem as diversas perguntas, né, pra aquelas pessoas, aquela população”.

Esse DSC retrata a verdadeira essência da ESF, que é a inversão do modelo assistencial, com a compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenção com foco na prevenção através da vigilância à saúde com ênfase no acompanhamento dos grupos de risco e das situações de risco (ALVES, 2005; BRASIL, 2006e).

6- REUNIÕES - EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde por meio das reuniões constitui-se uma atribuição de todos os membros da equipe, em especial o Agente Comunitário de Saúde. Nesse estudo, foi constatado que alguns Agentes não realizam essa atividade ou simplesmente acompanham os profissionais de nível superior, como descrito no DSC:

“Eu ainda não fiz nenhuma reunião sozinho, a gente não faz sozinho, a gente acompanha o médico ou o enfermeiro”.

Outra situação observada é que os Agentes que realizam as reuniões restringem-se a apenas alguns grupos, não tendo liberdade para trabalhar com os específicos da realidade de sua microárea, restringindo o processo de orientação.

“Eu conduzo as reuniões de gestantes toda segunda, a Agente faz reunião na pesagem, só na pesagem e as outras, eu participo junto com o enfermeiro”.

Entretanto, existem algumas exceções, como a experiência diferente observada com a equipe de Aniel:

“A gente faz também, a gente tem uma parte que a gente faz as reuniões com a comunidade e orientações sobre vários assuntos, a gente vê os assuntos que é pertinente no momento igual agora tá trabalhando mais a prevenção da dengue, então a gente procura tá desenvolvendo de acordo com a época. As vezes tem na microárea, mas a gente tem muita dificuldade em tá reunindo as famílias na microárea, aí a gente aproveita o espaçozinho do acolhimento, pra agendar consulta e faz a reunião. Todo dia um Agente faz esta reunião”.

A orientação constitui a pedra angular do cuidar prestado às famílias, podendo ser realizada no domicílio ou na unidade de saúde, de forma coletiva por meio da reunião educativa que permite o compartilhamento do conhecimento, devendo ser realizada como regra em todas as equipes e não como exceção, já que é uma das atribuições dos Agentes de Saúde (BRASIL, 2000; BRASIL, 2003; CARVALHO, 2003).

7- REGISTRO DAS ATIVIDADES

O registro das informações é o primeiro passo para a alimentação dos Sistemas de Informação em Saúde que subsidia as políticas públicas. Diante desse fato, o Agente Comunitário é um ator importante do processo, já que colhe os dados diretamente da fonte - domicílio e comunidade -, sendo assim a compreensão dos sujeitos desse estudo acerca do registro é fundamental.

Todos os Agentes são unânimes quando se trata da importância da anotação e apenas divergem com relação ao tipo de anotação registrada e ao momento da anotação – durante a visita, no final ainda dentro do domicílio e outros depois da visita fora do domicílio; que será apresentada a seguir.

7.1- IMPORTÂNCIA DA INFORMAÇÃO

A importância da informação foi relatada por todos os Agentes e encontra-se relacionada à necessidade de acompanhamento das famílias; planejamento e avaliação das ações e da situação de saúde da comunidade associado à alimentação dos sistemas de informação, em especial a SIAB e garantia do serviço realizado durante a visita domiciliar, o que está contemplado nas diretrizes da ESF contida nos documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003; BRASIL, 2002; BRASIL, 2000).

IC1- Acompanhamento das famílias e indivíduos, visando à promoção da saúde e prevenção de doenças.

DSC- “Porque através das minhas anotações é que eu vou saber, né, em que estágio a pessoa está, se ela está se cuidando, se ela não está, quais orientações que eu devo passar pra ela, tudo através daquele livro, às vezes quando eu anoto uma criança que eu vou visitar e a mãe não tá levando pra vacinar, não tá trazendo no CD, eu anoto tudo no cartãozinho dela, eu deixo um espaço pequenininho, ‘mãe não trouxe pra o CD’, ‘mãe não leva pra vacinar’, aí eu trago e converso com a enfermeira, no dia da minha visita eu levo a enfermeira. Nesse caso que eu acho

superimportante, porque aí, por exemplo, no outro mês que eu volto na casa, que eu medi a pressão da pessoa, aí pergunto 'Oh, no mês passado nós medimos, você lembra quanto é que tava?', 'Não lembro', aí eu vou e olho no meu caderno que tenho anotado do mês anterior, tem hipertenso que tem no cartão, do hipertenso, aí, é mais fácil, mas tem gente na casa que não é hipertenso, mas a gente costuma tá medindo, aí eu vou e anoto”.

Percebe-se, por meio do DSC, que os Agentes compreendem a importância da anotação e a realizam de forma adequada, registrando nas fichas de cadastramento e de acompanhamento domiciliar, que originarão as fichas de consolidação dos dados e relatórios essenciais para monitorar e avaliar a situação de saúde das famílias cadastradas.

IC2- Planejamento e avaliação das ações desenvolvidas pela equipe.

DSC- “A importância de você anotar essas informações, porque, por exemplo, é no final do mês a gente tem que tá prestando contas, né, do nosso serviço da nossa visitas, dessas informações, quando é no final do mês essas são cobradas da gente, pra tá, pra tá, como vou, quer dizer (pausa) eu passo pra F. ou pra doutor M. [equipe] porque eles sempre cobram, aí pra gente tá desenvolvendo um trabalho melhor, né, a partir do momento que a gente passa a anotar; então talvez quando você não anota, você passa despercebido aquilo ali. Agora quando você tá anotando sempre no final quando a gente vai passar os dados ali, então você passou o

máximo de, de coisas que você consegue pegar na área, você passa no SIAB, fica assim uma coisa mais concreta”.

Outro aspecto mencionado é a utilização da informação no processo de planejamento e programação das atividades, já que esses dados retroalimentam o planejamento durante a sua implementação e possibilitam a avaliação do processo de trabalho da equipe, aliado ao acompanhamento da situação de saúde das famílias (BRASIL, 2000; BRASIL, 1997).

IC3- Alimentação dos sistemas de informação em saúde.

DSC- “Igual eu sempre comento aqui na reunião, desde que a gente o tempo todo anotar e passar pra equipe aqui, e ela passar pra frente, né, ser comunicada do órgão competente pra frente, porque se não eu chego aqui e falo: ‘Oh, M. teve tantas crianças com diarreia, teve tantas complicações respiratórias’, se M. não encaminha pro órgão competente lá, o meu trabalho vai ficar em vão porque, porque alguém lá tá dependendo dessas informações minhas pra agir, né. Então, eu acho assim que é isso que é trabalhar em equipe, se eu faço o serviço lá atrás, entrego a ela aqui no SIAB, se esse SIAB não é repassado pra frente, eu acho que o trabalho, que o trabalho ficou no meio da estrada”.

Uma das atribuições do Agente, destacado pelos documentos do Ministério da Saúde é a Vigilância à Saúde, com a execução de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças direcionadas a pessoa, grupos e doenças prevalentes e

monitoramento de morbidades e situações de risco que subsidiam o fazer da equipe (BRASIL, 2004; BRASIL, 2004a).

IC4- Garantia do serviço realizado durante a visita.

DSC- “Por que eu registro? Porque se você tem que perguntar alguma coisa, se tiver alguma queixa pra poder tá anotando; quando eles falarem alguma coisa de mim, falar que eu não fui na casa, por que isso acontece, falar de mim”.

O registro também proporciona o respaldo em caso de questionamento acerca da efetivação das visitas domiciliares, sendo, portanto, um instrumento de garantia para os Agentes de Saúde.

7.2- ANOTAÇÕES

Os Agentes utilizam todas as fichas preconizadas pelo SIAB, que visam ao acompanhamento das famílias com seu cadastramento e também dos grupos específicos - hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças. Com relação aos hansenianos e tuberculosos, foram mencionados em menor frequência devido aos poucos casos e por ser também uma condição temporária.

Além da mera anotação, as fichas norteiam o acompanhamento desses grupos especiais e as principais ações que os Agentes devem realizar, em especial os que possuem o curso de técnico de enfermagem, que podem medir a pressão e realizar a glicemia, aumentando, assim, a resolutividade.

Associado às fichas, os Agentes também anotam, em seu Caderno, outras demandas da população, como dúvidas, pedidos de consultas e exames.

IC1- Anotações nas fichas do sistema de informação da atenção básica.

DSC- “Eu levo sempre o cadastro, sempre pra tá atualizando, sempre que acontecer alguma coisa, tem casa que na verdade você não faz quase nada, porque nunca acontece nada, tem casa que eu anoto tudo. Oh, eu trabalho com a ficha do hipertenso, trabalho com a ficha do diabético, com a ficha da gestante, tem o cartão da criança, a gente acompanha o cartão de criança, anota o peso eu passo de casa em casa e passo o peso da criança pro cartão, questiona a respeito da, da se teve alguma diarreia, se alguém teve diarreia na casa é, é, complicações respiratórias; isso tudo a gente anota pra passar pro SIAB, e têm as outras fichas, do tuberculoso, da hanseníase, todas as fichas, eu vou levar tudo. O que eu acho que é falha é a parte de saúde mental que não têm, que não tem como a gente anotar, que é conversa mesmo”.

Os sujeitos entrevistados utilizam todas as fichas preconizadas - Ficha A, Ficha B, Ficha C e a Ficha D - pelo SIAB com destaque para o acompanhamento e a orientação das famílias (BRASIL, 2000; BRASIL, 2002; BRASIL, 2003).

IC2- Anotações diversas registradas no caderno.

DSC- “Tem o nosso caderno de visita, a gente sempre coloca, a gente procura anotar né, as orientações que a gente dá, se eles têm dúvida eu anoto tudo, se eles tem algum exame pra marcar, eu anoto o exame, qual que é, nem se tem algum exame aqui pra ser entregue, eu vou olhar, anoto os encaminhamentos que eu entrego, pressão arterial, quando eu faço glicemia. Às vezes é, tem é, é, tem um acamado aí, ele quer um medicamento, aí eu anoto o nome do medicamento, ou então eu recolho a receita dele, quem é acamado não tem como vim, aí, eu venho e falo com a médica, aí, a médica vai, as vezes ela vai e faz a visita nessa acamado, dependendo do que é que foi, a gente anota. Por exemplo, a gente anota e o restante que a pessoa fala, alguma queixa da pessoa. A gente às vezes geralmente não registra muita coisa, geralmente a pessoa queixa ‘ah, eu tô precisando de uma consulta’, aí eu pergunto ‘Por que você tá precisando de uma consulta?’, ele fala: ‘Eu tô sentindo uma dor no estômago; ah, eu tô sentindo uma dor na coluna, demais’. Eu anoto tudo que eles mim falam, assim eu procuro tá anotando, às vezes as meninas riem de mim porque eu usei as mesmas palavras da pessoa no meu cadastro, sabe, mais eu gosto de fazer isso pra mim lembrar como é aquela família, entendeu?”.

Aliado às fichas preconizadas pelo Ministério da Saúde, os Agentes de Montes Claros também utilizam um Caderno, destinado ao registro das demandas e dúvidas das famílias que subsidiam as ações da equipe, estreitando os vínculos família/equipe.

7.3- MOMENTO DA ANOTAÇÃO

Os Agentes divergem no aspecto relacionado ao momento oportuno para a realização das anotações, que pode ocorrer durante a conversa com a família ou no final da visita ou até mesmo depois da visita; são expressas abaixo das respectivas DSC e ECh.

- DURANTE A VISITA

DSC- “Na medida que eu vou conversando, eu vou anotando, eu vou perguntando e vou anotando e tal, vai olhando”.

- FINAL DA VISITA

ECh Rafael- “Sempre no final”.

- DEPOIS DA VISITA

DSC- “As minhas anotações eu faço depois que eu saio da casa, eu começo a anotar”.

Na literatura, não existe referência com relação ao momento oportuno para realizar as anotações, somente é destacada a questão da ética e da confidencialidade.

8- ATIVIDADES COMUNITÁRIAS

O atributo da orientação comunitária tem o Agente Comunitário como estimulador e as atividades comunitárias como o meio para a implementação desse atributo,

possibilitando o envolvimento da comunidade e o aumento do vínculo (BRASIL, 2007b; MINAS GERAIS, 2007).

As atividades comunitárias mencionadas pelos Agentes ocorrem, na sua maioria, em parceria com a Pastoral da Criança, visando ao acompanhamento, especialmente, das crianças e gestantes.

“Assim, tem a pastoral, né, que a gente tem uma parceria junto né, que faz a pesagem, a da pastoral, né, junto com pastoral da criança, a gente faz a pesagem junto com a pastoral”.

Historicamente, a Pastoral da Criança foi uma das inspirações para a criação do PACS e posteriormente da ESF, dessa forma o laço com o seu precursor ainda permanece, mesmo que de forma inconsciente.

Existem também outras parcerias comunitárias, como a Associação de Moradores de bairro e as Igrejas, para realização de atividades recreativas.

“Assim, sempre que surge a gente faz, né, igual a gente já fez junto com a associação: festa pras mães, as vezes a gente faz com a igreja junto com o pessoal”.

As equipes também realizam atividades preventivas com a comunidade por meio de algumas ações, comentadas apenas por Manael:

“Movimentos com a dengue, tem a DST, o ano passado a gente fez aqui na Escola Jair de Oliveira, a gente um sábado, assim até 3

horas, dinâmicas, deu vídeo, deu palestras sobre DST e AIDS, a gente convidou os adolescentes, o pessoal da área pra poder ir lá. Agora começou uma terapia de tá fazendo artesanato, mas é só uma vez por semana”.

Ocorrem também atividades recreativas em datas comemorativas para aproximar a equipe da comunidade, como mencionado por Aniel:

“A gente sempre procura todo ano, principalmente nas datas comemorativas, a gente procura tá reunindo o útil ao agradável, né, comemorar e tá levando alguma informação ou orientação”.

O anjo Gabriel comenta que a equipe sempre promove atividades comunitárias, entretanto a população tem que ser convidada, caso contrário não há adesão.

“Com a comunidade? A gente aborda as pessoas, tentando marcar, né, mesmo, né, estando na reunião, qualquer coisa que vem da secretaria já desenvolve, chama o grupinho ali, já passa as informações, porque as pessoas, você coloca o cartaz, elas não lêem, então é preciso o Agente tá sempre parando, chamando”.

Percebe-se que o atributo da orientação comunitária está sendo realizado em Montes Claros (MG), levando em consideração as particularidades de cada comunidade.

9- ATIVIDADES DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAUDE

O processo avaliativo é realizado por todos os Agentes, que o compreendem como a busca de informação na visita domiciliar que leva a ação que norteia o processo, objetivando sempre à melhoria da qualidade de vida e à satisfação popular, subsidiando o diagnóstico de saúde e o diagnóstico comunitário.

A partir dos discursos, os Agentes elaboraram Ideias Centrais com relação ao processo avaliativo que está relacionado a:

IC1- Avaliação do processo de trabalho.

DSC- “Oh, eu avalio meu serviço, então a gente procura avaliar pensando o que a gente fez no mês, né, eu procuro assim, quantos casos que eu consegui resolver, né, quantas diarreias que eu consegui notificar, se eu não conseguir notificar nenhuma, Graças a Deus, é melhor, se eu notifiquei muitas, então alguma coisa tá acontecendo de errado, as minhas orientações que eu tô dando não tão servindo. Então, eu procuro, é, saber de tudo, saber o que foi que eu fiz, quantos hipertensos que eu tenho, né, quantos estão tomando o remédio, se faleceu algum, porque foi, foi eu que esqueci de orientar, foi eu que deixei de estar presente lá, eu tento fazer dessa forma, eu sei que eu sou uma boa Agente de Saúde, entendeu, porque assim igual que eu tô te falando, se eu vê que eu preciso fazer aquilo pra resolver um problema da minha microárea se eu precisar de ir a noite mesmo, eu vou”.

IC2- Avaliação da situação de saúde.

DSC- “A gente avalia assim no dia a dia, por exemplo, a avaliação do número de crianças em aleitamento materno exclusivo, se tá bom, se as crianças estão pesadas você vai e faz a visita, né, então a pessoa faz uma queixa, você vai e pede pra vim na unidade, você encaminha ela, ela vem na unidade, ela consulta, então, devido o problema dela é acompanhada tem saúde da mulher, tem saúde do idoso, tem várias coisas. Aí depois de uma semana, quinze dias, um mês você vai vê, né, você faz a visita , o trabalho que você fez você vê o retorno do seu trabalho lá na frente, é o que a satisfação da comunidade, falar pra você que tá bom, que melhorou, agradecer, agradecer os médicos, agradecer a equipe também, por aí você avalia”.

IC3- Avaliação para o acompanhamento das famílias e dos grupos específicos.

ECH Sitael- “As minhas crianças eu consigo trazer todos pra pesar, entendeu, pra vacinar também, algumas, teve um caso no Siab atrás que não vacinou porque o pediatra pediu pra não tá vacinando, porque se eu fui lá e convidei pra ela vim no Cd e ela não veio , eu volto de novo, eu volto três vezes se precisar , quantos vezes precisar, porque o que foi que aconteceu que não foi. Então eu acabo acho que vencendo elas pelo cansaço e elas vêm, os hipertensos que não tão acompanhado e os diabéticos geralmente é porque estão viajando e então não tem jeito”.

IC4- Avaliação relacionada À prestação de contas no SIAB

DSC- “Oh, isso aí, a gente faz uma avaliação conjunta quando a gente tá fechando o SIAB, né, o que atingiu, o que ficou em baixa, a gente faz conjunta, mas é claro que cada Agente que conhece bem a área ele sabe, qual o percentual de sua área. Essa avaliação no SIAB, M. tem uma anotação que é o que cobra da gente no SIAB, então nessa avaliação que ela faz do que precisa ser planejado pro mês seguinte, é a avaliação que a gente faz, porque se eu deixei dez famílias sem visitar esse mês significa que eu vou ter que correr um pouco mais, pra mim dá conta, aí eu já tenho uma estratégia diferente; eu já conto aquelas famílias que ficaram sem a visita do mês eu já inicio por elas, mas geralmente isso na minha área quase não acontece”.

IC5- Avaliação relacionada ao desempenho pessoal.

ECH Aniel- “Olha assim, a questão da, da avaliação, fazer uma avaliação mesmo, assim, eu, eu não faço não, não é porque eu não sei fazer, mas no momento, de acordo com a receptividade das pessoas, ou, se ela senti ti fala alguma coisa, ou, ou critica com relação ao serviço, com relação ao seu trabalho, então as vezes é uma hora que você para pra pensar: ‘Opa será que, se eu tô fazendo um bom serviço?’ “.

Todas IC ilustram caminhos diferentes que levam a um propósito único, que é a melhoria do cuidar prestado.

Os Agentes comentam alguns aspectos que dificultam o processo de trabalho que interfere na avaliação:

Ech Benael- “Igual A.[enfermeira] fala aqui com Agente, a gente tá trabalhando mentira, porque você anda, anda, você corre, corre, você faz, faz e chega o final do mês ainda, parece que você não fez nada, porque não fluiu, eu falo: ‘Olha, A., olha pra você ver, quantos encaminhamentos nós entregamos esse mês, né, quantas pessoas’.

A ECH ilustra que existe uma valorização maior da quantidade em detrimento da qualidade e do tempo emocional, que são fundamentais para a criação do vínculo e intermediação do diálogo com as famílias assistidas.

10- ETICA NO DESENVOLVIMENTO DE SUAS ATIVIDADES

Todos os Agentes afirmam que a ética é de significativa importância na realização de sua função, haja vista que o seu processo de trabalho fundamenta-se em uma relação de confiança, que ocorre entre indivíduos que representam o saber científico (equipe) e o saber popular (famílias).

A ética deve orientar a conduta dos homens em diversas situações, em especial no exercício da profissão, já que os Agentes realizam suas atividades no ETHOS, ou seja, na casa do homem, em que o domicílio é um espaço íntimo, necessitando de sua autorização para entrar em suas vidas por meio da visita domiciliar. Assim, faz-se preciso a adoção de comportamentos que garantam os princípios éticos que subsidiam o

estabelecimento e o estreitamento de vínculo (GERMANO, 1993; BOFF, 2004). O anjo Caliel destaca essa questão por meio da ECH:

“Vou falar pra ele, que ele pode tá confiando em mim, né, porque eu sou profissional, e, e, e o que aconteceu, o que ele tá mim relatando não vai sair, né, do nosso meio”.

Essa função de elo entre os saberes exige do Agente a confidencialidade, o sigilo e, acima de tudo, a postura ética, como visualizado na expressão chave (ECh) de Aniel que representa a importância da ética:

“É uma das coisas que a pessoa tem que ter, né, a questão da postura, uma postura ética, porque a gente ouve, vê muita coisa, que né, que você viu e ouviu lá naquela casa ficou lá, ou se for, né, se você tiver que passar, dividir com alguém é com o profissional, né, seu colega que vai ti ajudar, no caso é a enfermeira, mais assim pra outros jamais, né. A gente tem que ter essa postura e tem que saber como lidar com a situação, com o problema, com as demais questões de saúde, a gente ouve coisa muito íntima da pessoa, coisa assim, até segredos que você tem que levar pra você pro túmulo”.

No processo de saber-fazer do Agente, a credibilidade e a confiança são condições essenciais no estabelecimento das relações interpessoais; e a postura ética é o caminho encontrado para inspirar essa credibilidade e confiança que permitem o Agente entrar na intimidade da família e realizar o seu papel de laço.

Fortes e Spinetti (2004) destacam a necessidade de construir metodologias que garantam a privacidade no tocante às informações pessoais, aliado a competências e saberes que os instrumentalizem na implementação dessas ações, já que os Agentes vivem o cotidiano da comunidade, por habitar a mesma localidade, fazendo essencial discernir o pessoal do profissional, sua inserção comunitária de sua inserção institucional e saber lidar com os segredos que são revelados.

Uma das metodologias encontradas pelos Agentes de Saúde para executar essa postura ética com a garantia da privacidade é a seleção das informações, que devem ser compartilhadas com os membros da equipe e destino adequado para as devidas soluções, como destacado a seguir:

IC1- Demandas por dúvidas relacionadas à saúde e à doença são encaminhadas e discutidas com os membros da equipe, especialmente para quem tem as respostas e as soluções.

DSC- “Ah, é, é, é só a pessoa é, é igual, é, se tem alguma coisa que você pode trazer pra unidade, que você deve, que você tem que trazer, você deve trazer, em relação à doença, quando você fica sabendo de alguma coisa, assim depende da pessoa que você vai poder passar. No caso, se for o médico, a enfermeira você vai passar pra eles, pra ver alguma resposta de algum é, é de alguma coisa que o paciente te perguntou, que você às vezes não soube responder, que você tem que perguntar, depois informar pra ele de novo, né, em relação a pessoa que tá com uma dificuldade, que a gente pode até tá ajudando em alguma dúvida, entendeu? Aí você vai falar aquilo que você pode falar, a coisa que você pode falar;

agora você trazer coisas pessoais, que as pessoas às vezes até trata, morre com a gente, não é?”.

IC2- Demandas pessoais não são compartilhadas com a equipe e nem com outras famílias.

DSC- “A gente ouve coisa muito íntima da pessoa, o quê a pessoa me falar fica comigo só, tem coisas assim que nem com a enfermeira eu conto, nem com o médico; coisa assim até segredos que você tem que levar pra você, pro túmulo, morre com a gente, não é. Quando eu chego em outra casa, eu chego lá não comento nada, que eu vi numa casa, acontece muito das pessoas chegar pra gente contar casos da família: ‘Aconteceu isso, conta caso da vizinho’, passo na outra casa, faço de conta que não sei de nada”.

Durante o exercício de suas atividades profissionais, os Agentes compartilham algumas informações e devem discernir quais os dados que podem ser informados, com a garantia da privacidade/intimidade contida na vida privada juntamente com a confidencialidade (FORTES e MARTINS, 2000).

Fortes e Spinetti (2004) destacam que os segredos revelados na intimidade das residências podem resultar em risco para a vida dos Agentes e de suas famílias, tendo em vista que esses trabalhadores continuam no local em que trabalham e vivem, enquanto os demais profissionais, em especial os de nível superior, retornam a suas residências que estão distantes do seu *lôcus* de trabalho.

Assim, além da postura ética estabelecida durante a entrevista realizada no contato com os moradores, outra forma de garantir a confidencialidade é por meio do registro, com o destino adequado dos dados, como destacado pela ECH expresso por Miguel:

“Ah, dentro das fichas, né, notifica, no caso, a gente notifica e a ficha fica guardada direitinho e tal”.

A confidencialidade diz respeito à garantia da manutenção do segredo de todas as informações colhidas no exercício da profissão (FONTES e MARTINS, 2000).

11- SITUAÇÕES DE RISCO

Situação de risco pode ser compreendida como a probabilidade de uma pessoa ou grupo sofrer um dano em sua saúde por meio de condições que proporcionam uma chance maior de adoecer e morrer aliado ou não ao fato de residir em áreas de risco ambiental e/ou social (BRASIL, 2000; MENDES, 1992).

As situações de risco são identificadas por meio das visitas domiciliares, com a percepção da realidade local e realização de busca ativa.

DSC- “É, é quando eu chego na casa pra visitar, eu vejo o local onde a pessoa mora, a forma de vida daquela pessoa, como a pessoa vive (...). Dependendo da doença, né, se for confirmada alguma coisa, a gente faz a busca ativa na família, no vizinho, né, pra ver se não tem mais casos”.

A identificação e o acompanhamento das situações de risco, com o enfoque de vigilância à saúde, são atribuições do Agente e que devem ser percebidas no exercício de suas funções.

Os Agentes consideram situações de risco de forma diversas que não são divergentes e sim convergentes, pois se complementam, conforme apresentado a seguir:

IC1- Risco socioeconômico.

DSC- “Na minha área, o que eu chamaria de situação de risco é a precariedade das pessoas, tem pessoas que não têm uma condição financeira, né, e, as crianças não têm alimentação”.

IC2- Risco ambiental.

DSC- “Porque a minha área praticamente não tem asfalto, as crianças estão constantemente na unidade com problemas respiratórios, alergias, por causa da terra, da poeira. O local que a pessoa vive, mora próxima a uma barroca, um esgoto a céu aberto, matagal, cobra, escorpião e o pessoal fez a casa assim na beira do esgoto, no meio do mato”.

IC3- Situação de risco relacionado à saúde.

DSC- “Tem tantos, é, aquela, por exemplo, as mães de lá não têm aquele cuidado com as crianças, e tem muita criança, e lá também não tem cuidado com a higiene, a questão da higiene; aquela criança de 10, 11 anos que eu vejo o dia todo na rua, eu tô visitando eu sempre tô vendo ela, pra mim é um risco, porque se ela tá o dia

todo na rua, ela não tá na escola, porque se ela tá o dia todo na rua a mãe com certeza não tá sabendo que ela tá na rua. Ela tá trabalhado ou então a em casa, ou sabe se tá em casa assistindo televisão e não a importando, isso acontece muito, não é, então isso pra mim é um fator de risco. Aquele jovem que eu vejo envolvido, que era uma pessoa de família e que eu já começo ver e já tá andando com outras pessoas, mal elemento essas coisas, também, é risco, aquela moçinha que tá na adolescência, e que não tá andando mais sozinha, que já tá andando com outras pessoas que já tem filho, que mexe com droga, como também é de risco. Então desde a criançinha que não vai pra escola, a pessoa que eu vejo que já tá mudando o hábito dela, a rotina”.

IC4- Acompanhamento de Grupos Específicos de Saúde.

DSC- “Família de risco é, é o idoso, hipertenso, mães adolescentes, criança de baixo peso, gestante, diabético é aquela família que tem necessidade especial, que eu tenho que fazer um acompanhamento, ter um cuidado especial, que eu tenho que fazer um acompanhamento assim, tem famílias que eu vou até quatro vezes no mês até mais, né. Igual, por exemplo, tem alguns hipertensos que depende muito da gente, eles gostam muito de conversar, às vezes nem o assunto dá, do que eu tô querendo falar, às vezes eles precisam que eu esteja lá pra escutar o que eles falam pra mim. Esse pessoal idoso tem muita depressiva, porque as famílias deles não conversa com eles, os filhos às vezes saí pra

trabalhar chega só a noite, então eles fica só em casa e eles são muito carente, então eles gostam muito que a gente vai lá só pra ouvir eles, pra falar as coisas deles, às vezes eles quer falar pra gente as coisas deles, né, às vezes eles contam umas coisas que não tem nada a ver, falam do passado deles, falam do presente, né. Eu gosto muito de ir pra escutar eles, as vezes nem tanto pra falar, mais pra ouvir”.

As situações de risco mencionadas pelos Agentes de Saúde pesquisados estão em sintonia com as competências profissionais propostas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), que contemplam a promoção, prevenção e o monitoramento de pessoas, grupos específicos e morbidades prevalentes e também a identificação de risco ambiental e sanitário que está aliado ao diagnóstico de saúde e comunitário.

O enfrentamento das situações de risco é realizado pelos Agentes por meio do Trabalho em Equipe e a busca de parcerias intersetoriais para as questões que extrapolam o setor saúde.

DSC- “Quando eu encontro situações que ultrapassam a minha capacidade, eu passo pra equipe, você passa pra equipe, então eu acho que é uma equipe, eu tenho que trazer pra cá, qualquer dúvida que eu tenho, quando a equipe tá reunida é passada ali, chama a enfermeira, chama o médico, e tal. Aí depende do problema que ele tá mim contando, se for problema de saúde, né, a gente vai tá tentando encaminhar pra unidade, no primeiro momento eu chamo os Agentes, né, é, aí a gente discute o que acha melhor

fazer, se for levar o enfermeiro, a gente leva o enfermeiro, se for o médico a gente chama o médico, né, se for algum problema social, vai encaminhar pros meios, no caso do CRAS, né, eu vô tá pedindo ajuda pras pastorais”.

O Agente deve mobilizar todos os recursos disponíveis para realizar o seu papel de interlocutor das necessidades da população.

12- PROMOÇÃO A SAUDE

As atividades de promoção à saúde são promovidas em equipe por meio de grupos de educação em saúde, articulando sempre promoção com a prevenção de doenças cuja escolha dos temas e dos aspectos trabalhados diferem de acordo com a realidade local.

DSC- “Realiza as reuniões. Ela é bem atuante mesmo, ela realiza as reuniões, é a questão das reuniões, prevenção, tem um quadro lá de reuniões que tá lá fora pra todos os grupos, até de idosos agora, tá abrangendo todos os grupos, prevenção. Assim, a gente não tem dificuldades com isso, tá sempre aberto, tá precisando, eu acho que ninguém pode reclamar que não tem esse acesso; a gente sempre procura tá fazendo alguns trabalhos, igual no ano passado, nós fizemos o, o dia da mulher, convidamos é, é as mulheres pra tá participando de palestras, de informações sobre a prevenção do câncer do colo uterino e das mamas, as mulheres gostaram muito e pediram pra que a gente repetisse mais esses

eventos de tá trazendo informações; a gente teve muitas atividades, né na escola a gente fez peça, teatro, a gente saiu com os idosos pro parque, atividade com os acadêmicos de fisioterapia, no início tinha caminhada, depois o pessoal começou a desanimar, tinha a caminhada, a gente fazia o rodízio dos Agentes participando, tá precisando resgatar, porque é uma das áreas que mais precisa”.

Um dos Agentes destaca que, apesar de identificar os problemas da localidade para serem enfrentados, nem sempre pode ser realizado, tendo em vista que algumas temáticas podem gerar risco à vida dos membros da equipe, como descrito pela ECH de Benaël:

“Oh! Quando eu iniciei aqui no PSF, eu, preocupada com essa questão da droga, nós começamos a fazer reuniões com criança de 12 anos a 14 anos, falar sobre tabagismo, essas coisas, então que aí o negócio aqui começou a ficar tão perigoso, que, infelizmente, prende a gente, que você não pode nem mais falar, que eu fiquei com muito medo, que eu nem quero mais falar sobre isso. Tem muita coisa, tem aquela questão do sexo, né, aquela mudança da criança pra adolescente, a gente leva muita prevenção, né, trabalha muito DST, né”.

13- SATISFAÇÃO COM A PROFISSÃO DE AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE

A maioria dos Agentes encontra-se satisfeitos com a profissão escolhida, revelando-a como meta de vida:

ECH Manael- “Oh, o que eu espero é ter uma segurança maior no meu serviço, porque ele é tudo pra mim no momento e eu não pretendo mudar não, eu acho que eu vou continuar sendo Agente, até quando eu puder ser”.

Entretanto, alguns mencionam que buscam outras oportunidades, apesar de gostar da profissão.

“Eu gosto, vou fazer o melhor possível até quando eu tiver, mais não é uma coisa que eu quero pro resto da minha vida.[Por quê?] Ah, pelo fato de ser assim um serviço que é muito direto, assim, com a comunidade, não que eu não goste de trabalhar, de mexer com gente, que eu gosto, só que esse negócio de bater na casa, todo dia e tal, mas enquanto eu tiver eu vou dá o melhor de mim”.

(Miguel)

A expressão-chave de Miguel revela que o processo de trabalho é estressante, uma vez que lida diretamente com a comunidade, causando, em alguns momentos, desgaste e sofrimento para o profissional.

Reis et al. (2007) destacou que o contato intenso com as famílias gera sofrimento, levando os Agentes a se afastarem dos clientes na tentativa de amenizar a dor e a impotência diante da demanda social, ocasionando, assim, a rotatividade dos membros da equipe, como destacado por Miguel, levando a questionar a necessidade de apoio psicológico para esse profissionais que estão na linha de frente da saúde.

2.3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO DO SABER CONHECER

O correr da vida embrulha tudo.

A vida é assim, esquentada e esfria, aperta,
depois afrouxa, e depois inquieta.

O que ela quer da gente é coragem.

Guimarães Rosa

O saber conhecer compreende o domínio de conhecimentos e a capacidade de aprender e apreender contínuos, fundamentados em uma análise reflexiva da realidade e do contexto comunitário subsidiado pela formação educacional, experiência pessoal e profissional, em que o espaço privilegiado para a efetivação é durante o processo de educação permanente na equipe de saúde da família.

Esse processo de educação permanente proporciona o sentimento de pertencimento a um grupo que objetiva ao trabalho coletivo, com contínua valorização e contribuição de todos na busca do empoderamento pessoal e, principalmente, profissional, com visibilidade perante a população assistida. Diante disso, faz-se necessário conhecer como ocorre o processo de educação permanente nas equipes, uma vez que o mesmo é primordial para o desenvolvimento de conhecimentos e saberes, competências e habilidades.

1- PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Os Agentes Comunitários de Saúde afirmam que a educação permanente em saúde é muito importante para execução do seu processo de trabalho e para a

consolidação da Estratégia Saúde da Família, reconhecendo a sua grande contribuição. Esse processo nas equipes acontecia de forma contínua, porém a ocorrência de vários fatores dificultadores modificou a frequência do processo educativo, que passou a ser realizado de maneira descontínua e sem planejamento, conforme descrito na Tabela 6 a seguir:

TABELA 6- Frequência da realização do processo de educação permanente nas Equipes de Saúde da Família da cidade de Montes Claros/MG, 2008.

FREQUENCIA	N
Mensal	07
Quinzenal	01
Semanal	01
Não está ocorrendo	06
TOTAL	15

Fonte: Pesquisa de Campo, 2008.

Ceccim e Ferla (2008) e os documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2004c) afirmam que a educação permanente proporciona um espaço de aprendizagem coletiva, resultando na formação, produção de subjetividade e trabalho, objetivando ao enfrentamento e solução de problemas. No caso das equipes pesquisadas, esse processo educativo ocorre de forma irregular, ocasionando um prejuízo na assistência prestada à comunidade; haja vista que o diálogo e a escuta pedagógica não estão acontecendo, o que ocasiona uma dificuldade no estabelecimento do trabalho em equipe.

Apesar da frequência inconstante do processo de educação na equipe, os sujeitos do estudo corroboram com os autores citados e afirmam que a realização do processo de educação permanente representa a mola propulsora e motivadora do processo de trabalho em saúde, fornecendo um espaço coletivo de aprendizagem significativa, associado ao fato de que a educação em saúde é a essência do papel do Agente e que a irregularidade contribui para a não efetivação desse papel e da Estratégia Saúde da Família.

Com relação a isso, foram encontradas duas ideias centrais com respectivo DSC e uma expressão-chave relevante.

IC1- Compromisso com a comunidade, estimulado pelo conhecimento da realidade local, em consonância com o importante papel de educador sanitário e social das famílias.

DSC- “O que facilita o trabalho, eu penso que ver e sentir a dificuldade e tá orientando em cima das dificuldades de cada um. Talvez tem casos que necessitaria ser individualizado, porque talvez a minha dificuldade não é a mesma do meu colega; é preciso saber, né pra poder tá passando informação pra comunidade, né ele pode tá tirando alguma dúvida de uma pessoa dentro da área com a educação permanente, e geralmente são casos que nós trazemos pra educação permanente, são casos que a gente vive, são casos que a gente não tem resposta, a gente vem e pergunta pro médico ou pro enfermeiro, eles elaboram a educação permanente baseado nisso. Eles já perguntam onde tem

dificuldade, o que a gente quer, quer falar sobre o quê, o que a população tem pedido, tem cobrado, o que você acha que é melhor tá passando pro pessoal; aí a gente opina, né”.

IC2- Implementação do processo de educação em saúde efetivada na visita domiciliar por meio da escolha de temas a serem discutidos com as famílias.

ECH Daniel- “É, essas fases que a gente sabe que vai acontecer o período, que, por exemplo, tem o mês que tá muito seco, as crianças estão adoecendo, a gente vai lá e fala, mas no início do ano, a gente estipula todos os temas, pro ano todinho, entendeu? A gente fez isso uma vez, foi o ano passado, aí, aí é, é nós falamos de um tema todas as visitas, eu achei muito interessante porque a gente tá naquele período, a gente passa pra comunidade, praqueles domicílios, pra pessoas”.

Nesse discurso coletivo, é evidenciado que os Agentes de Saúde realizam e se preocupam com o desenvolvimento do seu verdadeiro papel de elo entre comunidade-equipe, e encontram na educação permanente o instrumento de resposta para a população acerca de questionamentos e dúvidas. Tal fato está de acordo com os documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004e; BRASIL, 2005a) e Ceccim (2005), ao compreenderem que a aprendizagem significativa deve ser motivada pelo cotidiano, por meio do diálogo, do aprender-fazer no dia-a-dia do Agente, no encontro entre o mundo de formação e o mundo do trabalho.

Apesar da importância atribuída pelos Agentes, vários aspectos contribuíram para essa descontinuidade do processo educativo, caracterizando-se como fatores dificultadores. Além disso, são descritos em forma de duas ideias centrais e respectivos DSCs e EChs.

FATORES DIFICULTADORES PARA A EFETIVAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

IC1- Sobrecarga de atividades desenvolvidas pela equipe de saúde em decorrência de formação incompleta das equipes, período de férias e acúmulo de atividades.

DSC- “As reuniões eram semanais, sempre acontecia, mas por causa de tantas atividades que esse Programa Saúde da Família tem que desenvolver sempre tem aquele mês que tá mais apertado, que dificulta, pelo fato dos cronogramas, reuniões pra sair. Aí a gente acabou empacando mais essas reuniões; agora, do fim do ano pra cá, é, é devido o pessoal entrou de férias tá assim o desencontro da equipe tá assim muito grande, como tá assim tumultuado, tá faltando funcionário, a gente tá fazendo a educação uma vez ao mês. Então a gente parou um pouco mais a capacitação, mas eu creio que deve começar de novo, porque é muito importante”.

IC2-Sobrecarga de atividades em decorrência da implantação do plano diretor da atenção primária à saúde.

ECH Manael- “É, assim, já teve muita capacitação, mais agora ultimamente diminuiu, porque a gente mexendo com o plano diretor, né, então as vezes não tá tendo tempo”.

IC3- Sobrecarga de atividades em decorrência da realização de reuniões na secretaria municipal de saúde.

ECH Mikael- “Sempre acontece, mais sempre tem aquele mês que tá mais apertado, que dificulta, pelo fato dos cronogramas, reuniões pra sair, aí, sempre que pode a gente faz, porque é muito importante”.

Percebe-se, por meio dos DSC e das ECH apresentadas, que a educação permanente é sempre sacrificada e desvalorizada perante o processo de trabalho da equipe quando ocorre a sobrecarga de outras atividades em virtude da ausência de funcionários e/ou atividades externas propostas pela Secretaria Municipal e Estadual de Saúde. Essa situação representa um caminho oposto aos fundamentos da Atenção Básica mencionada na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b), que contempla a valorização dos profissionais por meio do estímulo e acompanhamento da formação e capacitação profissional com o desenvolvimento constante de suas competências e qualificação, e isso é de responsabilidade conjunta das SMS e das SES.

A sobrecarga de outras atividades com a falta de planejamento ascendente e participativo também resulta na desmotivação e na falta de compromisso, pois ocorre

repetição de temas, sem a contextualização das necessidades da comunidade, como mencionado na IC4.

IC4- Repetição dos temas durante o processo de educação permanente ocasiona desmotivação.

ECH Daniel- “Ah, quando não acontece é ruim, sabe, sabe, porque a gente às vezes a gente vai falar de um tema que a gente já tinha falado, e a gente repete aquele tema, entendeu? Porque não teve o planejamento pra falar do que tá certo, entendeu? E aí a gente vai e repete o anterior”.

Diante disso, percebemos que a escolha dos temas a serem trabalhados são baseados na realidade local, que tem o Agente como seu principal intérprete. Nesse caso, essa interlocução com a comunidade inspira e subsidia o processo de educação permanente, consoante com o que é preconizado pelos documentos do Ministério da Saúde.

ESCOLHA DOS TEMAS A SEREM ABORDADOS NA EDUCAÇÃO PERMANENTE

IC1- O processo de escolha dos temas a serem abordados na educação permanente baseia-se na prática cotidiana dos Agentes de Saúde por meio do levantamento das dificuldades vivenciadas, dúvidas da comunidade, necessidades locais e situações epidemiológicas.

DSC- “É preciso saber, né pra poder tá passando informação pra comunidade, né ele pode tá tirando alguma dúvida de uma pessoa

dentro da área com a educação permanente, e geralmente são casos que nós trazemos pra educação permanente, são casos que a gente vive, são casos que a gente não tem resposta, a gente vem e pergunta pro médico ou pro enfermeiro, eles elaboram a educação permanente baseado nisso, a equipe toda dá opinião, nós dá opinião, dá opinião nossa, porque tem o período igual ao período chuvoso, né, tem a época de dengue. Então a gente fala sobre a dengue, então cada época tem, tem época que tá dando muito, é, é infecção respiratória, é, né, as crianças gripam demais, a gente vai falar sobre a gripe, sobre o que é”.

Os Agentes destacam que o processo de trabalho deve estar enraizado na comunidade sempre de maneira contextualizada e condizente com a realidade, levando em consideração a época do ano e os problemas locais, assumindo, assim, a construção de coletivos no trabalho e o processo de co-gestão, com poder compartilhado, em que todos os membros da equipe são facilitadores. Assim, desempenham o papel de ator e autor na busca da interdisciplinaridade (BRASIL, 2005a).

IC2- O processo de escolha dos temas a serem abordados na educação permanente baseia-se no Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde.

DSC- “Se eu não mim engano, já vem do plano diretor, porque ela [enfermeira] trabalha com a gente o plano diretor”.

O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde encontra respaldo nas responsabilidades da Secretaria Estadual de Saúde. Dentre tantas outras, a de contribuir na reorientação do modelo de atenção e qualificação da atenção básica, que os Agentes conseguem perceber como fundamentais no processo de formação de toda a equipe (BRASIL, 2006b).

IC3- O processo de escolha dos temas a serem abordados na educação permanente baseia-se na escolha dos coordenadores (enfermeiro e médico) durante a implantação da equipe, passando depois para a escolha dos Agentes, de acordo com a comunidade.

ECH Ariel- “Oh, no início o tema era escolhido pelo, pelo pessoal da equipe, por exemplo, os coordenadores, os coordenadores escolhiam os temas e passava pra gente, hoje eles já perguntam, né, devido a gente já ter visto muita coisa nessa área, eles já perguntam onde tem dificuldade, o que a gente quer, quer falar sobre o quê, o que a população tem pedido, tem cobrado, o que você acha que é melhor tá passando pro pessoal, aí a gente opina, né”.

Essa ideia central está presente nas colocações de Paim; Almeida Filho (2000) quando destacam que a educação deve ser uma prática de transformação de objeto-sujeito para sujeito-produto, que é fruto do trabalho humano de Sujeitos-Agentes, num processo de aprender a aprender de forma permanente, uma vez que, no início do trabalho como Agente, não estavam familiarizados com a função. Assim, era necessário

serem direcionados pelos coordenadores e, durante o fazer cotidiano, foram, enfim, transformados em protagonistas do saúde da família, por meio do poder compartilhado e do trabalho em equipe.

Os Agentes de Saúde expressam a compreensão das diretrizes da educação permanente e de todos os componentes e percebem a importância do processo de qualificação contínuo.

2- (DES) CONHECIMENTO DOS AGENTES DE SAUDE SOBRE PRINCIPIOS DO SUS

A profissão Agente de Saúde só existe no âmbito do SUS e, dessa maneira, esse profissional é privativo do sistema de saúde. Todo trabalhador deve conhecer a missão, visão, diretrizes, valores da empresa na qual exercem suas atividades laborais. Partindo dessa consideração, foi questionado aos sujeitos do estudo acerca do conhecimento do SUS, o resultado ocasionou espanto e preocupação, tendo em vista que a maioria (11) não mencionou nenhum dos princípios e apenas quatro souberam nomear alguns dos princípios, com destaque para os doutrinários e filosóficos. Entre eles, os princípios e o número de vezes que foram mencionados: universalidade (3), integralidade (3), equidade (2), regionalização(2).

Diante dessa constatação, há de se indagar o processo de qualificação e as temáticas que estão sendo abordadas, já que todos os profissionais participaram do Curso Introdutório, sob a responsabilidade do gestor municipal que tinha como objetivo a aproximação com os princípios da Estratégia Saúde da Família bem como os princípios do SUS e funcionamento do sistema de saúde local, como contemplado nos documentos do Ministério da Saúde e também participam da educação permanente nas respectivas equipes (BRASIL, 2001c; BRASIL, 2006b).

2.4- RESULTADOS E DISCUSSÃO DO SABER CONVIVER

Eu não preciso ser você, porque eu tenho você ao meu lado.

Reconheço o valor do outro que é diferente de mim.

O importante é o processo de busca e o encontro do “eu” com o “outro”.

O outro é parte e competência que me faltam.

A sabedoria está uma parte comigo e outra com você.

Nós dois formamos um ser novo.

Somos capazes de fazer juntos algo que um só não faz.

(André Alckimim)

O saber-conviver compreende a capacidade de relacionar-se pautado no respeito mútuo, valorização do ser-aí e no diálogo, representado pelo saber ouvir, saber escutar e saber lidar.

Durante a execução das atividades laborais, o Agente Comunitário deve ter a capacidade de saber-conviver com a equipe e, especialmente, com a comunidade, constituindo-se um requisito indispensável para a assistência de qualidade, em que o cuidar representa a essência do processo de trabalho dessa categoria. Diante disso, apresentaremos a percepção dos Agentes acerca do trabalho em equipe e com a comunidade.

1- A PERCEPÇÃO DO AGENTE SOBRE O TRABALHO EM EQUIPE

O trabalho em equipe representa tanto um aspecto inovador quanto indispensável para a implementação do fazer dentro da Estratégia Saúde da Família. Diante dessa colocação, os Agentes de Saúde percebem esse fazer coletivo como:

IC1- O trabalho em equipe pauta-se construção de objetivos comuns.

DSC- “Pra mim é bom, é bom, é, é porque na equipe tem que ter os mesmos objetivos, trabalhar as mesmas coisas; eu nunca tive dificuldade de trabalhar em equipe, sempre tive facilidade, acho tranquilo”.

Nesse discurso, os Agentes colocam em evidência que a equipe deve construir os objetivos de forma coletiva associado ao plano para alcançá-la, o que encontra correspondência com a definição de equipe apresentada por Honorato e Pinheiro (2007), que contempla um conjunto de profissionais engajados em prol da realização de determinada ação que foi estabelecida socialmente.

IC2- O trabalho em equipe complementa o fazer individual, resultando em resolução e co-participação no processo de cuidar.

DSC- “A equipe tem que ter companheirismo, tem um caso que a minha colega tá precisando de minha ajuda, pra ir lá fazer uma visita, a gente vai lá e faz, ou se eu tenho um problema e não sei como resolver sozinho, aí eu recorro às meninas [os outros profissionais], não só eu mais todo mundo né: ‘Gente mim dá uma

opinião, o que você acha que a gente pode fazer', eu acho que é companheirismo mesmo o trabalho em equipe".

Os Agentes destacam que o companheirismo, com a troca de conhecimentos e experiências, é a essência de um trabalho em equipe, de acordo com as opiniões de autores como Araujo; Rocha (2007) e Bonaldi et al. (2007) que acreditam que o cuidado deve contemplar a comunhão de saberes e fazeres em busca da produção de ações de saúde, uma vez que a realidade da comunidade é complexa e o seu enfrentamento necessita de visão e ação interdisciplinares, pois os problemas são contextualizados e necessitam de encontro, de práticas em um profissional que precisa da ajuda do outro.

Esse encontro de saberes e fazeres resulta no sentimento de troca entre os membros da equipe de saúde, levando ao sentimento de pertencimento, expressa na Ideia Central e no DSC abaixo.

IC3- O trabalho em equipe favorece um sentimento de pertencer a uma família profissional fundamentada na ajuda mútua, na empatia e no respeito.

DSC- "Trabalho em equipe é querer pra mim o mesmo o que eu quero pro meu colega, a equipe tem que ter os mesmos objetivos, trabalhar as mesmas coisas, eu acho que é um ajudar o outro como uma família, se um não pode fazer aquilo na hora: 'Oh, colega faz aqui que tô ocupado, dá uma ajudinha', e o outro tá fazendo. Também deve respeitar o outro, sabe, pessoas diferentes, pensamentos diferentes, eu acho que a gente tem que tá respeitando o espaço do outro; e nem sempre todo mundo pensa assim gerando aquelas brigas, é uma família. Tem os dias que às

vezes tá de mal humor , mesmo que às vezes a gente não deve refletir isso, as vezes escapole, né, então, assim, é muito bom trabalhar em equipe”.

O trabalho realizado em equipe para os Agentes de Saúde perpassa pelo compromisso com o outro, o respeito mútuo e empático, com o compartilhamento de objetivos e metas por meio da comunicação efetiva e a escuta do outro, levando a uma espécie de sintonia entre si, chamado por Bonaldi et al (2007) de agir em concerto por meio da orquestração do trabalho com sentimento de pertencimento e responsabilidade coletiva como uma família. Assim, reconhece-se o saber do outro como o pilar do cuidar, em que os erros e os acertos são realizados e visualizados coletivamente.

Esse sentimento de família é uma extensão do cuidar prestado às famílias adscritas, pois os colegas de trabalho devem ser tratados como um prolongamento de sua família.

IC4- O trabalho em equipe favorece a valorização do profissional por meio da contribuição e complementação das ações.

ECH Mikael- “A nossa equipe é muito boa, muito unida, assim, eu mim sinto muito importante na equipe, né, que eu acho assim, que uma Equipe de Saúde da Família, não é só o Agente, não eu, é uma equipe inteira que precisa trabalhar com muita união e eu mim sinto, né, uma utilidade muito grande, né, de cada um membro da equipe, a importância muito grande de se trabalhar em equipe”.

A contribuição de Mikael demonstra que a superação e a ruptura do paradigma cartesiano ocorrem por meio do respeito e da valorização do profissional como membro de um grupo, demonstrando que as equipes de saúde de Montes Claros estão promovendo a mudança do modelo assistencial fundamentado na integralidade, no trabalho em equipe e na quebra da divisão do processo de trabalho.

IC5- O trabalho em equipe é compreendido como ação de uma “catraca” com a interligação das partes na formação de um processo de cuidar completo.

ECH Omael- “O meu trabalho é passar pro outro, seu eu não faço o meu serviço, o outro não vai fazer na frente, eu tenho que dá conta da minha produção, pro médico fazer a dele, pro enfermeiro, pra ele poder fazer a dele bem. A gente depende da ajuda de todo mundo, porque não adianta o médico tá ali pra atender se eu não indico o paciente ou então o médico mim encaminha a pessoa pra fazer acompanhamento e eu não dou conta de fazer o meu trabalho, eu acho que aqui é desse jeito, **trabalhar um ajudando o outro, né, é como se fosse uma catraca, ela roda, se faltou um dente daquele ali os outros não vão funcionar bem.** Então, a dificuldade que a gente tem é justamente essa, quando falta um Agente de Saúde, a gente tem que cobrir a área do outro, sobrecarrega muito, você deixa sua área pra poder atender a do outro, muitas vezes o pessoal fala ‘Ah, o Agente não aparece lá em casa’, a gente só vai entregar um encaminhamento, entregar um

exame, marcar uma consulta, entregar o pedido mas a visita fica a desejar”.

Omael faz uma analogia do trabalho de equipe a uma Catraca, um sistema de engrenagens em que a comunicação é o eixo central na inter-relação de fazeres profissionais, com a passagem do trabalho apenas individual para uma ação coletiva, proporcionando o aumento da capacidade de criação e transformação com mais autonomia. Isso deve acontecer sempre em um processo de composição, não apenas como reunião de indivíduos e sim como uma política de coletivo, com uma dimensão mais ampla do fazer saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007; HONORATO e PINHEIRO, 2007; BARROS; BARROS, 2007).

2- A PERCEPÇÃO DO AGENTE SOBRE O TRABALHO COM A COMUNIDADE

A Agente de Saúde tem suas atividades voltadas e destinadas à comunidade, famílias e indivíduos, por meio da definição e conhecimento da comunidade e sendo, portanto, fundamental conhecer a visão desses sujeitos sobre o trabalhar em comunidade, já que o Agente é o promotor do vínculo da equipe com a comunidade.

IC1- O trabalho com a comunidade é percebido como tarefa difícil se relacionado a interesses diferentes entre dois personagens - equipe e comunidade.

DSC- “É muito difícil trabalhar com a comunidade, sabe, porque a gente chama pras reuniões é pede pra tá vindo, né, que vai ser bom, a gente fala que, é, tem muitas informações que eles não sabem e que a gente não consegue transmitir todas, e nas reuniões

é que eles vão tá sabendo melhor. Porém, eles não participam das reuniões, e é difícil mas é tranquilo”.

A dualidade de interesses atrapalha o relacionamento com a comunidade, uma vez que a equipe centra suas ações na promoção e na prevenção, enquanto que a comunidade valoriza apenas as ações curativas e assistenciais, gerando um conjunto de expectativas que, muitas vezes, não é atendida por ambas as partes envolvidas.

A relação profissional encontra-se pautada nas expectativas prévias que irão gerar a satisfação com a assistência ou não, com conotação maior no caso dos Agentes, pois essa relação é a base de seu papel.

IC2- O trabalho com a comunidade é percebido como tarefa fácil se relacionada ao conhecimento e ao compromisso com a comunidade.

DSC- “Trabalhar com a comunidade é melhor, quando o Agente conhece a comunidade é tranquilo, então não tem muita dificuldade, entretanto se a pessoa não tem muito conhecimento da comunidade, mas ela é uma pessoa que tá ativa, tá sempre querendo resolver situação do pessoal da comunidade, eu acho que não tem dificuldade, logo, logo ela consegue ganhar a simpatia do pessoal”.

O conhecimento da comunidade é um pré-requisito para ser Agente e fazer parte da equipe de saúde, já que o candidato deve ter no mínimo dois anos de residência no território (BRASIL, 2002); e os Agentes deixam bem claro que conhecer a comunidade

facilita o relacionamento com as famílias, além de proporcionar a capacidade de interação e de comunicação e, acima de tudo, o desejo de ajudar o próximo, tendo em vista que compreende de dentro os aspectos comunitários, proporcionando a construção de vínculos.

Destaca-se, então, que, de acordo com esse fato, estão as colocações de Silva et al (2008) de que a exigência de ser morador da comunidade fornece a esse profissional a compreensão da comunidade vista de dentro dos seus aspectos comunitários e aliado à construção de vínculos, com o estabelecimento de formas efetivas de comunicação.

Diante disso, o saber fazer tem como uma das atividades desenvolvidas pelo Agente o diagnóstico de saúde e da comunidade, que é lembrado como aspecto que facilita o trabalho com a comunidade.

3- PERCEÇÃO DOS AGENTES SOBRE A INTERAÇÃO DA EQUIPE COM A COMUNIDADE

O Agente de Saúde exerce a função de laço entre a equipe e a comunidade, realizando um contato permanente com as famílias acompanhadas e promovendo a efetivação do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Nessa vertente, é importante conhecer a percepção dos Agentes acerca dessa interação.

IC1- A interação equipe-comunidade ocorre de forma positiva por meio do respeito mútuo com aceitabilidade, receptividade e respeito recíprocos.

DSC- “Tem uma boa interação, o Agente é bem aceito e a comunidade respeita, porque o respeito é recíproco, né; tem as

dificuldades como toda equipe, porque sempre tem aqueles que sempre criam um problema, mais, a grande maioria é receptiva, a grande maioria aceita bem”.

Por meio do discurso, é possível concluir que os Agentes percebem de forma positiva a interação da equipe com a comunidade assistida, desde que seja pautada no respeito mútuo e na postura ética. Esse aspecto também é contemplado por autores como Barros; Pinheiro (2007), quando comentam que o saber-fazer deve valorizar as experiências vividas e estar fundamentada em valores como engajamento, cooperação, valorização, e comunicação.

IC2- A interação equipe-comunidade ocorre através do Agente Comunitário, que funciona como elo.

ECH Omael- “A interação, ela acontece através do Agente Comunitário de Saúde; eu sou responsável pela interação, a comunidade, pra ela chegar à unidade de saúde, pra ela ter acesso ao Programa Saúde da Família, ela tem que passar primeiro pelo Agente de Saúde, quando o Agente de Saúde encaminha ela, certo, aí, ela já começa a usar, a fazer uso do que o Agente tem proposto, a gente funciona como um elo, né, entre a comunidade e a unidade de saúde”.

O discurso do Omael ilustra o verdadeiro papel do Agente de Saúde de realizar a interlocução com a comunidade, funcionando como porteiro do serviço de saúde,

conforme o atributo da atenção primária de primeiro contato, que representa a oportunidade de acesso e uso oportuno dos serviços (Starfield, 2002).

IC3- Orientação da comunidade por meio de atividades educativas e diálogo.

DSC- “A gente sempre faz nas reuniões, né, tendo a oportunidade de falar o Agente fala, muitas vezes a gente indica pra equipe, pra fazer reuniões com a comunidade”.

O Agente, como elo, promove a interação equipe-comunidade por meio de ações educativas e de orientação familiar, tanto no âmbito domiciliar quanto coletivo, a educação em saúde representa, segundo o autor Vasconcelos (2001; 1999), o espaço de interlocução do saber científico com o saber popular, constituindo-se um processo participativo de formação de sujeitos em prol da saúde, que vão gradativamente assumindo o controle de sua saúde.

4- ASPECTOS DO PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE QUE A EQUIPE DEVERIA COMPREENDER NA PERCEPÇÃO DO AGENTE

O homem é um ser aberto ao ser; um ser que compreende o ser, um ser-com-os outros, revelando-se aos outros. Para isso, faz-se necessário que a equipe compreenda o processo de trabalho do Agente vista da percepção do mesmo, uma vez que, para compreender uma coisa, é necessário vivenciar, experimentar. E isso se revela por meio do discurso; esses discursos e suas ideias centrais representam a percepção do Agente sobre o processo de trabalho que a equipe deveria compreender e contribuir (HEIDEGGER,1999; HEIDEGGER, 1981;STEIN,1988).

IC1- A equipe não precisa de nenhuma informação adicional.

DSC- “A minha equipe sabe tudo, não fica nada pra gente, tudo que a gente passa na área, tudo que a gente encontra, a gente passa pra equipe da gente e, assim, aqui todo mundo sabe sobre o processo de trabalho”.

Alguns Agentes comentam que a equipe está em sintonia, não necessitando de informações adicionais, assim como dita o documento de Brasil (2005b), enfatizando que os membros da equipe devem estar em sintonia entre si na escuta do outro, com estabelecimento de um canal de comunicação estreito e interação recíproca, ocorrendo um saber/fazer comum e não necessitando, portanto, de informações adicionais.

IC2 – Os aspectos negativos do processo de trabalho que geram sobrecarga: atividades internas e administrativas, em especial agendamento de consultas e exames.

DSC- “Ah, eu acho que deveria ver, que a gente não é marcador de consulta, a tecla que eu bato muito é da questão da demanda de consultas, porque eu acho que um assunto que tá bem assim sabe, sobrecarregando o Agente de Saúde e atrapalha um pouco e tem muitas atribuições que o Agente faz hoje que fica na recepção. No dia que fica na recepção, ele trabalha muito, a pessoa que vem procurar o Agente dele e ele não encontra, aí descarrega tudo no Agente que tá na recepção. Eu acho assim, a recepção teria que

ser uma pessoa neutra, né, um Agente administrativo, porque ele vai repassar as informações”.

Os Agentes mencionam que a equipe deveria saber que as atividades que envolvem o agendamento de consultas e exames e as atividades internas e questões administrativas atrapalham o desenvolvimento do verdadeiro papel do Agente, que é de promotor da saúde por meio do trabalho com as famílias. Os documentos do Ministério da Saúde que regulamentam as atribuições dos Agentes não contemplam essas atividades referidas, o que nos leva a questionar: Por que os Agentes realizam o papel de Marcador de Consulta? Os Agentes são unânimes ao declarar que ser promotor da doença ocasiona sobrecarga e dificulta o relacionamento com as famílias, que vinculam satisfação com a obtenção de consultas e exames e supervalorizam a doença ao invés da saúde.

A saída para ultrapassar esse equívoco é por meio do trabalho em equipe, em que cada profissional compartilha as experiências e as angústias vivenciadas pelo outro em prol da efetivação da Estratégia Saúde da Família.

IC3- Acompanhar as atividades dos Agentes Comunitários de forma mais próxima.

DSC- “Eu acho que, entende, só que, eu acho que, que falta assim um pouco de acompanhamento de perto, acompanhamento das atividades dos Agentes Comunitários de forma mais próxima, indo mais na visita com os Agentes. Eles devia participar mais com a gente, então igual na marcação da consulta mesmo a gente fica só,

né então se o enfermeiro tivesse ou o médico dava uma segurança maior, né, pra poder decidir na marcação de consulta”.

O DSC destaca que a equipe deveria realmente ter suas ações voltadas para o trabalho em equipe por meio do cuidar compartilhado, em que ocorre o acompanhamento das atividades promovidas pelo Agente, em especial no agendamento de consulta, que é modelo assistencial centrado na doença e também nas visitas domiciliares. Esse acompanhamento mais próximo permitirá a inversão do modelo de saúde e a mudança de paradigma da doença para a saúde, pois os Agentes destacam que a ação interdisciplinar deve ser conhecida e realizada pelos membros da equipe de maneira efetiva, sempre almejando à transdisciplinaridade.

Essa ação interdisciplinar permite o ato de troca, a reciprocidade de saberes entre os membros na busca da compreensão da realidade complexa e necessita de vários pontos de vista, já que ninguém é dono da verdade absoluta, e sim possuidor de uma verdade relativa. E só por meio da ajuda mútua e do diálogo é que ocorrerá o verdadeiro trabalho em equipe (FERREIRA; 1999).

IC4- Conhecer os aspectos positivos do processo de trabalho do Agente.

ECH Aniel- “Oh, talvez fosse interessante que soubesse mais sobre as dificuldades mesmo do outro, às vezes, saber também aquilo que você faz de bom, né, porque só criticar, às vezes é muito fácil, mesmo é saber o que você fez de bom, prá tá talvez levando pra outros”.

Barros; Barros (2007) destacam esse fato, mencionando que a comunicação dentro da equipe deve ocorrer através de uma rede dialógica que permita a autonomia dos participantes na lógica de uma política de coletivo com a saúde, compreendida de forma ampliada, em que cada membro tem sua contribuição na formação de um todo, com socialização das informações e das atividades e não apenas como a mera reunião de indivíduos.

Por meio dessa rede dialógica, ocorrerá, conforme destacado pela ECH Aniel, o conhecimento de todos os aspectos do trabalho, não apenas os pontos fracos mas também os pontos fortes e as suas contribuições na realização do processo de trabalho. Reis et al (2007) destaca que a escuta do outro sempre aproxima os membros da equipe com o estreitamento dos vínculos; essa escuta deve ir além da mera audição e estar centrada na compreensão do outro, na captação das expressões e gestos.

5- ASPECTOS DO PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE QUE A COMUNIDADE DEVERIA CONHECER E COMPREENDER NA PERCEPÇÃO DO AGENTE

O homem é um ser no mundo e com o mundo, o Agente é um ser comunitário e com a comunidade e é capaz de relacionar-se, projetar-se, de transcender. Esse ser de relações que é o Agente de Saúde tem na comunidade a sua transcendência de estar com os outros (FREIRE, 1983).

Diante disso, é fundamental saber a percepção do sujeito desse estudo (SER) sobre os aspectos que a comunidade (SER-AÍ) deveria conhecer e compreender acerca do fazer do Agente de Saúde.

Todas as ICs e os DSC apresentadas abaixo têm uma raiz única e uma solução comum. Diante desse fato, a percepção dos Agentes será apresentada e comentada de forma coletiva no final de todos os discursos.

IC1- Desmistificar o papel de marcador de consulta e Valorizar o verdadeiro papel do Agente Comunitário: Promotor da Saúde.

DSC- “Eu acho que deveria ter uma divulgação maior, porque por a gente marcar consulta, eles [a comunidade] vê muito o Agente como marcador de consulta, por mais que a gente fala ‘oh o papel do Agente não é só de marcar consulta, a gente trabalha com a prevenção de doença, promoção de saúde, que ele tá lá pra prevenir doença’, eu acho que deveria ter uma divulgação mais, sabe, até mesmo da secretaria” [Secretaria Municipal de Saúde].

IC2- Divulgação da função do Agente Comunitário de Saúde.

ECH Rafael- “Eu acho que deveria saber mais, o que, o que é Agente é, qual a função do Agente, né, porque às vezes eles quer além, né, além da visita, eles quer que marque, quer que leve na hora certa, quer, quer, não quer ter mais trabalho, tem o Agente, o Agente faz tudo, ele não quer nem mais deslocar, não vem aqui nem pegar um exame, né”.

IC3- Conhecimento das dificuldades enfrentadas pelos Agentes de Saúde.

ECH Mikael- “Por exemplo, um encaminhamento da secretaria, eles acham que o Agente de Saúde que marca, se tá demorando a culpa

é do Agente de Saúde ou a culpa é do PSF. Por mais que você explica a forma de marcação, eles não entendem, eles querem porque querem, cada um acha que a sua dificuldade é maior, mais assim não entende a forma mesmo, eles acham que, que você tem que dá um jeito, um jeitinho de passar na frente”.

IC4- Divulgação do Objetivo da Estratégia Saúde da Família.

DSC- “Ah, eu acho que devia ser mais divulgado, tem que ser mais exposto o papel do saúde da família, né, olha a comunidade, assim, a maior dificuldade dela é ainda entender e aceitar o que é uma equipe de saúde da família, ou, ou eu não sei se é porque eles não querem entender, eles não querem aceitar ainda, o que é o trabalho do saúde da família. Então, a gente tem essa dificuldade ainda, porque ainda é a inversão do modelo, e a gente sabe que vai levar muito tempo ainda, pedir pra comunidade tá mais interagindo com a gente, porque eles é, é assim em relação à consulta, essas coisas, eles sabem vim aqui, entendeu, mas quando tem uma atividade igual, quando é parte de educação, eles ficam mais recuados”.

A valorização das atividades curativas centrada na doença traduz o paradigma flexneriano instituído no mundo desde 1910 e presente no imaginário da população. A ruptura desse paradigma é o objeto da Estratégia Saúde da Família, que tem o Agente como porta voz da superação do modelo, com a priorização da promoção da saúde e prevenção de doença (MENDES, 1999; PAIM, 1999).

O Agente Comunitário facilita o laço estabelecido entre o sistema de saúde e a comunidade, sendo, muitas vezes, responsabilizado pela ineficiência e ineficácia do sistema no que diz respeito às atividades curativas - consultas e exames. Muitas vezes, o seu reconhecimento e valorização centra-se no acesso a essas atividades, dificultando a compreensão por parte dos usuários acerca do papel do Agente como promotor da saúde e não da doença.

A saída apontada pelos Agentes entrevistados é o processo de educação, com a sensibilização da comunidade acerca da verdadeira atribuição do Agente – PROMOTOR DA SAÚDE, uma vez que a educação é permanente, em que todos estão se educando em comunhão e afirmando-se como homens em integração com o mundo e mediados pelo mundo (FREIRE, 1983; FREIRE; 1987).

6- REFERENCIA PROFISSIONAL NO ENFRENTAMENTO DE SITUAÇÕES DE RISCO/AREA DE RISCO

Para compreender situações de risco, é necessário definir a palavra risco, que significa a probabilidade de alguém ou grupo populacional sofrer um dano em sua saúde. Também existe área de risco, que é o local com situações de risco, seja ambiental e/ou sanitário, indicadores desfavoráveis, barreiras geográficas ou culturais que dificultam o acesso e acessibilidade aos serviços de saúde aliado a grupos específicos que têm a probabilidade maior de adoecer e morrer (BRASIL, 2000a; BRASIL, 2004; MENDES, 1992).

O Agente Comunitário tem como uma de suas competências a identificação dessas situações e populações de risco por meio do diagnóstico de saúde e da comunidade e, junto com a equipe e a comunidade proporem, através do planejamento, as soluções e meios para o enfrentamento dessas situações.

Para realizar o enfrentamento de situações de risco, os Agentes Comunitários entrevistados recorrem à equipe. Entretanto, a maioria procura o profissional enfermeiro (09), outros (05) procuram os profissionais de nível superior - médico e enfermeiro, e apenas 01 procura primeiramente os colegas de nível médio - Agente e auxiliar de enfermagem - para depois recorrer aos demais.

Pode-se perceber que todos procuram o enfermeiro como ponte direta das dificuldades encontradas na comunidade e a solução para as mesmas. Isso se fundamenta no fato de o enfermeiro ser mais receptivo, com acesso mais fácil quando associada à dificuldade de relacionar com o médico em virtude do horário em que se encontra na unidade de saúde.

DSC- “Eu procuro é, é primeiro o enfermeiro, que é responsável pela equipe, alias é mais fácil trazer pros enfermeiros, quando chego lá encontro dificuldade, trago pra ele, ele é um elo, ele tenta resolver da melhor maneira possível, aí se o enfermeiro não consegue resolver, muitas vezes 80% dos casos a enfermeira resolve. Quando ela não pode, ela passa pra frente, eu também vou direto no médico, porém procuro mais os enfermeiros, porque o médico assim a gente tem mais de difícil acesso com o médico, devido o horário que o médico chega, geralmente muitas das vezes a gente já não tá na unidade. Tem vezes que a gente passa muito tempo, porque se a gente fica pra resolver algum caso, a gente demora, aí como a enfermeira chega um pouco mais cedo, geralmente a gente espera a enfermeira chegar e passa o caso”.

Outra explicação para a procura maior pelo profissional enfermeiro repousa na questão histórica, desde a sua gênese, quando ainda era PACS. Esse profissional foi apontado pelo Ministério da Saúde como a referência para os Agentes a quem ele estaria vinculado. Tal vínculo permanece na equipe de saúde do município de Montes Claros; constatação também encontrada no estudo de Silva e Dalmaso (1991), destacando que o enfermeiro foi reconhecido pela maior parte das equipes entrevistadas.

7- PERCEPÇÃO DOS AGENTES SOBRE A ESTABILIDADE NA PROFISSÃO E SUAS IMPLICAÇÕES NEGATIVAS E POSITIVAS

O outro aspecto que deve ser destacado é a estabilidade, uma vez que os Agentes só foram reconhecidos como profissão apenas em 2002, com a regulamentação da Lei 10.507, ou seja, onze anos depois da criação nacional do PACS, e, somente em 2006, é que foi estabelecido o primeiro passo em busca da desprecarização dos vínculos trabalhistas.

Isso posto, é necessário conhecer a percepção dos sujeitos sobre a estabilidade na profissão e a repercussão da falta dela.

IC1- A falta de estabilidade ocasiona receio e preocupação que atrapalham o desenvolvimento e o desempenho nas atividades, especialmente relacionadas ao aspecto mental e sobrecarga.

DSC- “Fica todo mundo inseguro e com receio, eu tenho medo que entrando um prefeito e querer mandar tudo embora, e fica todo mundo: ‘Oh, meu Deus será que eu vou continuar, será que eu não

vou', né, corre muito boato, que às vezes é, é a gente não é concursado, a gente é, é contratado sempre fica com o pé atrás, mim preocupa, no caso porque você não sabe quanto tempo tem, hoje você tá muito bem empregada e amanhã? Casada com filho e tudo e porque eu não posso fazer compromisso; né, porque a gente não tem segurança nenhuma; a qualquer momento a gente pode tá na rua, é muito complicado, devia ser um pouco mais seguro, ou concursado melhor ainda. A gente comenta com os Agentes de outras equipes é, o medo porque, eu sou o sustento da família né muitas vezes aparece um serviço ou eu fico sabendo de um serviço, aquilo eu fico não sei se você sai ou você não sai, entendeu, eu sei que eu desempenho bem o meu trabalho, mas a gente fica com medo de ficar desempregado, principalmente aqui em Montes Claros, que é difícil o serviço, né, a gente pensa duas vezes, porque aparece um serviço pra mim na empresa ali, né, de carteira assinada, tudo direitinho, todos os direitos. Então isso aí balança a gente, não é que a gente desanima por isso, e de certa forma se eu perder o serviço, porque pra mim continuar trabalhando com a minha comunidade vai ser um pouco difícil, porque assim eu vou ter que procurar outro serviço pra mim fazer, pra ganhar meu dinheiro, assim, porque além de ganhar meu dinheiro eu tô ajudando muita gente na minha área. Quando chega na época da política que, que assim ameaças, tem que ir na reunião, se não for é marcação serrada, isso dificulta, é claro que dificulta, a gente fica estressada, a gente fica com medo, a gente quando chega na época da política,

é um estresse, que seu trabalho não tem aquele rendimento. Quando você não tá numa outra época e no desenvolver das atividades, você tá, tá, mentalmente é, é preocupado com alguma coisa, então, as vezes o desempenho talvez não são do melhor. Também acontece, inclusive agora mesmo tem uma área descoberta, né, tá faltando um Agente, isso sobrecarrega pra os demais profissionais, essa área que está descoberta, eu, eu peguei uma rua dela pra poder tá atualizando a ficha A, pra poder tá entregando encaminhamento, pra avisar quando marcou uma consulta, alguma coisa, então, assim é, é muito difícil”.

IC2- A falta de estabilidade prejudica o planejamento das metas pessoais para o futuro e o estabelecimento de compromisso financeiro.

DSC- “Mim preocupa, no caso porque você não sabe quanto tempo tem, hoje você tá muito bem empregada e amanhã? Casada com filho e tudo, e porque eu não posso fazer compromisso, fico com medo de fazer compromisso, ninguém quer fazer consórcio porque todo mundo ficava com medo”.

A falta de estabilidade acarreta um sofrimento psíquico que gera instabilidade emocional, diminuição da qualidade de vida e dificulta a efetivação do cuidar, desagregando os laços com a comunidade; e o processo de trabalho deixa de ser algo prazeroso, passando a significar martírio e sacrifício, pois produz desgaste físico e mental, aumentando o risco de adoecer e morrer dos trabalhadores, caracterizados

principalmente pelas doenças ocupacionais e psicossomáticas, aliado à preocupação com o bem-estar da família.

IC3- A estabilidade na profissão proporciona o estabelecimento de diálogo efetivo sobre a dinâmica do trabalho da equipe de saúde e esclarecimento do papel do Agente.

ECH Benael- “Muito, eu acho, se o Agente fosse uma pessoa efetiva, né, eu acho que teria mais chance de chamar a pessoa, de falar: ‘Não é assim, não é no grito que você vai conseguir, a minha função aqui é essa, eu sou efetiva aqui, é assim que funciona, se você tem um pouco de paciência, nós vamos procurar te ajudar, da melhor maneira possível’, aí, ele consegue tudo, né, então ele acha que nós somos vagabundos, na rua a gente escuta: ‘Ah, lá vem essa mulher, fica só andando pra cima e pra baixo, não faz nada’; ele não sabe que você no dia, você já entregou mais de dez encaminhamentos, no dia você já orientou mais de seis famílias, ele não sabe disso, né, não sabe pra quantos avisa que não tem médico, né, o Agente liga pro centro de saúde, liga pra outro, liga lá no Maracanã, porque é uma lotação só, nós fazemos vaquinha aqui dentro, paga a lotação de fulano que não tem dinheiro pra ir, eles não sabem disso”.

O sujeito enfatiza que a efetivação irá proporcionar um diálogo mais franco com as famílias, representando de fato o tradutor do saber com o compartilhar da realidade; Brasil (2004) destaca que, desde o início da efetivação do PACS, o Agente vivencia constantes

ameaças de desligamentos. Apesar de ser considerado relevante, é tido como o elo mais fraco da corrente; como bem ilustra o discurso de Benaél, ao destacar que a efetivação retira das costas dos Agentes o temor, o medo de conversar com o usuário, especialmente quando tem que falar Não diante das demandas por consultas, uma vez que a população reconhece mais os aspectos do modelo curativista e médico-centrada.

IC4- A falta de estabilidade não interfere na realização adequada do serviço para os profissionais comprometidos.

DSC- “A pessoa que desenvolve o trabalho, faz o trabalho bem feito, ele tem a segurança maior e não atrapalha não, não tem medo, não”.

Alguns Agentes mencionam que a falta de estabilidade não causa motivo de sofrimento e sim promove motivação, pois profissionais comprometidos não possuem temor e medo.

8- ROTATIVIDADE DE PROFISSIONAIS NA EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA: PERCEPÇÃO DOS AGENTES

Apesar do receio e da falta de estabilidade, os Agentes comentam que a ocorrência de desligamento dos profissionais é difícil acontecer e quando ocorre é motivada por questões pessoais, dentre elas a busca de novos horizontes e outras ligadas ao *stress* proporcionado pelo processo de trabalho ou a visão equivocada do trabalho, resultando em decepção.

IC1– Busca de novos horizontes profissionais motiva a rotatividade.

DSC- “As, as, as pessoas saíram do PSF até hoje foi pra poder encontrar um, um jeito melhor de viver, um trabalho melhor, esse, esse rapaz que, que saiu foi trabalhar de técnico, foi ganhar mais e trabalhar menos e a outra foi embora pra Belo Horizonte por questões pessoais. Eles saíram, tem duas áreas descobertas”.

IC2- O processo de trabalho causa sofrimento profissional e stress, motivando a rotatividade.

ECH Mikael – “No caso dos Agentes que saíram, eles falaram que estavam estressados, né, que estavam estressados, já não tavam aguentando mais”.

IC3- Visão equivocada do processo de trabalho motiva a rotatividade.

ECH Manael- “Eu já recomendei para minha irmã só que ela entrou e não gostou da experiência e saiu, ela não deu conta, ela disse que não era o que ela esperava, ela pensava que era diferente, que não era pra ir todo mês na casa, visitando, e que as pessoas também não tava aceitando o programa e às vezes nem recebia ela, né”.

A rotatividade tem como fator desencadeador os processos de frustrações, tanto no aspecto pessoal quanto no psíquico e nas expectativas que não são contempladas pelo processo de trabalho. A esse fato agrega-se outra questão, que é o desejo de crescer por meio da busca de reconhecimento e valorização técnica e financeira, como também

visibilidade profissional em busca da almejada estabilidade e vínculos trabalhistas que garanta os seus direitos, proporcionando qualidade de vida para sua família.

Essa questão também foi retratada em outros estudos, como Bachill et al.(2008), Lunardelo (2004) e Silva e Dalmaso (2002), revelando que essa questão não é privativa de Montes Claros, portanto uma reflexão nacional.

Vale ressaltar que a busca de novos horizontes para alguns Agentes foi motivado pelo curso de Técnico de Enfermagem, que possibilitou melhores condições salariais e estabilidade, o que é retratado no DSC:

DSC- “Então a maioria dos Agentes que saiu foi os Agentes que fizeram o curso técnico e então o curso técnico favoreceu eles mais na questão pessoal, pra poder encontrar um, um jeito melhor de viver, um trabalho melhor, esse, esse rapaz que, que saiu foi trabalhar de técnico, foi ganhar mais e trabalhar menos; e então o curso técnico acabou sendo um prejuízo para o Agente e bom pro indivíduo. E surgindo a oportunidade acho que vão mesmo”.

Diante do discurso, devemos refletir sobre o impacto da qualificação do Agente em outras áreas de atuação profissional, em especial da enfermagem. Surgem, então, questionamentos como: Qual o ganho real para a equipe com essa qualificação em auxiliar de enfermagem? Qual o ganho real para o profissional?

A saída de alguns Agentes ocasiona sobrecarga nos demais, pois os que permaneceram na equipe tiveram que assumir as funções das áreas descobertas:

ECH Rafael- “Acontece, inclusive agora mesmo tem uma área descoberta, né, tá faltando um Agente, isso sobrecarrega pra os demais profissionais. Essa área que está descoberta, eu, eu peguei uma rua dela pra poder tá atualizando a ficha A, pra poder tá entregando encaminhamento, pra avisar quando marcou uma consulta, alguma coisa, então, assim é, é muito difícil”.

O processo de trabalho deve ser fonte de prazer/alegria e não de sofrimento; o profissional deve evitar na prática a vivência do conceito de trabalho que deriva de *Tripalium*, instrumento de tortura, e do seu outro significado que se relaciona à desgaste de energia.

Os Agentes lidam cotidianamente com angústias, conflitos, cobranças, obstáculos e, acima de tudo, lidam com o sofrimento alheio, que resulta em sofrimento também para o profissional, já que sofrimento gera sofrimento que acaba se manifestando como sintomas psicológicos que configuram sintomas de *stress*. Isso motiva o afastamento e o desligamento imediato da fonte de sofrimento, que é o trabalho aliado à sobrecarga de função ocasionada pela equipe incompleta.

Essa situação nos remete a uma reflexão de como manter a saúde mental de profissionais que estão na linha de frente na construção da inversão do modelo assistencial, e que possuem como objeto de trabalho o ser humano, que vive em uma realidade injusta, permeada de conflitos, sofrimento e a sensação de impotência é dominante.

Fica, dessa forma, uma pergunta a ser pensada: “Qual o caminho para evitar a rotatividade motivada por frustrações? Eis a questão.

CAPITULO V

"Não conheço nenhum fato mais animador do que a incontestável capacidade do homem de elevar sua vida pelo esforço consciente."

Henry David

PRODUTOS ALCANÇADOS I

ARTIGO 1

A EXPRESSÃO DA ÉTICA PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM SEU EXERCÍCIO PROFISSIONAL: UM ESTUDO NO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS/MG

THE EXPRESSION OF ETHICS FOR COMMUNITY HEALTHCARE AGENT IN YOUR PROFESSIONAL EXERCISE: A STUDY IN CITY OF MONTES CLAROS / MG

RESUMO

Este estudo objetiva identificar a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Estratégia Saúde da Família da cidade de Montes Claros (MG) sobre aspectos éticos envolvidos em sua prática profissional e identificar as ações realizadas para garantir a confidencialidade das informações reveladas no processo de trabalho. Caracteriza-se como estudo qualitativo e descritivo, tendo como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada realizada com 15 ACS. A análise dos dados foi orientada pelo Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O estudo revelou que todos os Agentes afirmam que a ética é importantíssima na realização de sua função, haja vista que o seu processo de trabalho fundamenta-se em uma relação de confiança, que ocorre entre indivíduos que representam o saber científico (equipe) e o saber popular (famílias). No processo de saber-fazer do Agente, utilizam três Ideias Centrais (IC's) e seus DSC's para garantir a confidencialidade e a credibilidade que são: IC1- Demandas por dúvidas relacionadas à saúde e à doença são encaminhadas e discutidas com os membros da equipe, especialmente com quem tem as respostas e as soluções; IC2- Demandas pessoais não

são compartilhadas com a equipe e nem com outras famílias; IC3- Registro adequado com o destino adequado dos dados. Portanto, credibilidade e confiança são condições essenciais no estabelecimento das relações interpessoais e a postura ética é o caminho encontrado para inspirar essa credibilidade e confiança que permitem ao Agente entrar na intimidade da família e realizar o seu papel de elo equipe/comunidade.

DESCRITORES: Ética; Privacidade; Agente Comunitário de Saúde; Processo de Trabalho; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

This study aims to identify the perceptions of the Health Community Agents (HCA) of the Family Health Strategy of the city of Montes Claros (MG) on ethics issues involved in their professional practice and to identify the actions made to ensure that the given information in the work will be confidential. It is characterized as a descriptive and qualitative study having as the data collection techniques the semi-structured interviews whose participants were 15 HCAs. The data analysis was guided by the Collective Subject Discourse (CSD). The study revealed that all agents say that ethics is important in carrying out their function, considering that the process of their work is based on a relationship of trust that occurs between individuals who represent the scientific knowledge (team) and the popular knowledge (families). In the know-how process of the agent, it was used three central ideas (CI's) and CSD's to ensure confidentiality and credibility that are: CI1-. Demands for questions related to health and illness are sent and discussed with members of the team, especially for those who have the answers and solutions, CI-2 Personal demands are not shared with the team and neither with other families; IC3- Appropriate registration with the suitable destination of the data. Therefore, credibility and trust are essential conditions to the interpersonal relation, and the ethical attitude is the found way to inspire credibility and

confidence that allow the agent to get into the intimacy of the family and perform his role of team / community link.

Key Words: Ethics, Privacy, Community Healthcare Agent , Process Work; Family Healthcare Strategy.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família reconhece o contexto familiar como o espaço privilegiado para as ações de saúde e define a atenção primária como o nível do sistema de saúde que constitui a porta de entrada para todas as necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa e sua família e representando o eixo orientador determinante do trabalho dos demais níveis hierárquicos desse sistema¹.

A família passa a ser o sujeito do processo saúde-doença, com a definição do domicílio em um contexto social e histórico onde se constroem as relações intra e extrafamiliares. No seio familiar, ocorre a luta permanente pela sobrevivência, pela produção e reprodução e pela melhoria das condições de vida².

Para compreender a dinâmica familiar, o profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS) exerce a função de elo de interlocução entre as famílias e o serviço de saúde, uma vez que o mesmo faz parte da comunidade em que trabalha, representando a pedra angular desse processo de mudanças. O ACS passa a ser o grande responsável pela operacionalização das atividades desenvolvidas pela equipe, sendo essencial na organização da assistência, pois, pertencendo à própria comunidade que atende, vivencia os problemas onde mora, conhece as famílias, estabelece um vínculo com as mesmas, representando um elo entre a equipe e o usuário na construção do cuidado^{3,4}.

Para exercer o papel de interlocução comunidade-equipe, é exigida do Agente Comunitário de Saúde a obrigatoriedade de morar na área de atuação. Esse requisito

fundamenta-se na capacidade desse profissional de compreender de dentro os aspectos comunitários, proporcionando a construção de vínculos interpessoais e o estabelecimento de formas de comunicação aliadas à vivência do cotidiano com maior intensidade do que os outros profissionais da equipe. Esses, ao finalizarem as suas atividades laborais, retornam às suas residências localizadas em outros bairros, enquanto que os Agentes de Saúde retornam para o ambiente comum de vida profissional e pessoal, e os usuários assistidos no horário de expediente passam a ser vizinhos ^{5,6}.

O Agente Comunitário, durante o exercício de suas atividades, ao adentrar no domicílio, estabelece relações interpessoais com os moradores e obtém dos membros informações pessoais sobre a saúde individual e familiar, devendo garantir a privacidade e o destino adequado dos dados revelados. Tais atitudes estão embasadas em princípios éticos que determinam o que pode ser compartilhado com a equipe. Portanto, precisam discernir quais dados podem ser compartilhados ou não, observando sempre o direito da confidencialidade, garantindo a manutenção do segredo de todas as informações colhidas no exercício da profissão ^{6,7}.

O presente estudo objetiva identificar a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Estratégia Saúde da Família da cidade de Montes Claros/MG sobre os princípios éticos que regulam o seu exercício profissional, bem como visa identificar as ações realizadas para garantir a confidencialidade e a privacidade das informações reveladas no processo de trabalho.

MATERIAIS E MÉTODOS

A metodologia qualitativa foi escolhida para se pesquisar a partir do ponto de vista do sujeito, buscando amenizar a carência de material nessa perspectiva.

Optou-se, então, por entrevistar os Agentes Comunitários de Saúde das Equipes de Saúde da Família da cidade de Montes Claros/MG, situadas no pólo urbano que estivessem com mais de dois anos de experiência na profissão, apresentando, dessa forma, uma maior relação de trabalho e vivências com a equipe e a comunidade.

Foram previstas inicialmente 32 entrevistas, ou seja, uma entrevista por equipe de saúde da família, cada indivíduo sendo selecionado pelo número da respectiva microárea, uma vez que cada Agente é representado por números que coincidem em todas as equipes cadastradas. E os informantes foram selecionados através de sorteio aleatório do respectivo número da microárea, que foi o número 3, e também selecionada uma amostra de reserva que foram as microáreas próximas aos números 2 e 4^{8,9}.

Baseado no critério de saturação, ocorreu a repetição de informações sem novas contribuições, o que resultou na realização de 15 entrevistas que ocorreram durante o ano de 2008. Com o intuito de garantir uma representação do universo, optou-se por entrevistar os sujeitos agrupados em equipes por regiões geográficas e tempo de implantação da Estratégia, visando a verificar se os aspectos do processo de trabalho dessa categoria são diferentes em decorrência da comunidade/território, solo e processo, uma vez que os bairros em que as equipes estão implantadas são, na sua maioria, periféricos, porém com condições socioeconômicas distintas, variando de locais populosos a lugares com baixa densidade populacional com padrão social adequado. No quesito tempo de implantação das equipes, optou-se por entrevistar equipes que se encontravam em três fases: I- Recém-implantadas (ponto zero – dois a quatro anos); II- Equipes com tempo Médio (cinco a oito anos) e III- Equipes Antigas (nove a dez anos). Dessa forma, as equipes representariam o amadurecimento e implementação da Estratégia Saúde da Família na cidade de Montes Claros, favorecendo o processo de

triangulação na coleta de dados, garantindo maior confiabilidade e representatividade das informações.

Os Agentes foram convidados a participar da pesquisa após esclarecimentos sobre a mesma e assinatura do termo de consentimento. No presente artigo, são analisados os aspectos éticos, norteados pelas seguintes questões abertas incluídas no roteiro de entrevista: (1) O que você entende por ética? (2) Como você garante a privacidade do usuário?

Foi realizada a validação do roteiro por meio de um estudo piloto, que tinha por proposição a avaliação das questões e destaque de possíveis falhas na redação, complexidade das questões, imprecisão na redação, questões desnecessárias ou pouco informativas, portanto, que foram descartadas ou substituídas. O estudo piloto foi realizado em Dezembro de 2007, com dois Agentes de Saúde pertencentes a equipes que não foram incluídas na pesquisa, em decorrência de terem menos de dois anos de experiência, e contou com a participação da orientadora do estudo, proporcionando uma análise mais pormenorizada das perguntas.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora auxiliada por dois acadêmicos de graduação de enfermagem; os discursos foram gravados e transcritos na íntegra e analisados antes da realização de uma nova entrevista.

A interpretação do material ocorreu à luz da Análise de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), segundo o delineamento proposto por Lefèvre & Lefèvre^{10, 11, 12, 13, 14}. O DSC analisa as ideias centrais presentes nos discursos individuais, das quais se origina o discurso coletivo, como se “o discurso de todos fosse o discurso de um”. Para subsidiar o processo de reconstituição discursiva, utilizou-se o Software Qualiquantisoft desenvolvido pela Sales e Paschoal Informática (2008).

Para atender aos aspectos éticos, foram respeitadas todas as diretrizes previstas na Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde, que preconiza as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos¹⁵. O projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), sendo aprovado com o Parecer Consubstanciado nº. 880, em 23 de novembro de 2007. À coordenação das Equipes de Saúde da Família do referido município foi solicitada a autorização prévia para a realização da pesquisa, não sendo revelado nenhum dado isoladamente e tampouco a decisão individual do informante de participar ou não da pesquisa.

A cada um dos entrevistados, foi demandado o consentimento expresso para participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os entrevistados foram mantidos sob anonimato e os resultados apresentados com a utilização de nomes de Anjos, uma vez que os Agentes são considerados os Anjos da comunidade. Os nomes dos Anjos não têm relação com o gênero, já que anjo não tem sexo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos Agentes

Dos 15 Agentes entrevistados, a maioria pertence ao gênero feminino, perfazendo 87% com a prevalência da faixa etária acima de 27 anos, com uma pequena concentração em maiores de 35 anos. Contudo, a análise de seus relatos revela que desempenham a função de arcanjos de forma profissional e também pessoal, já que a maioria se encontra casada, com filhos, tendo que ser Anjos da guarda de sua família consanguínea e comunitária.

No aspecto relacionado à escolaridade, 73% (11) têm o 2º Grau completo, atendendo ao requisito mínimo de escolaridade para ser Agente. Outro requisito contemplado foi o tempo de residência na comunidade, constatando-se que a maioria morava em sua comunidade de trabalho há mais de 10 anos. Além disso, os resultados revelam que 73% deles estavam envolvidos em atividades comunitárias, proporcionando uma maior aproximação e conhecimento das famílias, facilitando a construção da credibilidade e da confiança essenciais para o processo de trabalho dessa categoria.

Quanto à opção pela função de Agente, embora a maioria tenha relatado uma condição de desemprego antes de iniciar sua atividade laboral, revelaram, seja por depoimento ou por atividades comunitárias prévias, o desejo de ajudar o próximo e a comunidade, sugerindo uma motivação vocacional.

Aspectos éticos relacionados ao exercício profissional

Todos os Agentes afirmam que a ética é importantíssima na realização de sua função, uma vez que o seu processo de trabalho fundamenta-se em uma relação de confiança, que ocorre entre indivíduos que representam o saber científico (equipe) e o saber popular (famílias).

A ética deve orientar a conduta dos homens em diversas situações, em especial no exercício da profissão, já que os Agentes realizam suas atividades no ETHOS, ou seja, na casa do homem, em que o domicílio é um espaço íntimo. Assim, faz-se necessária sua autorização para entrar em suas vidas por meio da visita domiciliar, o que requer a adoção de comportamentos que garantam os princípios éticos que subsidiam o estabelecimento e o estreitamento de vínculo^{16, 17}. O Agente Caliel (feminino, 27anos) destaca essa questão por meio da expressão chave (E-CH): *Vou falar pra ele, que ele*

pode tá confiando em mim, né, porque eu sou profissional, e, o que aconteceu, o que ele tá me relatando não vai sair, né do nosso meio.

Essa função de elo entre os saberes exige do Agente a confidencialidade, o sigilo e, acima de tudo, a postura ética, como visualizado na E-CH do Agente Aniel (feminino, 39 anos), que representa a importância da ética: “É uma das coisas que a pessoa tem que ter, né, a questão da postura, uma postura ética, porque a gente ouve, vê muita coisa, que né, que você viu e ouviu lá naquela casa, ficou lá, ou se for, né, se você tiver que passar, dividir com alguém, é com o profissional, né, seu colega que vai te ajudar, no caso é a enfermeira, mais assim pra outros jamais, né. A gente tem que ter essa postura e tem que saber como lidar com a situação, com o problema, com as demais questões de saúde, a gente ouve coisa muito íntima da pessoa, coisa assim, até segredos que você tem que levar pra você, pro túmulo”.

No processo de saber-fazer do Agente, a credibilidade e a confiança são condições essenciais no estabelecimento das relações interpessoais; e a postura ética é o caminho encontrado para inspirar essa credibilidade e confiança que permitem ao Agente entrar na intimidade da família e realizar o seu papel de laço.

Os Agentes de Saúde destacam a importância de garantir o princípio ético da privacidade e a necessidade de manter o sigilo e a confidencialidade, já que o seu fazer fundamenta-se na escuta do outro, na interação humana e especialmente na confiança.

Dessa forma, atitudes moralmente reprováveis, como fofoca, devem ser desencorajadas e repreendidas. Essa afirmativa também foi encontrada no estudo realizado por Fortes; Spinetti⁶ em que os profissionais pesquisados destacaram a importância da garantia da privacidade.

A equipe de saúde deve garantir a confidencialidade e a privacidade das informações reveladas no exercício profissional. Essa garantia é mais requerida para o

Agente Comunitário que vivencia o cotidiano da comunidade, por habitar a mesma localidade, tornando-se essencial discernir o pessoal do profissional. É preciso distinguir entre a sua inserção comunitária e a sua inserção institucional e saber lidar com os segredos que são revelados. Para garantir a ética, faz-se necessária a construção de metodologias que garantam a privacidade do usuário no tocante às informações pessoais, aliadas a competências e saberes que os profissionais devem possuir, instrumentalizando-os na implementação da assistência prestada às famílias⁶.

Uma das metodologias encontradas pelos Agentes de Saúde pesquisados para efetivar essa postura ética com a garantia da privacidade é a seleção das informações que devem ser compartilhadas com os membros da equipe e o destino adequado para as devidas soluções, como destacado por meio de três Ideias Centrais (IC) e seus respectivos DSC e ECh:

IC1- Demandas por dúvidas relacionadas à saúde e a doença são encaminhadas e discutidas com os membros da equipe, especialmente para quem tem as respostas e as soluções.

DSC1- “Ah, é, é, é só a pessoa é, é igual, é, se tem alguma coisa que você pode trazer pra unidade, que você deve, que você tem que trazer, você deve trazer, em relação à doença, quando você fica sabendo de alguma coisa, assim depende da pessoa que você vai poder passar, no caso se for o médico, a enfermeira, você vai passar pra eles, pra ver alguma resposta de algum é, é de alguma coisa que o paciente te perguntou, que você às vezes não soube responder, que você tem que perguntar, depois informar pra ele de novo, né, em relação a pessoa que tá com uma dificuldade, que a gente pode até tá ajudando alguma dúvida, entendeu? Aí você vai falar aquilo que você pode falar, a coisa

que você pode falar; agora você trazer coisas pessoais, que as pessoas às vezes até trata, morre com a gente, não é”.

Durante o exercício de suas atividades profissionais, os Agentes compartilham algumas informações e devem discernir quais os dados que podem ser informados aos demais membros da equipe subsidiadas na garantia da privacidade/intimidade contida na vida privada, aliada à confidencialidade. As informações reveladas devem estar limitadas àquelas essenciais ao exercício profissional na prestação da assistência ao cidadão, garantindo os princípios éticos da beneficência, não maleficência e principalmente respeito e veracidade ^{6, 7, 16}.

IC2- Demandas pessoais não são compartilhadas com a equipe e nem com outras famílias.

DSC2- “A gente ouve coisa muito íntima da pessoa, o quê a pessoa me falar fica comigo só, tem coisas assim que nem para a enfermeira eu conto, nem para o médico; coisa assim, até segredos que você tem que levar pra você, pro túmulo, morre com a gente, não é? Quando eu chego em outra casa, eu chego lá, não comento nada que eu vi numa casa. Acontece muito das pessoas chegar pra gente e contar casos da família ‘Aconteceu isso, conta caso da vizinho’, passo na outra casa, faço de conta que não sei de nada”.

Os segredos revelados na intimidade das residências podem resultar em risco para a vida dos Agentes e de suas famílias, já que algumas revelações podem conter atos ilícitos ou moralmente reprováveis. O fato de esses trabalhadores continuarem no local em que trabalham após o expediente os expõe ao risco de violência, enquanto que os demais profissionais, em especial os de nível superior, retornam às suas residências, que estão distantes do seu *lôcus* de trabalho⁶.

IC3- Registro adequado com o destino adequado dos dados.

ECH Miguel (Feminino, 32 anos) – “Ah, dentro das fichas, né, notifica, no caso a gente notifica e a ficha fica guardada direitinho e tal”.

Assim, além da postura ética estabelecida durante a entrevista realizada no contato com os moradores, outra forma de garantir a confidencialidade é por meio do registro, com o destino adequado dos dados, com a garantia da manutenção do segredo de todas as informações colhidas no exercício da profissão, já que o Agente passar a ser o guardião dos segredos que lhe foram revelados⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Agente de Saúde favorece a uma construção social de saúde e permite que a experiência do cuidado seja uma prática do cotidiano com a co-responsabilização do sujeito, promovendo uma atenção baseada no acolhimento, pois esse profissional traduz para a equipe, através da visita domiciliar, a realidade da comunidade e seus modos de vida, extrapolando a mera questão da doença. Também realiza o caminho inverso, traduz para a comunidade o funcionamento e os serviços prestados pela equipe, desempenhando, dessa forma, o relevante papel de intérprete de símbolos culturais, como a interpretação técnico-científico-biomédica⁵.

A credibilidade e a confiança representam os pilares que sustentam o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família, tendo o Agente como interlocutor e facilitador da criação de vínculos, porém qualquer situação que coloque em dúvida a credibilidade desse profissional atrapalha e impossibilita o estabelecimento de um canal de comunicação comunidade-equipe.

Isso posto, a credibilidade e a confiança podem ser conquistadas por meio da postura ética, que representa o caminho que permite ao Agente entrar na intimidade da família e realizar o seu papel de elo equipe/comunidade.

O cuidar, as interações humanas e os princípios éticos não devem ser negligenciados durante o exercício da profissão; e a ética é apresentada como formadora da consciência individual e coletiva para a obtenção de uma assistência de qualidade.

Pode-se perceber que as relações estabelecidas por meio do diálogo e da empatia são caminhos que devem ser trilhados por todos os homens, em especial pelo Agente Comunitário de Saúde, que alicerça seu processo de trabalho na comunicação, no cuidado, na mobilização comunitária e na ação/reflexão permeado pela ética e a bioética.

REFERÊNCIAS

1. STARFIELD, Bárbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços, tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: estratégia de organização dos serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção Básica e a Saúde da Família*. 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acessado em: 10/10/2006.

5. SILVA, Rafael Vieira Braga; STELET, Bruno Pereira; PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube. *Do Elo ao Laço: o Agente Comunitário de Saúde na construção da integralidade em saúde*. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo (org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2008.
6. FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; SPINETTI, Simone Ribeiro. *O Agente Comunitário de Saúde e a privacidade das informações dos usuários*. Caderno de Saúde Pública, v. 20, n. 5, Rio de Janeiro, set/out 2004. Disponível em: <http://www.scielo.com.br>. Acessado em: 08/10/2006.
7. FORTES, Paulo Antônio de Carvalho e MARTINS, Cleide de Lavieri. *A ética, a humanização e a saúde da família*. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 53, n especial, p. 31-33, dez 2000.
8. MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
9. BAUER, Martin W.; GASKELL, George. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
10. LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. *O discurso do sujeito coletivo como superação dos impasses no processamento de respostas a questões abertas*. 2006. Disponível em <http://www.ipdsc.com.br>. Acessado em: 08/03/2007.

11. LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. *O discurso do sujeito coletivo como expressão narrativa da quantidade*. 2006a. Disponível em <http://www.ipdsc.com.br>. Acessado em: 08/03/2007.
12. LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. *O sujeito coletivo que fala*. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. V.10, n. 20, p. 517-524, jul/dez 2006b.
13. LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramento)*. 2. ed. Caxias do Sul: Educ, 2005.
14. LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. *Depoimentos e Discursos: uma proposta de análise em pesquisa social*. Brasília: Líber Livro Editora, 2005a. 97 p. (Série Pesquisa; 12).
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: (Res. CNS 196/96 e outras)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.
16. GELAIN, Ivo. *Deontologia e Enfermagem*. 3. ed. rev. e atual. São Paulo: EPU, 1998.
17. BOFF, Leonardo. *Ética da Vida*. 2. ed. Brasília: Letraviva, 2000.

ARTIGO 2

A PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITARIOS DE SAÚDE DA CIDADE DE MONTES CLAROS/MG ACERCA DA FORMAÇÃO DO AGENTE ENQUANTO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

THE PERCEPTION OF THE HEALTH COMMUNITY AGENTS IN THE CITY OF
MONTES CLAROS / MG ON THE TRAINING OF THE AGENT AS A NURSING
ASSISTANT.

RESUMO

Este estudo objetiva identificar a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Estratégia Saúde da Família da cidade de Montes Claros sobre a formação profissional enquanto auxiliar de enfermagem. Caracteriza-se como estudo qualitativo e descritivo, tendo como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada cujos participantes foram 15 ACS. A análise dos dados foi orientada pelo Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O estudo revelou um número significativo de Agentes Comunitário de Saúde, no total de 10 (67%) que possuem o curso auxiliar de enfermagem, sendo que 60% dos mesmos ingressaram no curso por meio do PROFAE e os demais (40%) afirmam que o fato de possuírem anteriormente o curso profissional em enfermagem promoveu a motivação para ser Agente Comunitário. No aspecto relacionado à profissionalização dos Agentes Comunitários na área de enfermagem, os sujeitos do estudo destacaram duas ideias centrais e seus DSC's e ECH que são: IC1- Ser auxiliar de enfermagem proporciona ao Agente a maior resolutividade e valorização perante a comunidade que anseia pelas atividades curativas; IC2- Ser auxiliar de enfermagem traz mais benefícios no aspecto individual do que no coletivo. Essas duas ideias centrais originam-se no fato de o

reconhecimento profissional do Agente de Saúde ter ocorrido tardiamente, resultando numa indefinição de conhecimentos e competências necessárias para o exercício profissional, levando os Agentes a identificarem-se com a categoria profissional de enfermagem que possibilita valorização e visibilidade, já que as ações biomédicas permitem a aproximação e a identificação dos Agentes como representantes da instituição de saúde, afastando-os da identidade comunitária e permitindo um diferencial com os moradores, que são seus vizinhos e conhecidos.

DESCRITORES: Auxiliar de Enfermagem; Agente Comunitário de Saúde; Processo de Trabalho; Saúde da Família.

ABSTRACT

This study aims to identify the perception of The Health Community Agents of the Family Health Strategy in the city of Montes Claros about the professional training as a nursing assistant. It is characterized as a descriptive and qualitative study having as the data collection techniques, the semi-structured interviews, whose participants were 15 ACS. The data analysis was guided by the Collective Subject Discourse (DSC). The study revealed a significant number of health community agents, in total 10 (67%) that have the nursing assistant course, where 60% of those, enrolled in the course through PROFAE, and other (40%) report the fact that they had attended the professional nursing course previously, was a great motivation to be a community agent. In the aspect related to the professionalization of community agents in the area of nursing, people participating of the study highlighted two central ideas and their DSC and ECH that are: IC1 - Being a nursing assistant provides the agent a better resolution and appreciation in the community that is anxious for healing activities. IC - 2 Being a nursing assistant brings more benefits in the individual aspect than in the collective one. These two central ideas are originated in the

fact of the professional acceptance of the health agent has been occurred lately resulting in a lack of knowledge and skills necessary for the professional exercise and leading the agents to identify themselves with the profession category of nursing that allows recovery and visibility, since the biomedical approach and the identification of the agents as representatives of the health institution keep them away from the identity of the community so allowing a differential action with the residents, who are their neighbors and acquaintances.

KEY WORDS: Nursing Assistant; Health Community Agent; Work Process; Family Health.

INTRODUÇÃO

A formação profissional deve ser valorizada e reconhecida como um dos pilares para a garantia da excelência da qualidade da assistência em saúde. Diante disso, houve a necessidade de elevar a escolaridade dos Agentes, com o aumento da autonomia intelectual associada à caracterização do perfil de desempenho desejado. O caminho para atingir essas metas dá-se por meio da educação profissional, que consiste em integrar a educação ao trabalho e ao saber tecnológico, levando ao constante desenvolvimento de habilidades essenciais ao processo produtivo e social^{1, 2, 3}.

O PROFAE (Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem) foi instituído em 1999, em resposta à desqualificação e à irregularidade de alguns profissionais da saúde que realizavam ações próprias da enfermagem sem a habilitação técnica para a mesma, desrespeitando a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei Federal nº 7.498/86) e colocando em risco a qualidade da assistência prestada à população⁴.

O Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação e Ministério do Trabalho, implementaram o PROFAE, que tinha como missão a profissionalização na área de enfermagem, com a posterior melhoria da qualidade dos serviços de saúde, com o intuito de atingir cerca de 225 mil auxiliares e 90 mil técnicos de enfermagem, constituindo-se uma política pública para a qualificação da força de trabalho da área de enfermagem no Brasil, que, posteriormente, foi estendido aos Agentes Comunitários de Saúde^{4,5}.

Nesse contexto, esses profissionais foram capacitados na perspectiva de atender algumas competências, compreendida como a capacidade de ação frente ao fazer e não mais concebida como estoque de conhecimento, passando a ser centrada no trabalho em saúde, que se expressa na capacidade de cuidar do outro de forma profunda, conhecendo suas necessidades e o modo de vida, colocando-se a disposição do ser humano no âmbito do conhecimento e da ação necessárias à prevenção e à solução dos problemas de saúde^{1, 5, 6}.

Entretanto, a formação profissional em auxiliar de enfermagem e não como Agente Comunitário de Saúde especificamente gerou uma série de dúvidas e questionamento, especialmente no tocante ao exercício das atividades laborais e o possível desvirtuamento de atribuições, passando a centralizar as ações nas atividades consideradas curativas, como retirada de pontos, verificação da pressão arterial e não mais centrada na escuta, no diálogo com a comunidade, com o intuito de identificar as necessidades locais, executando ações de promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Assim, o presente estudo objetiva identificar a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Estratégia Saúde da Família da cidade de Montes Claros/MG sobre a formação profissional enquanto auxiliar de enfermagem.

MATERIAIS E MÉTODOS

A metodologia qualitativa foi escolhida para se pesquisar a partir do ponto de vista do sujeito, buscando amenizar a carência de material nessa perspectiva.

Optou-se, então, por pesquisar os Agentes Comunitários de Saúde das Equipes de Saúde da Família da cidade de Montes Claros - MG, situadas no pólo urbano que estivessem com mais de dois anos de experiência na profissão, apresentando, dessa forma, uma maior relação de trabalho e vivências com a equipe e a comunidade.

Foram previstas inicialmente 32 entrevistas, ou seja, uma entrevista por equipe de saúde da família, cada indivíduo foi selecionado pelo número da respectiva microárea, uma vez que cada Agente é representado por números que coincidem em todas as equipes cadastradas. E os informantes foram selecionados através de sorteio aleatório do respectivo número da microárea, que foi o número 3 e também selecionado uma amostra de reserva que foram as microáreas próximas, os números 2 e 4^{7,8}.

Baseado no critério de saturação, ocorreu a repetição de informações sem novas contribuições, ocasionando a realização de 17 entrevistas que ocorreram durante o ano de 2008. Com o intuito de garantir uma representação do universo, optou-se por entrevistar os sujeitos agrupados em equipes por regiões geográficas e tempo de implantação da Estratégia, visando a verificar se os aspectos do processo de trabalho dessa categoria são diferentes em decorrência da comunidade/território, solo e processo, uma vez que os bairros em que as equipes estão implantadas são, na sua maioria, periféricos, porém com condições socioeconômicas distintas, variando de locais populosos a lugares com baixa densidade populacional com padrão social adequado. No quesito tempo de implantação das equipes, optou-se por entrevistar equipes que se encontravam em três fases: I- Recém-implantadas (ponto zero – dois a quatro anos); II- Equipes com tempo Médio (cinco a oito anos) e III- Equipes Antigas (nove a dez anos).

Dessa forma, as equipes representariam o amadurecimento e implementação da Estratégia Saúde da Família na cidade de Montes Claros, favorecendo o processo de Triangulação na coleta de dados, garantindo maior confiabilidade e representatividade das informações.

Foram submetidos à entrevista semi-estruturada, com a seguinte questão aberta:

(1) Qual a sua percepção acerca do Agente Comunitário de Saúde ter formação como auxiliar de enfermagem?

Foi realizada a validação do roteiro por meio de um estudo piloto que tinha por proposição a avaliação das questões e destaque de possíveis falhas na redação, complexidade das questões, imprecisão na redação, questões desnecessárias ou pouco informativas, portanto que podem ser descartadas ou substituídas. Esse estudo piloto foi realizado em Dezembro de 2007 com dois Agentes de saúde pertencentes a equipes que não foram incluídas na pesquisa em decorrência de ter menos de dois anos de existência e contou com a participação da orientadora do estudo, proporcionando uma análise mais pormenorizada das perguntas.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, auxiliada por dois acadêmicos de graduação de enfermagem; os discursos foram gravados, transcritos na íntegra e analisados pelo pesquisador antes de realizar uma nova entrevista.

A interpretação do material ocorreu à luz da Análise de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), seguindo os ensinamentos de Lefèvre & Lefèvre^{9, 10, 11, 12, 13} tendo em vista que as ideias centrais presentes nos discursos individuais deram origem ao discurso coletivo como se o discurso de todos fosse o discurso de um. Para subsidiar o processo de reconstituição discursiva, utilizou-se o Software Qualiquantisoft desenvolvido pela Sales e Paschoal Informática (2008).

Para atender aos aspectos éticos, foram respeitadas todas as diretrizes previstas na Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde, que preconiza as diretrizes e normas de pesquisas, envolvendo seres humanos¹⁴. O projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), sendo aprovado com o Parecer Consubstanciado nº 880, em 23 de novembro de 2007. À coordenação das Equipes de Saúde da Família do referido município foi solicitada a autorização prévia para a realização da pesquisa, não sendo revelado nenhum dado isoladamente e tampouco a decisão individual do informante de participar ou não da pesquisa.

A cada um dos entrevistados, foi demandado o consentimento expresso para participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os entrevistados foram mantidos sob anonimato e os resultados apresentados com a utilização de nomes de Anjos, uma vez que os Agentes são considerados os Anjos da comunidade. Os nomes dos Anjos não têm relação com o gênero, já que anjo não tem sexo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um aspecto a ser destacado é o número significativo de Agentes Comunitário de Saúde, no total de 10 (67%) que possuem o curso auxiliar e técnico de enfermagem, sendo que 60% dos mesmos ingressaram no curso por meio do PROFAE, e os demais (40%) afirmam que o fato de possuírem anteriormente o curso profissional em enfermagem promoveu a motivação para ser Agente Comunitário, o que vem ao encontro de várias perspectivas não restritas apenas ao campo financeiro, indo muito além da mera busca por emprego, ou seja, busca a promoção do encontro do seu Ser no mundo e Ser

com os outros, objetivando a sua valorização pessoal e profissional; como expresso na Ideia Central (IC) e seu respectivo DSC.

IC1 - Oportunidade de emprego na área da saúde.

DSC1- “Eu fiz o auxiliar e o técnico de enfermagem, aí surgiu a oportunidade, eu já tava na área da saúde, e aproveitei a oportunidade eu que não tava trabalhando; aí, como é pra gente, e aí ser na área de saúde, é claro, vou tentar, aí que tentei”.

O processo seletivo representou uma oportunidade de ingressar na área de saúde, já que passaram a desenvolver suas atividades de enfermagem dentro do sistema de saúde, porém não na função específica de auxiliar de enfermagem da equipe de saúde, e sim como Agente Comunitário de Saúde que realiza atividades de enfermagem, como medida de pressão arterial, curativo, retirada de pontos, administração de medicamentos injetáveis, glicemia capilar.

No aspecto relacionado à profissionalização dos Agentes Comunitários na área de enfermagem, os sujeitos do estudo destacaram duas ideias centrais e suas respectivas DSC's e ECH.

IC1- Ser auxiliar de enfermagem proporciona ao Agente a maior resolutividade e valorização perante a comunidade que anseia pelas atividades curativas.

DSC- “Não falo muito de perfil, porque a pessoa não nasce com perfil, ele adquire né no conhecimento, então muitas vezes se um técnico de enfermagem fosse um Agente talvez o serviço dele seria mais completo, né, as dificuldades que nós temos bastante como Agente que eu sinto que a maioria dos meus colegas também reclama a mesma coisa é a questão do, do da pressão, o ponto maior que a gente tem hoje no serviço é a medida

de pressão, né. Então o Agente não pode medir, eu acho se ele tivesse um, um curso uma capacitação que o Agente pudesse, resolveria 50% dos problemas da comunidade, muitas vezes a comunidade chega aqui faz aquele volume de gente aqui, só pra poder medir a pressão, muitas vezes tem curativo, tem vacina, tem uma coisa pra toma. Então eu acho que se o Agente pudesse dá essa vazão no, no serviço eu acho que a visão do serviço seria muito melhor; você tem mais, é, é capacidade de tá ajudando a comunidade. Por exemplo na minha área tem mais 30 hipertensos, né, os meus hipertensos eles não são acompanhados todo mês pra medir a pressão, o pessoal fica em casa esperando, o auxiliar não pode sair da unidade, o Agente de Saúde vai e não pode medir; se o Agente de Saúde pudesse medir, o usuário não precisaria sair de casa”.

Os Agentes de Saúde procuram alternativas em relação à profissionalização. Nesse caso, o curso de auxiliar de enfermagem apresenta-se como oportunidade de continuidade dos estudos aliado à formação profissional com resolutividade, proporcionando valorização e visibilidade, já que as ações biomédicas permitem a aproximação e a identificação dos Agentes como representantes da instituição de saúde, afastando-os da identidade comunitária e permitindo um diferencial com os moradores, que são seus vizinhos e conhecidos ^{15,16}.

Dessa forma, os Agentes tornam-se híbridos que pertencem a duas categorias: a de Agente Comunitário de Saúde e a de uma categoria ocupacional pertencente, ainda que não legitimamente, ao grupo de enfermagem¹⁵.

IC2- Ser auxiliar de enfermagem traz benefícios mais no aspecto individual do que no coletivo.

ECH Sitael (Feminino, 37 anos) “A gente tem mudado muito, mas por oportunidades melhores, né, o único que saiu porque não teve perfil foi o primeiro Agente de Saúde daqui. Agora já saiu vários outros, mas porque conseguiu outro emprego, uma Agente saiu pra fazer o técnico, C. saiu agora porque passou na seleção, tá indo pro São Geraldo II. Então, a maioria dos Agentes que saiu foi os Agentes que fizeram o curso técnico, e então o curso técnico favoreceu eles mais na questão pessoal e então o curso técnico acabou sendo um prejuízo para o Agente e bom pro indivíduo; e surgindo a oportunidade acho que vão mesmo”.

Outro aspecto destacado foi o curso de auxiliar de enfermagem como estimulador da rotatividade nas Equipes de Saúde da Família, os egressos das equipes são motivados pela busca de melhoria técnica, melhores condições salariais, estabilidade e ascensão profissional com a busca de novas oportunidades sendo mais importante para o Agente de maneira individual do que para a estratégia saúde da família ¹⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Agentes de Saúde pesquisados divergem com relação ao desempenho de atividades relacionadas a assistência de enfermagem; alguns defendem a necessidade de formação e de valorização profissional alcançada por meio da profissionalização na área de enfermagem. Enquanto outros destacam que essa profissionalização contribui para o êxodo da Estratégia Saúde da Família, uma vez que abre perspectivas futuras em outra área de atuação.

Essa divergência origina-se no fato do Agente de Saúde, durante um período de 10 anos, não ter sido reconhecido enquanto profissão, originando uma indefinição de conhecimentos e competências que norteiam a categoria profissional e a sua qualificação.

A profissionalização dos Agentes Comunitários no ano de 2002, por meio da Lei 10.507 e as especificidades deste trabalhador associada às novas perspectivas da educação profissional e suas diretrizes curriculares no Brasil, motivou o Ministério da Saúde a definir o Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde e a exigir a realização do Curso Técnico de nível médio, com o intuito de valorizar a formação desses profissionais, adequando aos princípios do SUS por meio de aprendizagens significativas, reflexão crítica e criativa com vínculo educação-trabalho para a promoção da melhoria dos indicadores de saúde, com vistas à resolutividade da rede de atenção e humanização da assistência¹.

Portanto, os profissionais da saúde precisam ser capazes de atuar de forma interdisciplinar e intersetorial em busca da melhoria dos indicadores de saúde, que somente serão alcançados por meio da qualificação profissional, com a elevação da escolaridade e autonomia intelectual que contempla o saber-conhecer, capacidade de planejar, trabalhar em equipe, implicações éticas^{5,6}.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de Agente Comunitário de Saúde: área profissional saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

2. BRASIL. *Lei Federal nº 9.394 de 20 de Dezembro de 1996*. Dispõe sobre as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. 1996b Disponível em: <http://www.etfce.br/ensino/curso/médio/lei.htm>. Acessado em: 15/07/2008.

3. BRASIL. Ministério da Educação. Resolução do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Básica (CNE/CEB) nº 04/99. *Diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico*. Brasília: MEC/CNE, 1999a.

4. CÊA, Georgia Sobreira dos Santos; REIS, Luiz Fernando e CONTERNO, Solange. *PROFAE e lógica neoliberal: estreitas relações*. Trabalho, Educação e Saúde, v. 5 n. 1, p. 139-159, 2007.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. *Qualificação de auxiliares e técnicos de enfermagem*. 2008a. Disponível em: http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_textocfm?.idtxt=26830. Acessado em: 12/08/2008.

6. MARQUES, Cláudia M. Silva; PADILHA, Estela Maura. *Contexto e perspectivas da formação do Agente Comunitário de Saúde*. Trabalho, Educação e Saúde, v. 2 n. 2, p. 345-352, 2004.

7. MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

8. BAUER, Martin W.; GASKELL, George. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
9. LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. *O discurso do sujeito coletivo como superação dos impasses no processamento de respostas a questões abertas*. 2006. Disponível em <http://www.ipdsc.com.br>. Acessado em: 08/03/2007.
10. LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. *O discurso do sujeito coletivo como expressão narrativa da quantidade*. 2006a. Disponível em <http://www.ipdsc.com.br>. Acessado em: 08/03/2007.
11. LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. *O sujeito coletivo que fala*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. V.10, n. 20, p. 517-524, jul/dez 2006b.
12. LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramento)*. 2 ed. Caxias do Sul: Educsc, 2005.
13. LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. *Depoimentos e Discursos: uma proposta de análise em pesquisa social*. Brasília: Líber Livro Editora, 2005a. (Série Pesquisa; 12).
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: (Res. CNS 196/96 e outras)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

15. NOGUEIRA, Roberto Passos; SILVA, Frederico Barbosa da; RAMOS, Zuleide do Valle. *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis - O Agente Comunitário de Saúde*. Rio de Janeiro: IPEA, 2000. Texto para discussão nº 735. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>. Acessado em: 12/03/2007.

16. LUNARDELO, Simone Renata. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto - São Paulo*. 2004. 154f. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

PRODUTOS ALCANÇADOS II

Além da produção dos artigos científicos, também ocorreram comunicações publicadas em Anais de Eventos Científicos, conforme quadro:

QUADRO 9- DISTRIBUIÇÃO DOS RESUMOS PUBLICADOS EM ANAIS DE EVENTOS CIENTÍFICOS.

RESUMO	EVENTO
O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: INVESTIGANDO O SEU PERFIL E O SEU PAPEL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DE MONTES CLAROS – MG.	III Mostra Científica de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES, 2008.
A ÉTICA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UM ESTUDO NO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS/MG.	IV Mostra Científica de Enfermagem; I Semana Unificada da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES, 2009.
PERCEPÇÃO DA COMUNIDADE SOBRE O TRABALHO DO AGENTE NA PERSPECTIVA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS/MG.	IV Mostra Científica de Enfermagem; I Semana Unificada da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES, 2009.
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: A PERCEPÇÃO DO PRÓPRIO PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS/MG.	IV Mostra Científica de Enfermagem; I Semana Unificada da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES, 2009.

CAPITULO VI

**DE TUDO FICARAM
TRÊS COISAS:**

A certeza de que
estamos sempre
começando,

A certeza de que é
preciso
continuar,

E de que seremos
interrompidos
antes de
terminar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão central deste estudo foi motivada pela busca de saber “Quem é o Agente Comunitário de Saúde da cidade de Montes Claros”, contribuindo para uma reflexão acerca da identidade e do processo de trabalho desse profissional, a partir de sua própria perspectiva. A investigação foi orientada pelo documento do Ministério da Saúde “Referencial curricular para curso técnico de Agente Comunitário de Saúde: área profissional.” (BRASIL, 2004), que propõe quatro dimensões norteadoras do perfil e a qualificação profissional dos Agentes, caracterizadas como: Saber Ser, Saber Conhecer, Saber Fazer e Saber Conviver.

Denominados, metaforicamente, no estudo, como Anjos, os dados contrariam o argumento de que anjo não tem sexo e nem idade, pois os Agentes da Estratégia Saúde da Família da cidade de Montes Claros são, em maioria, do gênero feminino, prevalecendo a faixa etária acima de 27 anos com uma pequena concentração em maiores de 35 anos. Contudo, a análise de seus relatos revela que desempenham a função de arcanjos de forma profissional e também pessoal, já que a maioria SE encontra casada, com filhos, tendo que ser anjos da guarda de sua família consanguínea e comunitária.

No aspecto relacionado à escolaridade, 73% (11) têm o 2º Grau completo, atendendo ao requisito mínimo de escolaridade para ser Agente, exigido pela Lei Federal 10.507 de 2002. Outro requisito contemplado foi o tempo de residência na comunidade, constatando-se que a maioria morava em sua comunidade de trabalho há mais de 10 anos. Além disso, os resultados revelam que 73% deles estavam envolvidos em atividades comunitárias, proporcionando uma maior aproximação e conhecimento das

famílias, facilitando a construção da credibilidade e da confiança essenciais para o processo de trabalho dessa categoria.

Quanto à opção pela função de Agente, embora a maioria tenha relatado uma condição de desemprego antes de iniciar sua atividade laboral, revelaram, seja por depoimento ou por atividades comunitárias prévias, o desejo de ajudar o próximo e a comunidade, sugerindo uma motivação vocacional.

As dimensões norteadoras do estudo (Saber Ser, Saber Conhecer, Saber Fazer e Saber Conviver) mostraram-se potentes analisadores, permitindo identificar as potencialidades do Agente, bem como seus limites, mas, sobretudo, o quão este profissional é exigido em relação às qualidades pessoais e papéis que o tornam um ser idealizado, distanciando o real do possível. Nesta análise final, tais dimensões servirão de base para o diálogo com a literatura, embora se encontrem relacionadas e se entrelacem naquilo que define a percepção do Agente sobre si mesmo.

Em relação ao saber ser, percebe-se um conflito entre o ideal desenhado nos documentos oficiais e a realidade da vida de cada um. Os atributos pessoais requeridos são numerosos, destacando-se a importância da *capacidade de enfrentar situações, a iniciativa, a responsabilidade, capacidade crítica, ética reflexiva, visando à mudança ativa em si mesmo e em suas vivências e nas suas práticas* (BRASIL; 2004a, p.9). Como comenta Tomaz (2002), percebe-se a “supereroização” e a “romantização” do ACS, o que tem sido a tônica dos textos oficiais. No presente estudo, os discursos analisados evidenciam essa “supereroização” e visão “romântica” correspondente ao que lhes é exigido cotidianamente. Os relatos demonstram que as atitudes relacionais são aquelas que mais conferem valor ao Agente, a despeito das exigências do saber fazer, em que o valor está colocado nas competências adquiridas como próprias da função de cuidado da saúde que lhes é requerida.

No entanto, segundo os depoimentos dos próprios Agentes, observa-se a descrição exarcebada do ser Agente que deve possuir atitudes como ser ético, ter respeito, ter responsabilidade, ter paciência, aliadas a atributos pessoais, como a capacidade de comunicação e relacionar, e a atributos profissionais, como ser elo e conhecedor das famílias e da comunidade. Deles é requerida a realização das ações voltadas ao próximo, à família e à comunidade que resultem em repercussões positivas por meio do estreitamento das relações interpessoais, levando-os a sentirem-se como membros das famílias atendidas, evitando as repercussões negativas, como a incompreensão do processo de trabalho.

A ideia de ser Agente de Saúde confunde-se com as qualidades e valores que esse profissional deve possuir para exercer o seu papel de laço equipe-comunidade e estão centrados no eixo do relacionamento interpessoal, embasado na humanização, na perseverança e na ética. Essas qualidades são reforçadas a partir da identificação dos atributos negativos que esse sujeito deveria evitar, como atitudes negativas prejudiciais ao estabelecimento de confiança entre as duas pontas do laço, uma vez que confiança é o pilar do processo de trabalho desse profissional. As atitudes negativas que devem ser evitadas contemplam a falta de ética, a irresponsabilidade, a desumanização, despreparo no estabelecimento do diálogo e no processo de educação em saúde.

Percebemos, por meio da identificação do ser Agente e das qualidades que os Agentes de saúde pesquisados incorporaram, uma figura de profissional idealizado, que deve ser um exímio comunicador, capaz de estabelecer as relações interpessoais de maneira ética. Essas características devem emanar do próprio sujeito, já que o mesmo é revelado dentro da comunidade para desenvolver o papel de um Agente educador e transformador, capaz de lidar com os problemas cotidianos. Isso nos faz questionar se existe esse profissional ideal, uma vez que nas outras profissões, primeiro realiza-se a

formação anterior ao exercício profissional. No caso do Agente Comunitário de Saúde, o caminho tem sido oposto: primeiro inicia-se a atividade laboral e depois se desenvolve a qualificação profissional. O nível de exigência requerido é grande, pois no momento em que inicia as suas atividades, já lhe são exigidas algumas atitudes, habilidades e atributos para o desenvolvimento de suas atividades na comunidade.

Os aspectos facilitadores do processo de trabalho estão interligados ao ideal do ser Agente, requerendo qualidades e valores positivos aliados à presença de atitudes da comunidade, demandando como resultado uma relação efetiva e eficazmente construída. Outro aspecto mencionado como facilitador de um trabalho bem sucedido relaciona-se a uma diretriz própria da Estratégia Saúde da Família, que é trabalhar em uma área geográfica adscrita, centrada no trabalho em equipe de forma interdisciplinar, aliado à presença do Agente administrativo.

Os Agentes destacam que a compreensão da saúde como ausência de doenças representada pela valorização das atividades curativas, em especial a marcação de consulta, associada a aspectos socioeconômicos e geográficos inerentes à comunidade e à ausência de trabalho interdisciplinar dificultam a implementação do processo de trabalho centrado na promoção e prevenção de doenças, com vistas à inversão do modelo assistencial.

O aspecto referente à marcação de exames e agendamento de consultas descaracteriza o papel do Agente preconizado pelos documentos do Ministério da Saúde associado a uma valorização do modelo médico-privatista, em que os usuários levam em consideração boa assistência ao uso de tecnologias duras com exames cada vez mais complexos e desvalorizam as tecnologias leves centradas nos atos humanos - escuta, acolhimento e relações interpessoais, gerando insatisfação quando ocorre o não

atendimento dessas solicitações centradas na doença, o que dificulta o processo de trabalho dos Agentes de Saúde e resulta em sofrimento profissional.

Para efetivar o papel de promotor da saúde e Agente educador, os sujeitos propõem algumas modificações que são, ao mesmo tempo, expectativas: (1) Visita domiciliar que deixaria de ser obrigatória, de forma indiscriminada e passaria a ser pautada no princípio da equidade - centrada na real necessidade das famílias - aliada a não comprovação por meio da assinatura do morador, evitando a compreensão reduzida do Agente como mero caça-assinatura, uma vez que a relação com as famílias deve ser pautada em vínculo de confiança e credibilidade. Também se referem à necessidade de diminuir o número de famílias adscritas; (2) Supressão da Função de Marcador de Consulta e Exames, evitando a compreensão reduzida do papel do Agente como secretário da comunidade, o que gera insatisfação e a responsabilização pela organização, funcionamento e resolutividade do sistema de saúde; (3) Não organização da equipe de maneira hierárquica, e sim de forma interdisciplinar, garantindo o trabalho em equipe com apoio para o desenvolvimento das atividades, em especial as educativas; principalmente a educação permanente em saúde; (4) Substituir os vínculos precários pela efetivação, garantindo os direitos trabalhistas, com melhoria salarial; (5) Valorização profissional proporcional à responsabilidade e ao processo de trabalho, com reconhecimento tanto no âmbito financeiro quanto no social, rompendo com a visão do Agente como classe menos favorecida, aliado à organização enquanto categoria profissional.

No final da realização das entrevistas, no mês de agosto, o desejo por estabilidade foi finalmente alcançado através da efetivação dos Agentes Comunitários de Saúde com o cumprimento da EC 51, passando a ser a única categoria dentro da ESF de Montes Claros que é efetiva, enquanto os demais profissionais são contratados, sem segurança

nem garantia de estabilidade. Dessa forma, os ACS passam a ser, administrativamente, a classe mais favorecida.

Outro aspecto a ser considerado está no fato de o Agente Comunitário de Saúde viver em constante tensão e conflito dentro de seu processo de trabalho, ocasionado por dois campos de força antagônicos. Tais opostos foram descritos por Ferreira et al. (2009), que destaca, de um lado, o campo guiado pelo cuidado e criatividade do ACS, aspectos fundamentais na elaboração de projetos terapêuticos, contextualizados no território processo e domicílio e no contato com os usuários centrado nas tecnologias leves e relacionais. Do outro lado, predomina a racionalidade instrumental, centrada no modelo biomédico, normatizado e estruturado por um saber técnico, representado pelo modelo programático e o cronograma que permeiam o seu processo de trabalho.

O saber-conhecer deve instrumentalizar os profissionais no seu fazer cotidiano e, para atingir esse objetivo, deve ocorrer um processo de educação permanente, que seja constante e dinâmico, permitindo atender as reais necessidades da comunidade identificadas pelo Agente de Saúde no seu fazer diário. O processo educativo proporciona à equipe, em especial ao Agente de Saúde, a apropriação de um domínio de conhecimentos técnicos, mas também de habilidades de negociação, já que a escolha dos temas baseia-se principalmente na prática cotidiana dos Agentes de Saúde por meio do levantamento das dificuldades vivenciadas, dúvidas da comunidade, necessidades locais e situações epidemiológicas.

Um aspecto que deve ser destacado é o desconhecimento dos Agentes de Saúde sobre os princípios do SUS, já que essa profissão só existe no seio desse sistema. Soma-se a esse aspecto, a necessidade de conhecer a filosofia que deve nortear sua práxis profissional; esse fato nos faz questionar: (1) Qual a filosofia que subsidia o processo de

trabalho do Agente? (2) Por que os Agentes não conhecem, tendo em vista que o sistema de saúde na esfera municipal e estadual é responsável pela sua formação e qualificação?

Na dimensão saber-fazer, algumas atribuições referidas pelos ACS participantes da pesquisa condizem com as atribuições fixadas na legislação, como visita domiciliar, atividades educativas coletivas, orientações/aconselhamento comunitário, acompanhamento das famílias e de grupos específicos, acolhimento/ouvir a comunidade, promoção da saúde e atividades comunitárias, ser elo e trabalho em equipe; enquanto outras não estão condizentes como atividades interno-administrativas, recepção, farmácia, marcação de consulta, entrega de encaminhamentos e exames, avisar consulta e atividades de técnico de enfermagem, como fazer curativos e medir a pressão arterial.

As atividades que não estão contempladas nas atribuições e na qualificação profissional em técnico em Agente Comunitário ocasionam valorização das atividades curativas e de caráter biomédico e desvirtuam o papel de Agente, ocasionando sobrecarga, sofrimento e insatisfação popular.

O saber-conviver está expresso na relação com a equipe e com a comunidade e na interação equipe-comunidade, que se pauta nas habilidades relacionais que se entrelaçam ao saber ser, pois exige algumas atitudes e atributos pessoais e profissionais.

Diante dessas dimensões, percebemos que são demandadas aos Agentes muitas exigências, que vão desde o campo profissional até o pessoal, sendo necessário atender a tantos requisitos e conflitos, inclusive os seus próprios, de sua vida e de sua saúde.

Essas exigências, somadas à difícil tarefa de reorganizar a atenção à saúde, não podem estar somente a cargo do Agente de Saúde, pois geram angústia e sofrimento, tornando o Agente incapaz de atender a tantos requisitos e conflitos, sobrecarregando a sua saúde e de sua família.

As indagações e constatações resultantes deste estudo possibilitaram conhecer alguns elementos relevantes para a reflexão sobre a identidade e o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde, promovendo a confrontação da práxis, que é geradora de signos e significados que permitem o pensar individual e/ou coletivo, capaz de transformar e fazer do mesmo um ser crítico e criativo promotor da (re)construção de sua trajetória profissional de forma partilhada com seus pares e, assim, buscar novos horizontes para as dimensões do saber - SER, CONHECER, FAZER e CONVIVER. Contudo, aponta também a necessidade de estudos posteriores com o intuito de conhecer mais “Quem são os Anjos da Estratégia Saúde da Família de Montes Claros”, pois:

“Se muito vale o já feito,

mas vale o que será

Mas vale o que será,

E o que foi feito é preciso conhecer

Para melhor prosseguir...”

(O que foi feito deverá - Milton Nascimento e Fernando Brandt)

REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. *Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 9, n.16, p.39-52, fev. 2005.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. 2 ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

AMARO, Sarita. *Visita domiciliar: guia para uma abordagem complexa*. Porto Alegre: AGE, 2003.

ARAUJO, Mariza Barros de Souza e ROCHA, Paulo de Medeiros. *Trabalho em equipe: um desafio para consolidação da estratégia saúde da família*. Ciência e Saúde Coletiva. v. 12, n. 2, Rio de Janeiro, março/abril, 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413_81232007000200022.

Acessado em: 22/03/2008.

ARRUDA, Maria da Conceição Clamon; MARTELETO, Regina Maria; SOUZA, Donaldo Bello de. *Educação, trabalho e o delineamento de novos perfis profissionais: o bibliotecário em questão*. Ci. Inf. Brasília, v 29, n3, p14-24, sete/dez, 2000.

ASSUMPÇÃO, Ismael. *Interdisciplinaridade: uma tentativa de compreensão do fenômeno*. In: FAZENDA, Ivani Catarina Arantes (org). *Práticas interdisciplinares na escola*. 6 ed. São Paulo: Cortez, 1999.

BACHILLE, Rosane Guimarães; SCAVASSA, Ailton José; SPIRI, Wilza Carla. *A identidade do Agente Comunitário de Saúde: uma abordagem fenomenológica*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (1), 51-60, 2008.

BAHIA. Secretaria da Saúde. *Desprecarização dos Vínculos e Seleção dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias - cartilha*. 3 ed. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2007.

BAHIA. Secretaria da Saúde. *Desprecarização dos Vínculos e Seleção dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias - cartilha de bolso*. 3 ed. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2007a.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de; BARROS, Regina Benevides de. *A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde*. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araujo de (org). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC; ABRASCO, 2007.

BARROS, Fabrícia da Silva; PINHEIRO, Roseni. *Notas teóricas sobre a noção de competência: discutindo cuidado e humanização na saúde*. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araujo de (org). *Trabalho em*

equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC; ABRASCO, 2007.

BASTOS, Ana Cecília de Sousa; TRAD, Leny Alves Bonfim. *A família enquanto contexto de desenvolvimento humano: implicações para a investigação em saúde.* Ciências & Saúde Coletiva, v. 3, n. 1, p. 106-15, 1998.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.* 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

BEZERRA, Ana Lúcia. *O Contexto da Educação Continuada em Enfermagem.* São Paulo: Lemar e Martinari, 2003.

BONALDI, Cristina; GOMES, Rafael da Silveira; LOUZADA, Ana Paula Figueredo e PINHEIRO, Roseni. *O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiência em quatro localidades brasileiras.* In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araujo de (org). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC; ABRASCO, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde - Funasa. Departamento de Operações. *Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde - Funasa. Departamento de Operações. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Relatório Anual COSAC/PACS*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde - Funasa. Departamento de Operações. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Normas e Diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: estratégia de organização dos serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde. *Sistema de Informação do PACS - Orientação para o acompanhamento e análise dos dados*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996a.

BRASIL. *Lei Federal nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996*. Dispõe sobre as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. 1996b Disponível em: <http://www.etfce.br/ensino/curso/médio/lei.htm>. Acessado em: 15/07/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Comunidade Solidária. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS*. Brasília: O Programa, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997a.

BRASIL. Leis. Portaria n. 1.886/GM/MS, de 18 de dezembro de 1997. *Dispõe sobre as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família*. 1997b. Diário Oficial da União, Brasília, 18 de dezembro de 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. *Decreto nº. 3.189, de 04 de outubro de 1999*. Dispõe sobre as atividades prestadas pelos Agentes Comunitários de Saúde. 1999. Diário Oficial da União, Brasília, 04 de outubro de 1999.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Básica (CNE/CEB) nº 04/99, *Diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico*. Brasília: MEC/CNE, 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica - Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. Caderno 1- a implantação da unidade de saúde da família.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: (Res. CNS 196/96 e outras)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: Leis, Normas e Portarias atuais*. Rio de Janeiro: Brasil, Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia Prático do PSF*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Revista Brasileira da Família. *50 Milhões de brasileiros atendidos*. Edição Especial. Ano II, n 5, maio de 2002.

BRASIL. *Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002*. Dispõe sobre a criação da profissão de Agente Comunitário de Saúde. 2002a. Disponível em:

http://www.senado.gov.br/sicon/listareferenciais.action?codigoBase=2&codigoDocumento=235057_14K. Acessado em: 22/03/2007.

BRASIL. Resolução 335, de 25/11/2003. 2003. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resoluções/2004/Res335.doc>. Acessado em 02/03/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 4.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de Agente Comunitário de Saúde: área profissional saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Perfil de Competência Profissionais do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de gestão da educação na saúde. *Proposta de Regulação da Formação do Agente Comunitário de Saúde: subsídios para a discussão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Educação. Decreto Federal 5.154, de 23 de julho de 2004. Brasília: MEC/CNE, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004*: Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004e.

BRASIL. Ministério da Educação. *Resolução do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Básica (CNE/CEB) nº 1, de 03/02/2005*. Brasília: MEC/CNE, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem e práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - análise do contexto da gestão e das práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - trabalho e relação na produção do cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção Básica e a Saúde da Família*. 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acessado em: 10/10/2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Agentes em 2005*. 2006a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>. Acessado em: 10/10/2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 648 de 28/03/2006 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica*. 2006b. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materiais/xml/do/secao1/2068991.xml>. Acessado em: 12/10/2006.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 51, de 14/02/2006*. 2006c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituição/Emendas/EMC/emc51.htm. Acessado em: 23/03/2007.

BRASIL. *Lei Federal nº 11.350*, de 05/10/2006. 2006d. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/lei11350_05_10_06.pdf. Acessado em: 22/03/2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *CONASS 25 anos*. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, livro 1*. Brasília: CONASS, 2007a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília: CONASS, 2007b. (*Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, livro 8*).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.996*, de 20 de agosto de 2007: Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. *Painel de indicadores do SUS nº4 Temático Saúde da Família v II*. Brasília: Organização Pan-Americana, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Qualificação de auxiliares e técnicos de enfermagem. 2008a. Disponível em: http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_textocfm?.idtxt=26830. Acessado em: 12/08/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia Prático do Cuidador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BOFF, Leonardo. *Ética da Vida*. 2. ed. Brasília: Letraviva, 2000.

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

CAMPOS, Eugênio Paes. *Quem cuida do cuidador: Uma proposta para os profissionais da saúde*. Petrópolis: Vozes, 2005.

CARVALHO, Maria Alice Pessanha. *Construção compartilhada do conhecimento: análise da produção de material educativo*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CÊA, Georgia Sobreira dos Santos; REIS, Luiz Fernando e CONTERNO, Solange. *PROFAE e lógica neoliberal: estreitas relações*. Trabalho, Educação e Saúde, v. 5 n. 1, p. 139-159, 2007.

CECCIM, Ricardo Burg. *Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev. 2005.

CECCIM, Ricardo Burg e FERLA, Alcindo Antônio. *Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras*. Trab. Educ. Saúde, v. 6 n. 3, p. 443-456, nov.2008/fev.2009.

CODO, Wanderley, SAMPAIO, José Jackson Coelho; HITOMI, Alberto Haruyshi. *Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

DALPOZ, Mario Roberto. *O Agente Comunitário de Saúde: algumas reflexões*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. v. 6, n 10, p 75-94, fevereiro 2002.

DAMATTA, Roberto. *Relativizando: uma introdução à antropologia social*. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

DELORS, Jacques (org). *Educação um tesouro a descobrir: relatório para a Unesco da comissão internacional sobre educação para o século XXI*. 8. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Educação e do Desporto, 2003.

DUARTE, Simone Viana; FURTADO, Maria Sueli. *Manual para elaboração de monografias e projetos de pesquisa*. 3. ed. rev. e ampl. Montes Claros: Unimontes, 2002.

ESPÍNOLA, Fabrício Dantas da Silva; COSTA, Íris do Céu Clara. *Agentes comunitários de saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional*. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo. 18(1)43-51, jan-abr, 2006.

FERNANDES, Antônio Alberto; FINKLER, Jaqueline da Silva; EGGERT, Mara Beatriz de Oliveira; MICHELON, Regiane; NUNES, Vera Raquel Renck. *O vínculo do ACS no PSF com a comunidade de Campo Bom*. In: MEDEIROS, José Eri Osório; GUIMARÃES, Cristian Fabiano (org). *Sementes do SUS*. Sapucaia do Sul: Ed IBSaude, 2007.

FERRAZ, Lucimara; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. *O cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF em Porto Alegre*. *Ciência Saúde Coletiva*. v.10, n.2. Rio de Janeiro, abr./jun/, 2005.

FERREIRA, Maria Elisa de M. P. *Ciência e interdisciplinaridade*. In: FAZENDA, Ivani Catarina Arantes (org). *Práticas interdisciplinares na escola*. 6 ed. São Paulo: Cortez, 1999.

FERREIRA, Sandra Lúcia. *Introduzindo a noção de interdisciplinaridade*. In: FAZENDA, Ivani Catarina Arantes (org). *Práticas interdisciplinares na escola*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

FLEURY, Afonso; FLEURY, Maria Tereza Lemi. *Estratégias empresariais e formação de competências: quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho e MARTINS, Cleide de Lavieri. *A ética, a humanização e a saúde da família*. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 53, n especial, p. 31-33, dez 2000.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; SPINETTI, Simone Ribeiro. *O Agente Comunitário de Saúde e a privacidade das informações dos usuários*. Caderno de Saúde Pública, v. 20, n. 5, Rio de Janeiro, set/out 2004. Disponível em: <http://www.scielo.com.br>. Acessado em: 08/10/2006.

FREIRE, Paulo. *Educação e Mudança*. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983 (Coleção Educação e Mudança volume 1).

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 29 ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1987.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. 26 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GELAIN, Ivo. *Deontologia e Enfermagem*. 3. ed. rev. e atual. São Paulo: EPU, 1998.

GERMANO, Raimunda Medeiros. *A ética e o ensino da ética na enfermagem do Brasil*. São Paulo: Cortez, 1993.

GIFFIN, Karen; SHIRAIWA, Tizuko. *O Agente Comunitário de Saúde pública: a proposta de Manguinhos*. Cad. Saúde Pública. vol. 5, n.1, Rio de Janeiro Jan./Mar. 1989.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas da pesquisa social*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GOMES, Rafael da Silveira; SILVA, Fabio Herbert da; PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros e. *Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde*. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araujo de (org). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC; ABRASCO, 2007.

HEIDEGGER, Martin. *Conferências e Escritos Filosóficos*. São Paulo: Nova Cultural, 1999.

HEIDEGGER, Martin. *Todos nós... ninguém*. São Paulo: Moraes, 1981. Trad. Maria Dulce Critelli e Sólon Sponoudis.

HONORATO, Carlos Eduardo de Moraes e PINHEIRO, Roseni. *Trabalho político: construindo uma categoria analítica para análise da integralidade como dispositivo do trabalho em equipe na saúde*. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araujo de (org). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC; ABRASCO, 2007.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Distribuição etária. 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/2007>. Acessado em 19/12/2007.

LAVOR, Antônio Carlile Holanda; LAVOR, Miria Campos; LAVOR, Ivan Campos. *Um novo profissional para novas necessidades em saúde*. Revista Sanare. Revista de Políticas Públicas. Ano V, nº 1, 2004. Trimestral, Sobral-Ceará.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. *O discurso do sujeito coletivo como superação dos impasses no processamento de respostas a questões abertas*. 2006. Disponível em <http://www.ipdsc.com.br>. Acessado em: 08/03/2007.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. *O discurso do sujeito coletivo como expressão narrativa da quantidade*. 2006a. Disponível em <http://www.ipdsc.com.br>. Acessado em: 08/03/2007.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. *O sujeito coletivo que fala*. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. V.10, n. 20, p. 517-524, jul/dez 2006b.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramento)*. 2 ed. Caxias do Sul: Educsc, 2005.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. *Depoimentos e Discursos: uma proposta de análise em pesquisa social*. Brasília: Liber Livro Editora, 2005a.

LEININGER, M. M. *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing, 1991.

LEVY, Flavia Mauad; MATOS, Patrícia Elizabeth de Souza; TOMITA, Nilce Emy. *Programa de Agentes Comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde*. Caderno Saúde Pública. V. 20, n 1. Rio de Janeiro. Jan./fev., 2004.

LOUZADA, Ana Paula Figueredo; BONALDI, Cristina; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. *Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas*. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araujo de (org). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESC;ABRASCO, 2007.

LUNARDELO, Simone Renata. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde no núcleo de saúde da família em Ribeirão Preto - São Paulo*. 2004. 154f. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

LUZ, Madel T. *Fragilidade Social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje*. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo (org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2008.

MANDÚ, Edir Neri Teixeira; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; SILVA, Maria da Anunciação; SILVA, Ana Maria Nunes da. *Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família*. Texto & Contexto. v.17, n.1. Florianópolis. Janeiro/março 2008. Disponível em: <http://www.scielo.sp.org/pdf/tce/v17n1/15.pdf/243k>. Acessado em: 12/05/2008.

MARASQUIN, Heike Graser; DUARTE, Rosa Virgínia Carneiro; PEREIRA, Ruth Bernardes de Lima; MONEGO, Estelamaris Tronco. *Visita domiciliar: o olhar da comunidade da quadra 603 Norte. Palmas (TO). Revista da UFG, Vol. 6, No. Especial, dez 2004. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br>. Acessado em: 02/02/2007.*

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Técnica de Pesquisa: Planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados.* 4 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MARQUES, Cláudia M. Silva; PADILHA, Estela Maura. *Contexto e perspectivas da formação do Agente Comunitário de Saúde.* Trabalho, Educação e Saúde, v. 2 n. 2, p. 345-352, 2004.

MARQUES, Claudia M. Silva. *As necessidades do SUS e formação.* Revista Formação, v. 2, n. 5 p 17-27, 2003.

MARTINI, Jussara Gue; MEIRELLES, Betina Horner Schilndwein. *A enfermagem e o cuidado a pessoas com HIV/AIDS.* In: KALINOWSKI, Carmen Elizabeth (org). *Programa de Atualização em Enfermagem (PROENF): Saúde do Adulto.* Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2006. Ciclo 1, módulo 6, Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância – SESCAD.

MATTEI, Dinara Amélia; TAGLIARI, Maristela Holzbach; MORETTO, Eliane Flora Soliesiack. *O enfermeiro na equipe de saúde da família.* RECENF - Revista Técnico-científica Enfermagem, v. 3, n. 11, p. 308-317, 2005.

MATUS, Carlos. *Política, Planejamento & Governo*. 3ª ed. Brasília: IPEA, 1997.

MAY, Tim. *Pesquisa social: questões, métodos e processos*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MELAMEDI, Clarice. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. In: FUJIWARA, Luis Mario; ALESSIO, Nelson Luiz Nouvel e FARAH, Marta Ferreira Santos (org). *20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania*. São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania, 1998.

MENDES, Eugenio Vilaça. *A vigilância à saúde no distrito sanitário*. Brasília: OPAS/OMS, 1992.

MENDES, Eugenio Vilaça (org). *Distrito Sanitário: a mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma agenda para a saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENEGHEL, Stela Nazareth; PETRY, Anizete Regina Scherer; STEINMETZ, Arlete Fátima Fontana; KAEFFER, Lisânia Maria; MELLO, Rosane Liliane Guerra de; KITTER, Simone Lacroix Justo. *Ouvindo os Desejos da Comunidade*. In: MEDEIROS, José Eri

Osório; GUIMARÃES, Cristian Fabiano (org). *Sementes do SUS*. Sapucaia do Sul: IBSaude, 2007.

MERHY, Emerson Elias. *Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde)* In: CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira (org). *Inventando a mudança na saúde*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE. *PROJETO SAÚDE EM CASA. PLANO DIRETOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE*. Oficina II: Análise da APS no município – guia do participante. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br>. Acessado em 02/07/2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MORIN, Edgar. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 8 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

NOGUEIRA, Roberto Passos; SILVA, Frederico Barbosa da; RAMOS, Zuleide do Valle. *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – O Agente Comunitário de Saúde*. Rio de Janeiro: IPEA, 2000. Texto para discussão nº 735. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>. Acessado em: 12/03/2007.

NOGUEIRA, Roberto Passos. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”*. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. v. 6, n 10, p75-94, fevereiro 2002.

OLIVEIRA, Djalma de P. R. de. *Planejamento estratégico: conceitos, metodologia e práticas*. 14 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

OLIVEIRA, Raquel Gusmão; NACHIF, Maria Cristina Abrão; MATHEUS, Maria Lopes Fontana. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde na percepção da comunidade de Anastácio do Estado de Mato Grosso do Sul*. Acta Scientiarum. V 25, n1, 2003. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/actascihealthsci/article/view/2306>.

Acessado em: 03/01/2007.

PAIM, Jairnilson Silva. *A reforma sanitária e os modelos assistenciais*. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *Epidemiologia & Saúde*. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PEDROSA, José Ivo dos Santos; PEREIRA, Esdras Daniel dos Santos. *Atenção Básica e o controle social em saúde: um diálogo possível e necessário*. Revista Brasileira Saúde da Família. Ano VIII. Edição Especial. Novembro. 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. *Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

PERRENOUD, Philippe. *Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadett P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PRAÇA, Miriam Aparecida Barbosa; MERIGHI, Neide de Souza. *Abordagens Teórico-metodológicas qualitativas: a vivencia da mulher no período reprodutivo*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS. Secretaria Municipal de Saúde. I *Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família - PROESF*. Divisão de Coordenação do Programa Saúde da Família: Montes Claros, 2003.

RAGGIO, A.; GIACOMINI, C. H. *A permanente construção de um modelo de saúde*. Divulgação, Londrina, n.16, p. 9-21, dez. 1996.

REIS, Marcos Aurélio Seixas; FORTUNA, Cinira Magali; OLIVEIRA, Cleide Terezinha; DURANTE, Maria Cristina. *A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. v. 11, n23, Botucatu, set./dez 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414_32832007000300022&lng=pt. Acessado em: 23/03/2008.

RIOS, Terezinha Azeredo. *Ética e Competência*. 10 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

SAKATA, Karen Namie; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ALVARENGA, Ariane de Melo; CRACO, Priscila Frederico; PEREIRA, Maria José Bistafa. *Concepções da equipe e saúde da família sobre as visitas domiciliares*. Revista Brasileira de Enfermagem. v. 60, n. 6, Brasília novembro/dezembro, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0034716720070006&lng=pt&nrm=iso. Acessado em: 22/02/2008.

SANTOS, Beatriz Lara dos et al. *Formando o enfermeiro para o cuidado à saúde da família: um olhar sobre o ensino de graduação*. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 53, n. especial, p. 49-60, dez. 2000.

SANTOS, Maria Ruth dos. Perfil dos agentes comunitários de saúde da região de Juiz de Fora - MG / Maria Ruth dos Santos. – 2006. 172f. Orientadora: Célia Regina Pierantoni. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

SAUPE, Rosita et al. *Competência dos trabalhadores da saúde para o trabalho interdisciplinar*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.18, p.521-36, set/dez 2005.

SIAB - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Outubro, 2007.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

SILVA, Rafael Vieira Braga; STELET, Bruno Pereira; PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube. *Do Elo ao Laço: o Agente Comunitário de Saúde na construção da integralidade em saúde*. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo (org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2008.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira; MEDINA, Maria Guadalupe; DANTAS, Maria Beatriz Pragona. *O PACS na Bahia: Avaliação do trabalho dos Agentes Comunitários de saúde: Saúde em Debate*, Londrina, v. 5, p. 4-15, 1996.

SOUSA, Maria de Fátima de. *A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF*. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 53, n. especial, p. 25-30, dez. 2000.

SOUSA, Maria de Fátima. *Agentes Comunitários de saúde*. Choque de Povo! São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços, tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEIN, Ernildo. *Seis estudos sobre "Ser e Tempo"- Martin Heidegger*. Petrópolis: Vozes, 1988.

TAKAHASHI, Renata Ferreira e OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. *A Visita Domiciliária no contexto da saúde da família*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. IDS. USP. *Manual de Enfermagem - Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

TRAD, Leny Alves Bomfim; BASTOS, Ana Cecília de Souza; SANTANA, Edyara de Moraes; NUNES, Mônica Oliveira. *Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3) p 581-589, 2002.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à pesquisa em ciências sociais – A pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 2006.

TURANO, Egberto Ribeiro. *Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa*. *Revista Saúde Pública*. 2005; 39 (3); 507-14. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/rsp>. Acessado em: 17/02/2007.

VASCONCELOS, Eymar Mourão (org). *Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 1999.

VASCONCELOS, Eymar Mourão (org). *A saúde nas palavras e nos gestos: Reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. *Educação Popular: instrumentos de gestão participativa dos serviços de saúde*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

WALDOW, Vera Regina. *Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem*. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

PERFIL SOCIAL DO ACS

- Caracterização – Sexo, Idade, Estado civil, nº de Filhos, Escolaridade.
- Tempo de residência na comunidade.
- Tempo de trabalho como Agente Comunitário.
- Fale-me sobre o que você fazia antes de tornar-se Agente?
- Você participa ou participava de algum tipo de atividade comunitária? Se sim, qual?
- Você tem algum curso profissionalizante? Se sim, qual? Você já era Agente na época do curso?
- Como foi o seu processo de seleção na função de Agente Comunitário?

SABER SER

- Por que você se candidatou para ser Agente Comunitário de Saúde?
- O que é para você ser Agente Comunitário de Saúde?
- Quais as qualidades e valores que um Agente deve ter e os defeitos que não deve ter?
- O que você mudaria no seu trabalho de ACS? Por quê?
- Que dificuldades e facilidades você encontra para desenvolver o seu papel de Agente?
- Você está satisfeita com o seu papel de Agente Comunitário? Por quê?

- Na sua opinião, como a comunidade ver o trabalho do Agente e do PSF?
- O que você espera de sua profissão?
- A sua visão sobre o trabalho do Agente Comunitário mudou após você se tornar um? Se sim, o que mudou? Por quê?
- Como é ser ACS para sua família? Você recomendaria para algum amigo ou parente, ser Agente? Por quê?

SABER CONHECER/APRENDER

- Como é realizado o processo de educação continuada em sua equipe? Como os temas são escolhidos?
- Quais são os fatores que facilitam ou dificultam o processo de aprendizagem?
- O Agente exerce suas atividades exclusivamente no âmbito do SUS. Você poderia falar sobre os princípios do SUS?

SABER FAZER

- Quais são as atribuições do Agente?
- Quais são as atividades desempenhadas por você no seu papel de Agente e como você planeja?
- Como você realiza a visita domiciliar? Quais são as atividades desenvolvidas durante a visita e a receptividade?
- Como você realiza o acompanhamento dos grupos específicos?
- Quais são as atividades de educação em saúde que você realiza?
- Quando você registra as atividades desenvolvidas? Como e por quê?

- Quais são as atividades comunitárias que você realiza?
- O que você faz nos casos existentes que necessitam de cuidados especiais?
- O que você faz para ajudar a enfrentar os problemas de saúde?
- Como são realizadas as atividades de avaliação das ações de saúde?
- Comente sobre a ética no desenvolvimento de suas atividades.
- Como você identifica situações de risco em saúde? Quais são as atividades realizadas frente a essas situações?
- Você poderia falar sobre as atividades desenvolvidas pela Equipe Saúde da Família?
- Como você realiza a orientação da população quanto ao serviço de saúde?

SABER CONVIVER

- Como é para você trabalhar em equipe, com a comunidade e realizar o acompanhamento domiciliar?
- Como ocorre a interação da equipe com a comunidade?
- O que a equipe e a comunidade deveriam saber mais sobre o seu trabalho?
- Quando você encontra dificuldades na realização de suas atividades a quem você costuma recorrer? Por quê?
- Fale sobre a estabilidade na função de ACS e da rotatividade de profissionais na Equipe de Saúde da Família.

APÊNDICE B

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: O Agente Comunitário de Saúde: investigando o seu perfil e o seu papel na Estratégia Saúde da Família da cidade de Montes Claros – MG.

Instituição promotora: Mestrado Profissionalizante Cuidado Primário de Saúde.

Patrocinador: Não se aplica.

Coordenador: Virginia Torres Schall.

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- Objetivo - Investigar e descrever o perfil e o papel do Agente Comunitário de Saúde das Equipes de Saúde da Família da cidade de Montes Claros – MG, considerando as dimensões do saber-ser, do saber-conhecer, do saber-fazer e do saber-conviver (categorias sugeridas por Brasil, 2004); Identificar os aspectos facilitadores e dificultadores do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde das Equipes de

Saúde da Família da cidade de Montes Claros - MG; Investigar o processo de formação/capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e investigar as relações interpessoais do Agente nas equipes e com a comunidade.

2- Metodologia/procedimentos - Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva. A coleta de dados será realizada através de entrevista semiestruturada e grupo focal.

3- Justificativa - O presente estudo torna-se relevante, uma vez que possibilitará caracterizar o Agente Comunitário de Saúde e seu processo de trabalho, objetivando contribuir com conhecimentos e informações significativas para a elaboração de metodologias que instrumentalizem os profissionais nos processos de seleção, capacitação e avaliação dessa categoria.

4- Benefícios - Esta pesquisa possibilitará a maior interação do Agente com a equipe e comunidade por meio da caracterização dos Agentes e do seu processo de trabalho.

5- Desconfortos e riscos - Não se aplica.

6- Danos - É garantida a manutenção da integridade física, psíquica e social dos participantes, ficando estes isentos de quaisquer riscos, danos ou agravos consequentes deste estudo.

7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis - Não se aplica.

8- Confidencialidade das informações - Será mantido o sigilo quanto à identificação dos participantes. As informações/opiniões emitidas serão tratadas anonimamente no conjunto dos entrevistados e serão utilizadas apenas para fins de pesquisa.

9- Compensação/indenização - A participação é voluntária; não haverá nenhuma remuneração pela participação.

10- Outras informações pertinentes - Será garantida ao participante a liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem penalização em qualquer etapa da pesquisa.

11- Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

_____	_____	_____
Nome do participante	Assinatura do participante	Data
_____	_____	_____
Nome da testemunha	Assinatura da testemunha	Data
_____	_____	_____
Virginia Torres Schall	Assinatura da coordenadora	Data

ANEXOS